

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA LEÓN

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ
OFICIAL POR DECRETO PRESIDENCIAL DEL 27 DE ABRIL DE 1981



IDEAL DEL YO A PARTIR DE LA ANGUSTIA EN UNA NEUROSIS OBSESIVA. CASO JP

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA

PRESENTA

DIANA GABRIELA LÓPEZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR

DR. OSIEL JAFIT EQUIHUA MÁRQUEZ

Índice

<i>Introducción</i>	1
1. Presentación del caso	5
1.1 Contexto Institucional o Institucional o Privado en el que se Desarrolló la Intervención	5
1.2 Datos Generales del Paciente	6
1.3 Motivo Explícito de Consulta	9
1.4 Psicodiagnóstico y Pronóstico	10
1.5 Objetivos de la Intervención	14
1.6 Curso de la Intervención	14
1.7 Motivo de Finalización	15
1.8 Principales Cambios Como Producto de la Psicoterapia	16
2. Marco Metodológico	18
2.1. Objetivo de la investigación	18
2.1.1. Premisas teóricas	18
2.1.2. Hipótesis o supuestos.....	19
2.1.3. Categorías de análisis	20
2.2. Metodología de estudio de caso	22
2.3. Tipo de análisis	23
3. Marco Referencial	25
3.1. Antecedentes/ estado del arte	25
3.2. Marco conceptual	27
3.3. Marco teórico	29
3.3.1. Ideal del yo	29
3.3.2. Angustia	34
3.3.2.1 Concepto de la angustia	34
3.3.2.2 Formación de la angustia	35
3.3.2.3 Manifestación de la angustia.....	37
3.3.2.3.1 <i>La culpa como manifestación de la angustia</i>	37

3.3.2.4	Angustia asociada a la sexualidad.....	39
3.3.3	Neurosis Obsesiva.....	40
3.3.3.1	Concepto de Neurosis Obsesiva.....	40
3.3.3.2	Formación de la neurosis obsesiva	41
3.3.3.3	Características de la neurosis obsesiva	42
3.3.4	Transición de la adolescencia a la vida adulta	43
3.3.4.1	Concepto y características de la Adolescencia	43
3.3.4.2	Principales cambios de la transición de la adolescencia a la adultez.....	44
3.3.5	El proceso psicoterapéutico.	47
3.3.5.1	Concepto de psicoterapia	47
4.	<i>Construcción y Análisis del Caso</i>	48
5.	<i>Aspectos Éticos</i>	74
5.1.	Relativos al desarrollo humano sostenible.....	74
5.2.	Cumplimiento formal de los términos del encuadre.....	77
5.3.	Manejo de las actitudes básicas	81
5.4.	Vicisitudes resistencia les del psicoterapeuta	82
	<i>Conclusiones</i>	85
	<i>Referencia</i>	92
	<i>Anexos</i>	96

Introducción

Para la vida y el desarrollo actual, la psicoterapia desempeña un papel fundamental en el abordaje de las problemáticas emocionales y psicológicas que enfrentan las personas. Ofrece un espacio seguro y profesional donde los individuos pueden explorar y comprender sus conflictos internos, emocionales y cognitivos, así como su relación con el mundo externo.

Particularmente, la adolescencia constituye una fase crítica en la que el individuo atraviesa procesos de integración del ideal del yo, lo que puede generar tensiones internas o manifestarse en trastornos como la neurosis obsesiva.

Este estudio de caso se enfoca en comprender los procesos involucrados en la construcción del ideal del yo y su relación con la neurosis obsesiva, a partir de un análisis detallado de un caso clínico. Se busca que este estudio sea de utilidad para enriquecer la práctica psicoterapéutica, ofreciendo una mejor comprensión e intervención para los profesionales en el campo.

Para comprender este estudio, se plantea la siguiente pregunta general ¿cómo influye la angustia, presente en una neurosis obsesiva, en la búsqueda del ideal del yo en el caso *JP*? y para profundizar este tema, se plantean las siguientes preguntas específicas:

¿Cómo se manifiesta la angustia en el caso *JP*?, ¿Cómo se manifiesta la neurosis obsesiva en el caso *JP*?, ¿Cómo son las características del ideal del yo en *JP*? y ¿Cómo el ideal del yo se asocia con la angustia en *JP*? Estas preguntas, orientan desde una perspectiva psicodinámica, permitiendo abordar integralmente las dinámicas subyacentes que generan y perpetúan el malestar en *JP*.

En este sentido, se plantea el siguiente objetivo general de analizar la influencia de la angustia en una neurosis obsesiva, en la búsqueda del ideal del yo en el caso *JP*. A manera de complementar, se plantean los siguientes objetivos específicos: Describir la manifestación de la angustia en el caso *JP*; Analizar la manifestación de la neurosis obsesiva en el caso *JP*; Analizar

las características del ideal del yo en *JP*; Analizar la forma en que el ideal del yo se asocia a la angustia con *JP*.

En el presente estudio de caso se desglosa a partir de 5 grandes capítulos: 1. Presentación del caso; 2. Marco metodológico; 3. Marco referencial; 4. Construcción y análisis del caso; 5. Aspectos éticos; y conclusiones. Para ello se desarrolla una breve descripción del contenido de cada capítulo.

El capítulo 1, desarrolla la presentación del caso de *JP*, partiendo con la descripción el contexto institucional donde se llevó a cabo la intervención psicoterapéutica. A continuación, se presenta los datos generales de identificación del consultante, en este caso *JP*, un joven masculino de 18 años. Enseguida, se expone el principal motivo de consulta expresado por el consultante: la presencia de pensamientos recurrentes que le generaban angustia. Con base a esta información, se generó un psicodiagnóstico y definir la determinante primaria, que para este caso fue la subjetiva. *JP* presenta una neurosis obsesiva según lo planteado desde la perspectiva psicodinámica, permitiendo así establecer un pronóstico y objetivos de la intervención psicoterapéutica, la cual se describe. Finalmente, se abordan los principales motivos de la finalización del proceso psicoterapéutico, así como cambios más significativos observados en *JP* a lo largo del proceso.

El capítulo 2 desarrolla el marco metodológico que sustenta el estudio de caso. Primeramente, se establecen los objetivos generales y particulares de la investigación, los cuales buscan analizar la influencia de la neurosis obsesiva en la construcción del ideal del yo. Posteriormente, se exponen las premisas teóricas que fundamentan el estudio, principalmente con los conceptos fundamentales como el Ideal del Yo, la neurosis obsesiva y la angustia desde la perspectiva psicoanalítica, así como la transición de la adolescencia a la adultez con aportes de autores como Freud, Erikson, Anna Freud, Blos, Winnicott y Kernberg. Estos planteamientos permiten entender la dinámica intrapsíquica y relacional del consultante, así como los procesos de individuación propios de la etapa adolescente y el aporte de la psicoterapia como espacio relacional de la transformación psíquica.

El capítulo 3, presenta la fundamentación teórica para el presente caso. En primer lugar, se exponen los principales antecedentes y estado del arte, basados en investigaciones realizadas a jóvenes que presentan sintomatología similar al presente caso, los estudios analizan factores individuales y de su contexto que influyen en esa población. Así mismo, se desarrolla el marco conceptual en el que se definen y explican términos clave para el estudio, como el ideal del yo, la angustia, la neurosis obsesiva, la transición de la adolescencia a la adultez y la psicoterapia. Finalmente, el marco teórico se fundamenta principalmente en el psicoanálisis, estableciendo la base para sustentar el presente estudio.

Para el capítulo 4, se construye el núcleo del trabajo al presentarse el análisis clínico de *JP* partiendo de la evidencia recabada en el proceso psicoterapéutico que constó de 22 sesiones de las cuales 17 fueron efectivas. En este sentido se hizo uso de la metodología por medio de 21 viñetas clínicas extraídas de los formatos F3 (Anexo 4) donde se presentan fragmentos del discurso del consultante. En este sentido, se codificaron dichas viñetas y analizaron con ayuda del Software Atlas. Ti Scientific Software Development GmbH (2023). Desde una mirada psicodinámica, se identifican defensas obsesivas y la rigidez del Ideal del Yo; desde el enfoque sistémico, se estudia el rol de la familia y los mandatos de género en la configuración del síntoma; y desde la perspectiva psiquiátrica, se relaciona la clínica con los criterios diagnósticos del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en el DSM-5. El capítulo muestra cómo el proceso terapéutico favoreció la disminución de síntomas, la continuidad académica, la integración laboral y el fortalecimiento de la autonomía.

En el capítulo 5, se profundiza en los aspectos éticos, articulando el caso con los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente en los ámbitos de salud, educación, igualdad y reducción de desigualdades. Se enfatiza el cumplimiento del encuadre terapéutico y sobre la interrupción y finalización de la terapia, como la sección vinculada con la investigación y publicación, todo lo anterior con coherencia con la normativa del CESCO y la NOM-004-22-2012.

Por último, se presentan las conclusiones en donde se muestra, que este estudio de caso busca mostrar cómo la angustia, internalizada en la neurosis obsesiva de *JP*, se encuentra estrechamente vinculada con un ideal del yo rígido y punitivo, que le generó culpa, autoexigencia

y sobrecarga de responsabilidades. Sin embargo, el proceso psicoterapéutico facilitó la flexibilización de dicho ideal, promoviendo una mejor gestión de la angustia, avances en la individuación y el fortalecimiento de su autonomía. El enfoque integrativo con el enfoque psicodinámico, sistémico y psiquiátrico permitió comprender simultáneamente la vivencia subjetiva, la dinámica familiar y los factores socioculturales.

1. Presentación del caso

1.1 Contexto Institucional o Institucional o Privado en el que se Desarrolló la Intervención

La Universidad Iberoamericana Campus León, una institución privada con filosofía humanista y parte de un Sistema Jesuita, busca la formación integral de sus estudiantes. Como parte de ello, la Maestría en Psicoterapia Clínica de dicha universidad, de la cual se desprende el presente Proyecto de Obtención de Grado (POG), se vincula al Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM) en la ciudad de León, Guanajuato, con el objetivo de ofrecer una formación teórica y práctica. Este centro proporciona a los estudiantes un espacio y servicios que les permiten interactuar con realidades diferentes a su propio contexto y aplicar sus conocimientos profesionales como un servicio a la comunidad. Con el fin de contribuir a la formación integral de la comunidad universitaria, CESCOM promueve el desarrollo de personas y grupos en situación de pobreza, vulnerabilidad y exclusión, a través de actividades y proyectos que abordan diversas problemáticas desde una perspectiva ignaciana (CESCOM, s.f.).

CESCOM es un espacio que ofrece varios servicios dirigidos a la atención de la salud, educación y desarrollo humano, así como vivienda, entorno económico, cultura y actividad física. Entre los servicios de salud se encuentra la atención psicoterapéutica, que proporciona a los estudiantes de posgrado un entorno real donde pueden interactuar con consultantes bajo la supervisión de profesionales experimentados. Esta experiencia permite a los estudiantes adquirir habilidades prácticas y profundizar en la comprensión de los procesos psicoterapéuticos. Cabe mencionar que a cada alumno se le asigna un consultante, cuyo proceso psicoterapéutico se lleva a cabo bajo la supervisión de expertos en psicoterapia, asegurando así un seguimiento puntual y fundamentado en teorías pertinentes.

En CESCOM se lleva un expediente digital para cada consultante, que cada psicoterapeuta complementa durante el proceso. Dicho expediente cuenta con una serie de formatos identificados de la siguiente manera: F1 corresponde a la hoja de contacto y primera entrevista (Anexo 1); F2

contiene la hoja de seguimiento (Anexo 2); F3 corresponde al registro de cada sesión (Anexo 3); F4 incluye el reporte de psicodiagnóstico (Anexo 4); y F5 corresponde al reporte de diagnóstico y finalización (Anexo 5).

Para el presente caso, es preciso mencionar que las sesiones se llevaron a cabo los viernes en las instalaciones de CESCO, y el caso estuvo bajo la supervisión de psicoterapeutas especialistas en enfoques psicoanalítico y sistémico. La duración del proceso de intervención psicoterapéutica se realizó desde agosto de 2023 hasta marzo de 2024, principalmente de forma presencial, aunque algunas sesiones se llevaron a cabo virtualmente por necesidades del consultante o del terapeuta. Por motivos de confidencialidad y siguiendo los protocolos de CESCO, en este caso clínico el consultante se referirá con el seudónimo *JP*.

1.2 Datos Generales del Paciente

El consultante, a quien por motivo de confidencialidad se le nombrará con el seudónimo *JP*, acudió a CESCO solicitando atención psicoterapéutica. En la primera sesión, *JP* tuvo conocimiento del consentimiento informado en el que se especificaron lineamientos para el proceso psicoterapéutico. La duración del proceso psicoterapéutico fue desde agosto de 2023 hasta marzo de 2024.

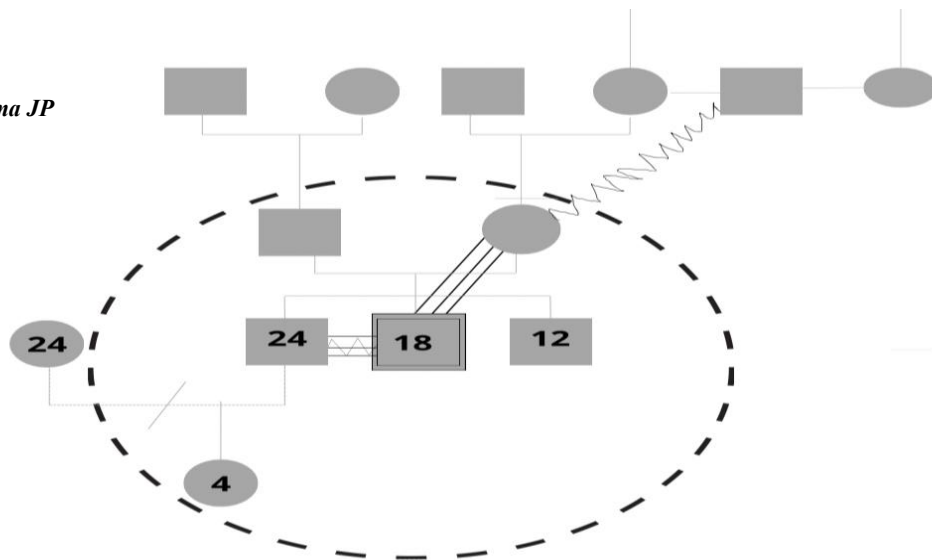
El consultante *JP*, se presentó a la primera sesión como un joven masculino con 18 años recién cumplidos, tenía complexión delgada, estatura aproximada de 1.70 m y tez morena clara, usaba lentes, siempre se presentó aliñado y aseado. En las sesiones se mostró cooperador, participativo y con una actitud muy amable y de respeto. Cabe mencionar que, durante las primeras sesiones, acudía a CESCO en compañía de su madre y sobrina de 4 años, posteriormente asistió solo.

JP en el mes de junio del 2023 concluyó sus estudios de bachillerato satisfactoriamente, comentó haber sido un alumno destacado académica y socialmente desde la perspectiva tanto de sus profesores, compañeros, como de sus familiares. En el mes de agosto del mismo año, inicio sus estudios de licenciatura en mercadotecnia los sábados, lo cual le generó angustia pues pensaba tendría mucho tiempo libre, a diferencia de la etapa anterior donde realizaba diversas actividades

a lo largo de su semana. Debido a esto, comentó tenía tiempo entre semana para ayudar en casa y cuidar de sus familiares. *JP* provenía de una familia conformada por 6 integrantes (ambos padres, dos hermanos y una sobrina). Al inicio del proceso de *JP*, este refirió que tanto su padre como su madre contaban con 50 años aproximadamente, su hermano menor de 13 años, quien acudía a la secundaria y ocasionalmente se quedaba al resguardo de *JP*; así como el hermano mayor de 24 años, quien recién había regresado a casa de los padres con su hija de 4 años, a causa de conflictos con su pareja, la cual no se hacía cargo de la menor (Figura 1).

En cuanto a la relación familiar, *JP* ha experimentado una implicación emocional significativa. Primeramente, la relación con sus padres es buena; sin embargo, la conexión con su madre es de mayor cercanía y confianza. A pesar de esto, su madre deposita en *JP* una gran expectativa al compararlo con su hermano mayor, en quien sus padres habían confiado, pero que no cumplió con sus expectativas. La relación entre *JP* y su hermano mayor es también buena, aunque *JP* siente que su hermano es motivo de enojo, ya que las responsabilidades que le corresponderían a este son frecuentemente trasladadas a él. Esto incrementa su frustración, pues a *JP* le cuesta establecer límites claros. Por otro lado, *JP* refiere tener una relación conflictiva con su tío abuelo materno, quien vive con su abuela. Este tío lo molesta con comentarios ofensivos, lo que incrementa aún más la tensión con su familia.

Figura 1.
Familiograma JP



Nota. En el famiograma, las mujeres se representan con círculos y los hombres con cuadrados. *JP* se representa con doble línea en el cuadrado. El círculo punteado representa a las personas que viven en la misma casa. En la relación con sus familiares, la línea triple representa la relación más cercana; las líneas triples con zigzag representan relación cercana pero conflictiva; la línea en zigzag representa una relación conflictiva.

En cuanto a sus creencias, *JP* describe a su familia como tradicionalmente mexicana, con una espiritualidad fundamentada en la religión católica, la cual practican activamente. En lo que respecta a la situación económica, *JP* mencionó que la principal fuente de ingresos proviene de su padre, lo cual resulta insuficiente para cubrir las necesidades de la familia. *JP* expresó el deseo de trabajar para contribuir económicamente al hogar. Sin embargo, se siente frustrado con su hermano, quien no ha asumido la responsabilidad por su hija ni ha hecho aportes económicos al hogar.

Además, *JP* se siente limitado en su deseo de trabajar debido a los comentarios de sus padres, quienes insisten en que no abandone sus estudios y se concentre en ellos. Es preciso mencionar que los padres de *JP* presentan problemas de salud. Respecto a su madre, padecía de diabetes en un grado en el que requería constante revisión médica e internamientos a causa de lo mismo. Por otro lado, su padre, presentaba trombosis en uno de sus pies, por lo cual ocasionalmente requería atención médica y/o reposo, además de curaciones frecuentes las cuales *JP* realizaba.

JP desde su infancia, comentó haber sido un niño muy tranquilo, responsable y comprometido tanto en casa como en la escuela, donde mantenía promedio alto y con referencias positivas por parte de profesores. Mencionó que fue difícil cursar bachillerato, dado que en el año 2020 se presentó la pandemia de COVID-19, la cual condujo a la escuela a proporcionar clases durante el periodo de asilamiento, por lo que esperaba fuese diferente en universidad. Sin embargo, únicamente la universidad y carrera profesional que eligió solo disponía las clases a los sábados, lo cual generó que *JP* se sintiera como tiempo libre y poco productivo, provocando angustia.

Durante la licenciatura, *JP* además de estudiar los sábados, apoyaba en casa con quehaceres, el cuidado de su sobrina, hermano, y la atención médica de su madre principalmente, ocasionalmente recurría a su abuela materna para apoyarse. De igual forma, se dispuso a buscar trabajo, ya que una de sus metas era ayudar a sus padres económicamente.

JP refirió tener pocos amigos y haberse distanciado de ellos a partir del ingreso a la universidad, también comentó que suele salir poco y cuando lo hace sus amigos frecuentan ir de

fiesta, además hacen uso de vocabulario o conductas que no eran del agrado de sus padres y eso le generó conflicto.

Con respecto a su comportamiento y estado anímico, *JP* mostró tendencia a sobre exigirse y buscar las formas de resolver y cumplir con lo que se pida a la brevedad. Se mostraba rígido con el cumplimiento de tareas y seguimiento de normas sociales especialmente cuando eran referente a su familia o escuela, lo anterior si no lo hacía se sentía responsable y culpable llevándolo a autocastigarse. En cuanto a su pensamiento y expresión, se mostraba fluido, pero mentalmente desorganizado, con vocabulario acorde y amable. Finalmente, cabe mencionar también, que *JP* era muy reservado y tímido al relacionarse con sus compañeros o la gente no conocida, por lo que con sus compañeros la forma de llevarse era tranquila, sin embargo, sus compañeros buscaban la forma de que él se abriera un poco más a convivir.

1.3 Motivo Explícito de Consulta

Al momento en que solicitó iniciar un proceso de psicoterapia en CESCO. *JP* Expresó que fue canalizado por su directora debido a una confrontación a golpes con un compañero de su entonces bachillerato, lo cual desconcertó a la directora al ser una conducta inusual de *JP* por lo que, se sugirió canalizarlo y *JP* accedió a la sugerencia también de su madre quien lo observó desconcertado (F1, sesión 0, anexo 1).

El consultante acudió a CESCO por sugerencia hecha por parte de su directora de bachillerato en el que se encontraba. *JP* El expresó su motivo de consulta, en la hoja de registro: “Yo pienso como por ejemplo esto, me había peleado con un compañero, este compañero, perdí el control quería golpearlo, pero no pude porque me sostuvieron unos compañeros a veces no puedo respirar siento que alguien me va a hacer enojar, en el camión no me gusta que me rocen, siento que me van a hacer algo o yo les voy a hacer algo... quiero vivir una vida tranquila con la gente, pero no sé cómo (F1. Sesión 0, Anexo 1).

Sin embargo, al indagar un poco sobre el motivo explícito en la entrevista inicial, *JP* se mostró angustiado por manifestar pensamientos recurrentes sobre el deseo de acercar su pene a las

personas, de tal forma que recurre al autocastigo por medio de autolesionarse al hacer rutinas de limpieza, aislarse o privarse de salidas con amigos, o rezar 7 padres nuestros por cada integrante de su familia. Cabe mencionar, que mostraba ese deseo por acercar su pene a personas cercanas o desconocidas lo cual lo hacía sentir culpable o incluso a un cristo; de igual forma los cúmulos de personas provocaban en el miedo pues pensaba que podía causarles algún daño o ya les había hecho algún daño.

A nivel latente, se puede ver en un sentido más profundo un deseo inconsciente de liberarse de la autoexigencia impuesta e introyectada por sí mismo y las expectativas del cumplimiento de las normas y creencias familiares como sociales. Durante las sesiones también se mostró agotado por cumplir con roles familiares que no le correspondían, pero si se le exigían por ser el único con disponibilidad, física, mental y en tiempo de brindar esa ayuda. También, manifiesta el deseo por separación e individuación de su contexto familiar con la búsqueda de alcanzar sus propios objetivos profesionales y al mismo tiempo, sentirse desconcertado pues la dinámica lo ubicaba en una etapa adolescente con exigencias ya de etapa adulta por su mismo contexto.

Además, respecto a los pensamientos constantes, refirió un recuerdo importante al respecto de los pensamientos que vivía, mencionó que, durante su preescolar, sus compañeros al acudir al baño lo interceptaron limitando su ingreso a este, donde lo acorralaron 3 niños y mostraron como uno de ellos frotaba su pene a la pared, refiriendo que así lo hacían en las novelas, lo anterior siendo una huella mnémica que configura su síntoma.

En su demanda psicoterapéutica, *JP* comenta el deseo de no tener de manera constante esos pensamientos que le generan angustia expresando: “¿Cómo quitarme este problema que tengo” (F1, Anexo 1) También, el deseo de individuación con su familia y poder marcar un límite en los roles familiares y en el desarrollo personal de *JP*, ¿poder salir a la calle sin sentirse culpable?

1.4 Psicodiagnóstico y Pronóstico

Considerando las características clínicas y descritas, además de los factores subjetivos, el diagnóstico diferencial para el caso *JP* se presenta a continuación:

Con base a la información proporcionada y los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se identifica que cumple con algunos criterios para un posible trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el cual se define por presentar *pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusivas y no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causa ansiedad o malestar importante* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)..

Los criterios para un TOC son los siguientes:

- A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas.
- B. Requieren de mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes para su funcionamiento.
- C. Los síntomas no se atribuyen a efectos fisiológicos de una sustancia a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Para este diagnóstico es necesario especificar si las personas tienen creencias disfuncionales. Estas creencias son un sentido exagerado de la responsabilidad, la tendencia a sobreestimar las amenazas. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

De los cuales, *JP* presenta pensamientos intrusivos, no deseados y angustiantes (como la idea de acercar su pene a alguien o causar daño), acompañados de compulsiones (estrategias para aliviar la culpa y angustia). Estos pensamientos generan malestar significativo y deterioran su funcionamiento y no se explican por otra condición médica.

En cuanto a las creencias disfuncionales: *JP* parece tener un sentido exagerado de responsabilidad, sobrestimación de amenazas y culpa ligada a la ideal del yo.

El diagnóstico diferencial con otras condiciones principalmente se consideraron: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno psicótico.

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Aunque *JP* presenta angustia generalizada, las preocupaciones el TAG son más amplias y relacionadas con eventos cotidianos, mientras que en el TOC las obsesiones son específicas, intrusivas y no deseadas.
- Trastorno psicótico: Las obsesiones de *JP* son egodistónicas (las reconoce como irracionales), diferenciándose de los delirios psicóticos que suelen ser egosintónicos.

El caso de *JP* se desarrolló bajo los lineamientos de la determinante que se ven implicadas en el caso las cuales son: organicidad, situaciones, estructura subjetiva, competencias y contexto). Para el presente caso se toma la determinante subjetiva principalmente.

Desde el marco referencial del psicoanálisis se observa que *JP*, entre sus funciones yoicas, la parte de regulación y control de pulsión y afectos se encuentra desregulado, tomando en consideración en donde comenta que tiene esa sensación de acercar su pene a alguna persona y sensación de daño hacia el mismo o a otras personas. Aunado a esto, la necesidad de aprobación y cumplimiento de las expectativas familiares y sociales aumenta la incapacidad de marcar límites y generar que su ideal del yo sea muy punitivo.

Freud (1923) introduce el concepto del Ideal del Yo como estructura psíquica a partir de la internalización de normas sociales y culturales. En el caso *JP*, se observan estas normas internalizadas generando conflicto que surge cuando no alcanza este ideal, que a su vez provoca sentimientos de culpa y angustia al presentar pensamiento. Hay expresiones que de manera inconsciente tienen raíces más profundas relacionadas también con un sentimiento inconsciente de culpa, muchas veces por la necesidad de aprobación o temor a ser suficientes o al no poder dominar los impulsos agresivos provocando a su vez manifestaciones ansiosas.

La culpa, en el caso *JP* emerge como respuesta emocional al fallo de no alcanzar las expectativas del ideal del yo de sí mismo, pero también la de sus familiares y de la sociedad misma. En el intento de controlar los conflictos internos mediante la repartición y racionalización, según Otto Fenichel (1945) surge la angustia, misma que en el caso *JP* desencadena pensamientos repetitivos y compulsivos que caracterizan la neurosis obsesiva. La incapacidad de *JP* para gestionar estos conflictos indica el uso de un mecanismo de defensa que en el intento de reducir la

angustia perpetúa el ciclo de compulsiones. Fenichel (1945), define la neurosis obsesiva, como trastorno donde los pensamientos y comportamientos obsesivos actúan como defensa puente a la angustia.

En cuanto a las determinantes, la organicidad, aunque no muestra indicadores de afectación en su salud general, ha provocado varios síntomas como insomnio, falta de aire y temblor en las manos, que están relacionados con la manifestación de angustia debido al cumplimiento de las expectativas de su ideal del yo y a la presencia de pensamientos obsesivos que le generan culpa.

La determinante del contexto también desempeña un papel importante en la construcción de su ideal del yo. Inicialmente, esto se debe al rol que ocupó en etapas anteriores de su desarrollo. Sin embargo, existe una dualidad entre su condición de adolescente y la transición hacia la adultez, influenciada por las expectativas que su familia tiene para él y que él mismo ha introyectado. Además, las diversas situaciones en su hogar, tanto de salud como económicas, limitan considerablemente las posibilidades de *JP* para su proceso de individuación.

El pronóstico de *JP* dependió de varios factores, como la intervención psicoterapéutica y la disposición para el tratamiento. Se identifica las áreas clave para la intervención.

Factores positivos para el pronóstico:

- Insight: *JP* parece reconocer la irracionalidad de sus obsesiones, lo cual es un predictor positivo.
- Apoyo psicoterapéutico: La psicoterapia puede facilitar la comprensión de las dinámicas subyacentes y proporcionar estrategias para manejo de las obsesiones y la compulsión. Se Esperaría que en *JP* al trabajar en su estructura yoica exista una mejora significativa en su bienestar emocional y mental. La psicoterapia, es un proceso que permitiría comprensión y modificación de sus pensamientos obsesivos y con estrategias efectivas Para mejorar su angustia. A medida que *JP*, adquiera herramientas para establecer límites saludables y fortalezca su capacidad de individuación, es probable que experimente una reducción de los Síntomas, además de su autoaceptación y disminución de la autoexigencia.

Mencionado lo anterior, se plantearon los siguientes objetivos, los cuales se esperarían que con el apoyo adecuado y compromiso del consultante se logre un equilibrio y calidad de vida.

1.5 Objetivos de la Intervención

El objetivo principal de la intervención psicoterapéutica con *JP* fue acompañar en la disminución de la angustia que generaba la manifestación de los pensamientos obsesivos que afectan su bienestar emocional y social. De tal forma que indagando profundamente se puede ver que los conflictos internos de *JP* y en la dinámica familiar y el rol que desempeña, fomenta el incremento de la angustia.

Por lo tanto, específicamente se establecieron los siguientes objetivos.

1. Organización y estructura de pensamiento.
2. Estrategias para disminuir angustia y pensamientos obsesivos.
3. Reestructuración o fortalecimiento de sus funciones yoicas como parte del proceso de individuación.

Inicialmente en el proceso, fue esencial organizar y dar estructura a su pensamiento ya que esto hacía que las sesiones se vieran desorganizadas y traspasaran el límite de tiempo de la sesión, lo cual dejaba vez la angustia manifiesta por parte del consultante. Una vez logrado este objetivo se dispuso a pasar a la resignificación de sus funciones yoicas y la forma en que se iba relacionando con su medio. Finalmente, la estructura obsesiva del consultante favoreció a que se cumpliera la constancia y la participación de este permitiendo así la intervención en los síntomas ansiosos y la configuración de su estructura yoica.

1.6 Curso de la Intervención

El proceso psicoterapéutico brindado a *JP* consto de 22 sesiones, de las cuales 17 fueron efectivas con una frecuencia semanal y duración de 60 minutos. Se llevaron cabo de manera presencial en CESCO y en línea eventualmente por motivos personales del consultante o psicoterapeuta a causa de suspensiones conforme al calendario escolar y al ser foránea las implicaciones que esto

conllevaba. Al inicio mostró pocas ausencias, sin embargo, al llegar periodo vacacional fueron frecuentes las ausencias. En las sesiones iniciales se propició el espacio para que *JP* tuviera un espacio seguro para expresar libremente sus emociones y preocupaciones. En este momento *JP* mostró mucha necesidad de escucha, mostrando un lenguaje fluido y ansioso lo cual llevaba a extender el tiempo la sesión. Su pensamiento igualmente mostro desorganizado en la configuración de las ideas.

Para el primer semestre, se supervisó desde una perspectiva sistémica, el cual permitió indagar principalmente en la relación familiar y el rol en el cual se cursaba *JP* como también la disminución de la angustia a causa de los pensamientos obsesivos.

En el transcurso del segundo semestre, una vez que se vio la disminución de la angustia se llevó la supervisión del caso, desde un modelo psicodinámico lo cual permitió analizar y resignificar la configuración de su ideal del yo. En este periodo fue crucial para el fortalecimiento de sus funciones yoicas, dado que, por medio de la asociación libre, así como de uso de la fantasía se percibió que para *JP* lograba introyectar y resignificar proyecciones inconscientes colocadas en él.

La finalización del proceso, aunque no se concluyó en sí se vieron logros en el cumplimiento de los objetivos, como la manifestación de su autonomía y disminución de la angustia y mejor manejo de esta, ante los pensamientos obsesivos.

1.7 Motivo de Finalización

A lo largo del proceso psicoterapéutico, *JP* demostró constancia y participación en las sesiones desde agosto hasta diciembre de 2023, con asistencia estable y continua. Sin embargo, no es hasta febrero de 2024 cuando comenzó a ausentarse con mayor frecuencia. Al indagar los motivos, comentó que asumió la responsabilidad de cuidar a su sobrina como apoyo a su madre cuando necesitaba asistir a citas médicas o al requerir compañía.

Esta dinámica, propone una transferencia significativa en el proceso psicoterapéutico, ya que, aun cuando se puedan interpretar como adaptación a las responsabilidades, también muestran

un patrón de *JP* para asumir roles que lo limitaban a sí mismo. También, las ausencias de la psicoterapeuta, las cuales se regían por el calendario escolar, abrieron la posibilidad para que *JP* considerara la ausencia como medio para evitar el trabajo emocional.

A pesar de lo anterior, *JP* mostro mejorías y avances pequeños en su bienestar. Disminuyo la angustia, logros emocionales que lo llevaron a marcar y expresar los límites con su familia. Gestiono de manera distinta la angustia y la culpa ante la exposición a multitudes, lo cual permite ver mayor conciencia de sí mismo.

La decisión de término del proceso psicoterapéutico fue principalmente por el deseo del propio *JP*, el cual refleja un cambio significativo en cómo se relaciona consigo mismo y con los demás. Además de que mostro avance en el proceso de individuación y fortalecimiento de su ideal del yo. No obstante, se consideró no haber sido el momento óptimo para el abandono del proceso, sin embargo, se respetó la decisión de *JP*.

1.8 Principales Cambios Como Producto de la Psicoterapia

Durante el proceso psicoterapéutico, *JP* presentó cambios significativos en su estado mental y emocional. A continuación, se describen los principales logros conforme a los objetivos establecidos:

1. Organización y estructura del pensamiento: Durante las primeras sesiones, *JP* presentó un pensamiento desorganizado, acompañado de una comunicación fluida pero ansiosa, lo cual dificultaba la delimitación de los tiempos de la sesión. Se implementaron estrategias para organizar su discurso y estructurar sus ideas, lo que no solo optimizó las sesiones, sino que también le permitió adquirir mayor claridad y control sobre su expresión emocional. Este avance fue esencial para facilitar el trabajo en los demás objetivos psicoterapéuticos.

2. Estrategias para disminuir la angustia y los pensamientos obsesivos: Un componente central del trabajo psicoterapéutico fue la disminución de la angustia y el manejo de pensamientos obsesivos. Se integraron técnicas de asociación libre y

resignificación, favoreciendo la exploración de las raíces inconscientes de su angustia. Este enfoque, junto con estrategias de exposición gradual, permitió que *JP* gestionara de manera efectiva situaciones que previamente le generaban culpa y angustia, como la interacción con multitudes.

3. Fortalecimiento de las funciones yoicas y el proceso de individuación: La intervención psicodinámica jugó un papel crucial en el fortalecimiento de las funciones yoicas de *JP*, especialmente en su capacidad para tomar decisiones autónomas y establecer límites. A lo largo del proceso, *JP* mostró avances en la individuación, observado en su por su capacidad para expresar deseos propios y asumir responsabilidades sin la carga excesiva de expectativas familiares y propias. Este fortalecimiento también se reflejó en logros concretos, como la incorporación a un trabajo que le permitió avanzar profesionalmente y contribuir a su entorno familiar.

En resumen, la psicoterapia proporcionó a *JP*, además, las herramientas necesarias para gestionar sus síntomas obsesivos, angustia, desarrollar su autonomía y adaptarse a nuevas situaciones, también a fortalecer su estructura psíquica y así favorecer a la mejora de su calidad de vida.

2. Marco Metodológico

2.1. Objetivo de la investigación

El presente estudio de caso tiene por objetivo el analizar la influencia de la angustia en una neurosis obsesiva, en la construcción del ideal del yo en el caso *JP*.

Se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Describir las características del ideal del yo en el caso *JP*.
- Describir la manifestación de la angustia en el caso *JP*.
- Describir la manifestación de la neurosis obsesiva en el caso *JP*.
- Analizar la construcción de la neurosis obsesiva en el caso *JP*.
- Analizar la angustia en una neurosis obsesiva en el caso *JP*.
- Analizar la construcción del ideal del yo a partir de la angustia en el caso *JP*
- Analizar la construcción del Ideal del yo en una neurosis obsesiva en el caso *JP*.

2.1.1. Premisas teóricas

Para el presente estudio de caso, las premisas teóricas que lo sustentan se presentan a continuación:

La angustia no solo representa una respuesta emocional, sino que también funciona como un indicador del manejo de los conflictos internos, especialmente en la forma de pensamientos repetitivos que reflejan intentos de procesar o dominar estos estados afectivos (Fenichel, 1945).

Se plantea la existencia de tensión entre la pulsión erótica y la sublevarción contra ella, un deseo aun no obsesivo y un temor que, en cambio, ya ha adquirido un carácter obsesivo generando conflicto psíquico, el cual se manifiesta a través de un efecto penoso y con un esfuerzo para contrarrestarlo (Freud, 1909).

El ideal del yo puede entenderse como una construcción influenciada por determinantes sociales que pueden obstaculizar su desarrollo óptimo. Según Fiorini (1998), la respuesta predominante a estos obstáculos suele centrarse en la resolución de inhibiciones y distorsiones intelectuales, en lugar de un análisis más profundo de la relación entre el individuo y su realidad. Esto resulta problemático, pues el yo, como instancia de autonomía potencial, juega un papel clave en la configuración de un ideal del yo que permita una articulación flexible y adaptativa con el entorno. En este sentido, comprender las características del ideal del yo implica explorar cómo estos factores sociales e individuales influyen en la formación y expresión de dicho ideal, y en qué medida facilitan o dificultan su integración en la vida psíquica del sujeto.

La comprensión de la angustia se basa en su vínculo con factores internos y externos que el yo no logra tramitar de manera adecuada. Para Freud (1926), la angustia surge como respuesta del yo frente a una situación traumática, definida como un estado de desvalimiento frente a una acumulación de excitación, ya sea interna o externa, que no puede procesar.

2.1.2. Hipótesis o supuestos

Por consiguiente, a partir de las premisas planteadas se formulan los supuestos para este estudio:

En el caso *JP*, la neurosis obsesiva se configura a partir de un conflicto entre su mundo interno y su interacción con el entorno familiar, el cual representa su principal vínculo externo. La percepción de incapacidad para satisfacer de manera autónoma las demandas de este entorno genera angustia, a la que responde mediante mecanismos de defensa, entre ellos la repetición compulsiva, con el fin de ejercer control sobre la situación.

Así mismo, la estructura obsesiva se intensifica cuando *JP* experimenta una diferencia entre sus expectativas personales con lo real. La ruptura de su percepción de control resalta su angustia y refuerza su necesidad de recurrir a estrategias defensivas.

También, *JP* enfrenta un conflicto interno entre el deseo de llevar a cabo actividades propias a su edad y sentimiento de culpa vinculado al incumplimiento de normas morales como a la represión de impulsos. Esta culpabilidad, se manifiesta principalmente con pensamientos rumiantes que lo conducen al autocastigo, expresado en el aislamiento y la repetición de ciertas conductas, consolidando así la dimensión obsesiva de su neurosis.

2.1.3. Categorías de análisis

- Manifestación de la angustia
 - *Manifestación de la angustia*

Definición: La manifestación de la angustia se refiere a la expresión emocional resultante del conflicto interno del individuo, caracterizada por sentimientos de temor, inseguridad o desesperación frente a situaciones percibidas como amenazantes. Según Freud (1926), la angustia es una respuesta del yo frente a una situación traumática que el sujeto percibe como incontrolable, lo que genera un estado de desvalimiento emocional.

Criterio de verificación: Todo aquel discurso que haga referencia manifestación de pensamientos intrusivos y que persisten. Así como, conductas de evitación frente a situaciones sociales o familiares.

- *La culpa como manifestación de angustia*

Definición: La culpa es una emoción derivada del incumplimiento de los estándares morales y del ideal del yo, que se presenta como una manifestación secundaria de la angustia (Freud, 1923). Para Fenichel (1945) este sentimiento emerge como temor inconsciente a perder el amor del superyó, lo que activa su mecanismo de defensa como el autocastigo o aislamiento.

Criterio de verificación: Todo aquel discurso en el que sus pensamientos recurrentes hablen de autodevaluación o conductas autodestructivas como aislarse, privación de actividades de placer o autocastigo con la repetición compulsiva de rituales. También, todo discurso en el cual la expresión verbal explícita de culpa por no cumplir con las expectativas propias o familiares.

▫ *Angustia asociada a la sexualidad*

Definición: Freud (1926) menciona que este tipo de angustia suele relacionarse con experiencias traumáticas tempranas y con deseos reprimidos que, al entrar en conflicto con las normas morales y sociales internalizadas, generan malestar psíquico en el individuo.

Criterio de verificación: Todo aquel discurso que haga referencia a presencia de pensamientos intrusivos o no deseados de carácter sexual, como la presencia de compulsión o rituales relacionados con el control de estos pensamientos o a un autocastigo. También se incluyen las expresiones de *JP* de incomodidad, culpa o temor a dañar a otros como consecuencia de estos impulsos.

- Manifestaciones de la neurosis obsesiva
 - *Neurosis obsesiva*

Definición: Fenichel (1945) define la neurosis obsesiva como un mecanismo de defensa frente a la angustia, donde los síntomas obsesivos funcionan como una estrategia para contener los impulsos reprimidos del ello.

Criterio de verificación: Todo aquel discurso que muestre la presencia de pensamientos recurrentes involuntarios que generan angustia. Además, todo discurso en el que refiere que ejecuta compulsiones o conductas como rituales para disminuir la angustia.

- Características del ideal del yo

Definición: El ideal del yo es una instancia psíquica que se forma a partir de la internalización de normas sociales y expectativas familiares (Freud, 1923). Según Freud, esta estructura psíquica orienta la conducta del individuo y se construye mediante la identificación con figuras parentales y figuras de autoridad social.

Criterio de verificación: Todo aquel discurso con conductas de autoexigencia por cumplir normas sociales, morales y familiares. Además, aquel discurso que haga referencia a sentimiento

de culpa ante el incumplimiento de las conductas anteriores. También aquella expresión verbal de la necesidad de ser perfectos o cumplir con roles asignados.

2.2. Metodología de estudio de caso

El presente documento se desarrolla dentro del paradigma cualitativo el cual, busca, conocer el significado que está inmerso en la trama tejida por el texto o discurso de los sujetos entrevistados (Echeverría, 2005). La investigación se estructura mediante un diseño de estudio de caso con alcance interpretativo, lo que implica que el análisis se centra en la interpretación subjetiva de los datos, resaltando la experiencia individual del consultante y evolución a lo largo del tiempo. Scandar (2014), un estudio de caso implica la examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso.

Para este estudio a su vez, se adopta un enfoque diacrónico el cual permite comprender y analizar la experiencia del consultante facilitando la observación de cambios a lo largo del tiempo y son equiparables a los estudios longitudinales, este estudio es frecuente en psicoterapia donde se sigue un caso a lo largo de un proceso psicoterapéutico observando los cambios que se producen en un sujeto (Scandar, 2014).

Se usará el expediente clínico establecido por CESCO para el uso del psicoterapeuta tratante como unidad hermenéutica para el presente estudio. Para la recolección de los datos del presente estudio se hizo uso de los formatos que conforman el expediente clínico del CESCO los cuales son: el formato nombrado F1, el cual es una hoja de registro de contacto y se realiza en la primera entrevista (véase anexo 2), un registro breve de cada sesión con fecha y tema tratado se desglosa en el F2 (anexo 3), para cada sesión se registra en el formato F3 con descripción de la sesión y objetivos vistos además en supervisión de caso (véase anexo 4), para el registro del psicodiagnóstico relacionado con fundamentación teoría se utiliza el F4 (véase anexo 5) y finalmente el reporte de diagnóstico y finalización en el formato F5 (véase anexo 6). También se hace uso de las transcripciones de audio grabaciones de cada sesión y cada grabación tiene su consentimiento (véase anexo 1), las cuales se analizaron en un procesador de textos llamado Atlas.Ti (Scientific Software Development GmbH, 2023).

2.3. Tipo de análisis

El análisis de la información en este estudio de caso se realizará desde una perspectiva hermenéutica, utilizando como herramienta principal el software ATLAS.ti (Scientific Software Development GmbH, 2023) para el procesamiento y categorización de los datos. Las categorías de análisis han sido previamente definidas a partir del marco teórico y se articularán con los hallazgos obtenidos del caso *JP*.

El tipo de análisis empleado para el presente estudio de caso se realizará desde la perspectiva de los sujetos participantes en la intervención lo que permitirá comprender de manera integral los fenómenos observados en el proceso psicoterapéuticos tanto del consultante y su contexto. Esta metodología, busca identificar las experiencias, discurso y dinámicas que emergen en el proceso.

La principal fuente de referencia teórica será el enfoque psicodinámico para el presente estudio, desde el cual tomará como referencia el concepto del ideal del yo, propuesto por Freud (1923), el cual emerge como una internalización de las normas y exigencias impuestas por el entorno, configurando una instancia psíquica que orienta la conducta del individuo. A partir de este marco, se examinarán los sentimientos de culpa y angustia presentes en *JP* cuando percibe que no alcanza dicho ideal, tanto en su construcción personal como en la expectativa social y familiar impuesta.

En este sentido, Klein (1994) señala que la culpa inconsciente puede surgir como una necesidad de aprobación o como el temor a la insuficiencia, lo que, en este caso, se manifiesta en la aparición de pensamientos obsesivos y compulsiones. Asimismo, Fenichel (1945) describe la neurosis obsesiva como un mecanismo de defensa frente a la angustia, perpetuando un ciclo compulsivo que, en lugar de aliviar la ansiedad, la refuerza.

Se dialogará con una perspectiva interdisciplinaria desde el enfoque sistémico-estructural, donde el análisis se centrará en el rol de *JP* dentro de su dinámica familiar, aplicando el modelo

de Minuchin (1974) para evaluar la jerarquía, los límites y las interacciones familiares. Este enfoque permitirá identificar de qué manera la estructura familiar ha influido en el desarrollo y mantenimiento de su neurosis obsesiva, así como en la gestión de sus emociones, particularmente la angustia y la culpa.

Finalmente, se incorporará una perspectiva interdisciplinaria al análisis, integrando referencias de la psiquiatría y la psicología del desarrollo. En este sentido, se considerarán los aportes de Kernberg (1975) sobre la relación entre ansiedad, angustia y estructura de la personalidad. Estos elementos contribuirán a una comprensión más profunda de los conflictos internos de *JP* y de los factores estructurales y dinámicos que inciden en su neurosis.

3. Marco Referencial

3.1. Antecedentes / estado del arte

Para este estudio de caso, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de información sobre la neurosis obsesiva, poniendo especial énfasis en su relación con la búsqueda del ideal del yo y su asociación con factores como la angustia y la culpa. Se consultaron estudios publicados en revistas indexadas en español e inglés, abordados desde paradigmas cualitativos y cuantitativos. La población objetivo de dichos estudios incluyó principalmente adolescentes y jóvenes.

Se identificaron estudios que enfocan el tema desde una perspectiva psiquiátrica, mientras que las investigaciones desde la psicoterapia son considerablemente más escasas. Además, la mayoría de estos estudios están dirigidos a poblaciones americanas o latinoamericanas, dejando en gran medida sin explorar a la población mexicana. Por otro lado, las investigaciones predominan en enfoques cuantitativos, lo que resalta la necesidad de realizar descripciones cualitativas que puedan fundamentar propuestas de investigación e intervenciones más oportunas para estas estructuras neuróticas.

La búsqueda se llevó a cabo utilizando plataformas como SCISPACE, ResearchGate, ScienceDirect y APA PsycNet, ELSAVIER, Scielo. Los estudios más relevantes se desarrollaron, en su mayoría, en poblaciones de países como Estados Unidos y diversas naciones de América Latina.

Los hallazgos indican que la formación del yo está influenciada por la necesidad de cumplir con las expectativas propias y externas, lo cual puede provocar angustia. Por ejemplo, Dhar (2018), explora cómo los jóvenes desarrollan los ideales a lo largo del tiempo afectando su bienestar emocional y generando angustia. Según un estudio de Niamh et al. (2023), el 40 % de los jóvenes reporta un nivel alto de angustia relacionado con la regulación emocional y por lo tanto la disminución en su calidad de vida. Esta angustia es una experiencia relacionada con las propias expectativas, pero a su vez por la presión social internalizada por el mismo individuo.

Por otro lado, la culpa actúa como factor para promover el comportamiento prosocial y reparación de las relaciones. Eglantine et al. (2020) menciona que la culpa se centra en la evaluación de las acciones que se han hecho fuera de lo normalmente esperada, acompañándose de remordimiento y deseo de reparación, y por lo tanto a actuar. Sin embargo, su expresión o buen manejo se ven relacionados con el aumento de síntomas depresivos y ansiosos, como lo menciona Bastin (2021), siendo factores significativos para problemas de salud mental encontrando que el 25% de los jóvenes experimentan sentimientos significativos de culpa.

Las exigencias del mismo contexto y las ideas internalizadas de las personas provocan angustia que se ve reflejado con sentimientos de culpa, que a su vez provocan mayores malestares, como lo es una neurosis obsesiva o también llamado Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Hofer, 2018). Hay factores que promueven la aparición o evolución de dichos síntomas con riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad con la presencia de síntomas obsesivos, también hay la prevalencia de 1.2% en adolescentes y jóvenes e incluye factores de riesgo como los familiares y el estrés ambiental (Guimares et al., 2023). La búsqueda lleva a indagar sobre la distinción entre la conceptualización de neurosis obsesiva y con el recurrente criterio para un TOC considerado en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Kraepelin, describe a la neurosis como una característica de ideas obsesivas, actos compulsivos o las dos juntas (Steinberg et al., 2017).

En el 2021 la pandemia de COVID-19 modificó la tendencia a trastornos mentales con un 64% de la población de entre 5 y 49 años afectada por depresión y ansiedad (Medina-Mora et al., 2023). Cabe mencionar que la desregulación emocional y aislamiento social, intervienen para mediar la relación entre la soledad y ansiedad, siendo un 20% de los jóvenes que presentan estos niveles (Eres et al., 2023). No obstante, Manchola (2019), menciona que se suma los cambios suscitados en la forma de establecer lazos sociales a través de las redes sociales, lo cual influye en la forma en que el sujeto se construye.

Por lo tanto, es imprescindible sugerir nuevas estrategias tanto de prevención como de intervención y mantenimiento, pues afecta tanto a mujeres como hombres desde niños a adultos y no hace distinción ente nivel socioeconómico o cultural, en México (Fundación, 2019) aproximadamente 15 millones de personas padecen una manifestación de neurosis, de los cuales

15 % son niños de entre 13 y 20 años, el 20% de jóvenes de entre 14 a 18 años y el 65% son adultos.

En este sentido, se propone una perspectiva de trabajo para el tratamiento, de tal forma que sea funcional en la psicoterapia con el enfoque psicodinámico, el cual se centra en comprender la experiencia inconsciente del consultante a partir de la relación terapéutica (Etchevers et al., 2019).

A partir de la literatura que comprende el estado del arte, este estudio se pone que en evidencia la relación entre factores emocionales, como la angustia y el impacto en la neurosis obsesiva. Dichos factores se vinculan con la necesidad de cumplir expectativas internas y externas, lo cual representa un desafío significativo para el sujeto. A nivel contextual, la pandemia de COVID -19 intensificó esta problemática al modificar tendencias en trastornos mentales. Por lo que, este fenómeno destaca la urgencia de atender no solo aspectos individuales sino también cambios socioculturales que inciden en la salud mental.

Finalmente, la perspectiva psicodinámica, resulta crucial para explorar raíces inconscientes de la angustia en el contexto de la psicoterapia, reafirmando el que su abordaje sea de manera integral considerando lo individual como el entorno social y proponer soluciones sostenibles que mejoren la calidad de vida.

3.2. Marco conceptual

- **Ideal del yo:**

Freud (1923) introduce el concepto del Ideal del Yo como estructura psíquica que surge a partir de la internalización de normas sociales y culturales. Según Freud, el Yo, actúa como una barrera protectora contra los estímulos externos e internos, desempeñando funciones como la prueba de realidad y el control de la acción y el pensamiento. Estas funciones requieren la capacidad de demorar la descarga pulsional. Además, Freud señala que las normas sociales y culturales influyen en la percepción y la dirección del comportamiento del individuo, especialmente en su aspiración por alcanzar un ideal que se

forma a partir de la identificación con los padres. Este proceso puede generar conflictos internos, como sentimientos de culpa o angustia.

- **Angustia:**

La angustia es definida como el efecto displacentero que acompaña a una tensión pulsional insatisfecha. Freud explica que esta emoción se desarrolla en situaciones traumáticas en las que la psique se ve abrumada por un flujo de estímulos demasiado intenso para ser gestionado. Estas situaciones son especialmente prevalentes durante la primera infancia, cuando el Yo aún es débil y carece de la capacidad para postergar la gratificación de los deseos pulsionales (Fenichel,1945). En el intento de controlar los conflictos internos mediante la repartición y racionalización, según surge la angustia.

- **Neurosis obsesiva:**

La neurosis obsesiva se sitúa en un conflicto entre el Ello, que impulsa la descarga pulsional, y el Yo, que busca evitarla. Fenichel (1945) define la neurosis obsesiva como un trastorno caracterizado por pensamientos y comportamientos obsesivos que actúan como defensas frente a una angustia subyacente. Este tipo de neurosis incluye pensamientos intrusivos, compulsiones y rituales repetitivos vinculados a una ansiedad inconsciente.

En el caso de las neurosis obsesivas, el Yo busca defenderse de los sentimientos de culpa. Los mecanismos de defensa empleados para controlar los instintos pueden, eventualmente, ser dirigidos contra estos mismos instintos, ahora internalizados como provenientes del Superyó. Fenichel (1945) describe las ideas obsesivas como cogniciones o imágenes mentales intrusivas, persistentes, repetitivas y egodistónicas.

- **Adolescencia.**

Blos (1979), considera a la adolescencia como un segundo proceso de individuación. La individuación adolescente puede describirse como un desasimiento progresivo de los objetos de amor primarios, de las figuras parentales infantiles o sus sustitutos. La individuación adolescente abre camino a la relación objetal adulta.

- **Proceso psicoterapéutico;**

Para Freud (1900) es un proceso psicoterapéutico que busca aliviar los conflictos psíquicos mediante el análisis de los procesos inconscientes. En su enfoque, la psicoterapia psicoanalítica implica la exploración de la transferencia, los sueños, los actos fallidos y las asociaciones libres para hacer conscientes los contenidos reprimidos y, de esta forma, resolver los síntomas derivados de dichos conflictos.

3.3. Marco teórico

3.3.1. Ideal del yo

El ideal del yo es un concepto central en el psicoanálisis para comprender los procesos de identificación y de la regulación narcisista del sujeto. Freud (1923) la coloca como una instancia que se constituye a partir de las identificaciones con figuras parentales y sociales, funcionando como referente interno que oriente la autoevaluación y las exigencias dirigidas al yo. En este sentido resulta relevante para comprender la relación de las normas internalizadas, la autoexigencia y la culpa en la adolescencia donde dichas exigencias se intensifican.

3.3.1.1. Concepto del Ideal del yo.

El ideal del yo menciona Freud (1925) surge de las identificaciones con figuras parentales, funcionando como un modelo interno que el yo y el ideal reflejen la oposición entre lo real y lo psíquico, el mundo exterior y el interior.

Como herencia del complejo de Edipo, se conoce al ideal del yo y así, una expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos libidinales del ello. Con esta institución, el yo se apodera del complejo de Edipo y se somete al mismo tiempo al ello. (Freud,1923)

Cabe mencionar que por una parte el yo es representante del mundo exterior y el super yo es como abogado del mundo interior del ello. Por lo tanto, ahora vemos que el conflicto entre el

yo y el ideal espejarán, reflejarán, la oposición entre lo real y lo psíquico, el mundo exterior y el mundo interior.

Por otro lado, Fiorini (1977), nos menciona sobre las funciones yoicas, las cuales desempeñan un papel fundamental en la regulación del contacto con las condiciones de la realidad y en la capacidad del individuo para ajustarse a ella. Desde esta perspectiva, el yo se concibe como una zona de intersección de especial interés para todo enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico que trascienda una visión exclusivamente individual centrada en el mundo interno.

El enfoque yoico reconoce la existencia de determinantes sociales que pueden obstaculizar un desarrollo más riguroso de esta perspectiva. En muchos casos, la respuesta predominante a tales obstáculos se orienta hacia la resolución de inhibiciones represivas y distorsiones de orden intelectual, en lugar de profundizar en el análisis de las conexiones entre el individuo y la realidad, así como en los dinamismos que las configuran. Esto resulta problemático, pues el yo representa un área de autonomía potencial que permite al sujeto articular su relación con el entorno de manera flexible y adaptativa.

En este marco, se distinguen tres órdenes de funciones yoicas fundamentales que para Fiorini (1977) son:

1. **Funciones yoicas básicas:** Estas funciones están dirigidas tanto hacia el mundo externo y los otros como hacia los aspectos internos del sujeto. Comprenden procesos como la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, la anticipación, la exploración, la ejecución, el control y la coordinación de la acción. Su eficacia está determinada por las condiciones en las que operan.
2. **Funciones defensivas:** Su objetivo es neutralizar ansiedades a través de la modulación de las condiciones de realidad, los impulsos y las prohibiciones. Estas funciones permiten al individuo afrontar conflictos internos y externos mediante mecanismos de defensa que preservan su estabilidad psíquica.

3. **Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras:** Estas funciones posibilitan la cohesión y organización del aparato psíquico, favoreciendo la primacía de los sinergismos sobre los antagonismos funcionales. Su importancia se manifiesta particularmente ante situaciones de cambio, en las cuales el sujeto debe reorganizar sus relaciones con el mundo. Implican la articulación entre el contacto con el propio deseo y el control racional sobre las condiciones de satisfacción de dicho deseo.

El estudio de estas funciones resulta esencial para comprender el desarrollo psíquico del individuo y su capacidad de adaptación a la realidad, ofreciendo una base teórica sólida para la intervención psicoterapéutica en diversas problemáticas clínicas.

Por su parte, Anna Freud (1936) clasifica las funciones yoicas defensivas como mecanismos para neutralizar ansiedades, resguardar la cohesión del yo y posibilitar la integración de la experiencia interna y externa. Winnicott (1965) enfatiza la función integradora del yo a través del *holding* y el *handling*, facilitando la construcción de un self verdadero.

3.3.1.2. Construcción del Ideal del yo

La génesis del ideal del yo se origina en una identificación primaria, especialmente con la figura paterna. Este tipo de identificación es directa e inmediata, sin la mediación de otros objetos. Freud (1923) señala que el superyó no es solo un residuo de las primeras elecciones de objeto del ello, sino que también incorpora una energía reactiva que contribuye a su significación y función en la estructura psíquica. En este contexto, el ideal del yo actúa como una instancia normativa que guía al sujeto en la conformación de su identidad y en la regulación de sus pulsiones.

Conflictos anteriores del yo con las investiduras de objeto del ello, pueden continuar en conflicto con el superyó. Si el yo no logró dominar bien el complejo de Edipo, la investidura energética de este, proveniente del ello, retomara acción eficaz en la formación reactiva del ideal del yo (Freud, 1923).

El yo, inicialmente frágil, se configura a partir de su relación con las investiduras de objeto, a las cuales otorga su consentimiento o de las que busca defenderse mediante el mecanismo de represión (Freud, 1923). En este sentido, la introspección puede interpretarse como una regresión a mecanismos propios de la fase oral, facilitando o posibilitando la resignación del objeto.

El carácter del yo se construye como una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, conservando la historia de las elecciones objétales del individuo. Cuando el yo adopta los rasgos del objeto, se impone a sí mismo al ello como objeto de amor. Esta transposición de la libido de objeto en libido narcisista conlleva una resignación de las metas sexuales, un proceso de sexualización y, por tanto, una sublimación (Freud, 1923).

La resistencia del carácter frente a la influencia de las investiduras de objeto resignadas y los efectos de las primeras identificaciones, especialmente las adquiridas en la infancia temprana, conducen a la génesis del ideal del yo. Detrás de esta estructura se oculta la identificación primaria con la figura paterna, una identificación directa e inmediata, anterior a cualquier investidura de objeto (Freud, 1923, p. 35). La complejidad de esta formación se debe a dos factores fundamentales: la disposición triangular del complejo de Edipo y la bisexualidad constitucional del individuo.

Durante la fase sexual dominada por el complejo de Edipo, se produce una sedimentación en el yo que se expresa en la consolidación de dos identificaciones fundamentales, de alguna manera unificadas entre sí. Esta transformación del yo se organiza en torno a una estructura específica: el ideal del yo o superyó, que se enfrenta al resto del contenido del yo como una instancia diferenciada (Freud, 1923, p. 35).

El superyó no es simplemente un residuo de las primeras elecciones de objeto del ello, sino que también representa una formación reactiva enérgica frente a ellas. Su doble naturaleza radica en que, por un lado, emerge de la internalización de la autoridad paterna y, por otro, participa en la represión del complejo de Edipo. La severidad del superyó está directamente relacionada con la intensidad del conflicto edípico y la rapidez con que este fue reprimido, lo que puede derivar en

un dominio riguroso del superyó sobre el yo, manifestándose tanto en la conciencia moral como en un sentimiento inconsciente de culpa (Freud, 1923, p. 36).

La génesis del superyó es resultado de dos factores biológicos de suma importancia: la condición de desvalimiento y dependencia del ser humano durante su prolongada infancia, y la interrupción del desarrollo libidinal debido al periodo de latencia y la reactivación de la sexualidad en dos tiempos (Freud, 1923, p. 36). Así, el ideal del yo se convierte en la herencia del complejo de Edipo y en la expresión de las mociones y destinos libidinales más significativos del ello. En este proceso, el yo se apropia del complejo de Edipo y se somete a las exigencias del ello.

Mientras que el yo opera como representante del mundo exterior y la realidad, el superyó se erige como la instancia que aboga por las exigencias del mundo interno, en particular del ello (Freud, 1923, p. 37). La tensión entre las demandas de la conciencia moral y las operaciones del yo se experimenta como un sentimiento de culpa. Además, los sentimientos sociales se fundamentan en la identificación con otros a partir de la internalización de un ideal del yo común. (Freud, 1923, p. 37).

Por otro lado, Melanie Klein (1940) amplía esta visión proponiendo que la construcción del Ideal del yo comienza mucho antes de la fase edípica, en el vínculo temprano con el objeto materno. En la posición esquizo-paranoide, el bebé idealiza el “pecho bueno” como parte de la defensa frente a ansiedades persecutorias. Posteriormente, en la posición depresiva, esta idealización se integra con aspectos negativos, posibilitando un Ideal del yo más realista y menos persecutorio.

Desde la teoría del apego, Bowlby (1969) plantea que los modelos internos de trabajo, estructuras mentales que representan al cuidador y a uno mismo, participan en la configuración del Ideal del yo. Un apego seguro favorece la internalización de un ideal protector y consistente; en cambio, un apego inseguro puede producir ideales contradictorios o excesivamente severos.

En la perspectiva lacaniana, el Ideal del yo pertenece al registro simbólico y funciona como una instancia que representa el punto desde donde el sujeto es mirado por el Otro. Se constituye

en la intersección del deseo del Otro y la ley, y opera como referencia para la estructuración del yo (Lacan, 1958/1999). La identificación al Ideal del yo implica una alineación con significantes que el sujeto reconoce como portadores de valor en el campo social y familiar.

Ahora bien, Minuchin (1974) agrega que las pautas de límites intergeneracionales y jerarquías familiares determinan la rigidez o flexibilidad de este ideal; familias con límites difusos tienden a producir ideales más dependientes de las expectativas parentales, mientras que familias con límites claros favorecen su construcción autónoma. No obstante esto puede generar angustia en esta construcción.

3.3.2. Angustia

Se plantea la angustia como una señal de peligro que advierte al yo frente a situaciones de amenaza hacia el equilibrio, ya sea por exigencia del deseo o por la posibilidad de pérdida. La angustia en este marco, permitirá abordarla para comprender el malestar físico y como el sujeto lo organiza.

3.3.2.1 Concepto de la angustia

Para Freud (1926), la angustia inicialmente se conceptualizó como un proceso fisiológico, desvinculado de determinantes psíquicas. Sin embargo, las manifestaciones de la angustia en neurosis fóbicas y obsesivas llevaron a considerar la represión como un factor clave en su formación. Freud también identifica el acto de nacimiento como la primera vivencia de angustia, que sirve como modelo para las experiencias de este afecto a lo largo de la vida.

La angustia se entiende, además, como un impulso libidinal originado en el inconsciente, que es inhibido o transformado por el preconscious. En un principio, Freud (1926) la define como una experiencia de displacer, que luego evoluciona a una "señal de angustia", la cual advierte al yo sobre posibles amenazas internas o externas.

La angustia se concibe también como una manifestación de impulsos libidinales provenientes del inconsciente que el preconscious intenta inhibir o transformar, estableciendo así

una dinámica compleja entre deseo y temor. Esta perspectiva abre la puerta a comprender la angustia como una experiencia que emerge en la interacción entre la pulsión, la defensa y la percepción de amenaza.

Freud (1926), nos mostró que la angustia desempeña, en relación con un peligro, la función de señal, permitiendo al yo anticiparse a una amenaza proveniente de la irrupción pulsional, la pérdida del objeto o el castigo superyoico. En este sentido, la angustia es concebida como un fenómeno secundario que advierte al aparato psíquico y moviliza defensas para la preservación del yo.

Lacan, por su parte, (1962-1963), plantea que “la angustia no es sin objeto” y subraya que se trata de una señal en relación con lo que ocurre respecto a la relación del sujeto con el objeto a en toda su generalidad. Es decir, no surge de la falta o del vacío, sino de la irrupción de un objeto excesivamente próximo que desestabiliza la economía del deseo. Así, mientras Freud la concibe como un aviso del yo frente al peligro, Lacan la entiende como un afecto privilegiado que revela el encuentro del sujeto con el objeto causa del deseo.

3.3.2.2 Formación de la angustia

La comprensión de la angustia se basa en su vínculo con factores internos y externos que el yo no logra tramitar de manera adecuada. Para Freud (1926), la angustia surge como respuesta del yo frente a una situación traumática, definida como un estado de desvalimiento frente a una acumulación de excitación, ya sea interna o externa, que no puede procesar.

La angustia señal, es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, aunque los peligros internos cambian a lo largo de la vida, tiene el carácter de implicar la separación o pérdida de un objeto amado y esto puede llevar a la acumulación de deseos insatisfechos y por ende una situación de desvalimiento.

En este contexto, la neurosis de angustia aparece cuando la psique se percibe incapaz de gestionar la excitación endógena o de equilibrar las demandas internas y externas mediante la

acción correspondiente. Además, Freud (1926) señala que la angustia está relacionada con la amenaza de la pérdida de un objeto amado o la separación, lo que genera deseos insatisfechos y refuerza el estado de desvalimiento.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, Freud identifica necesidades fundamentales como el hambre, la respiración y la sexualidad, las cuales generan estímulos endógenos que exigen una respuesta en el mundo exterior. Sin embargo, al inicio de la vida, el cuerpo humano es incapaz de satisfacer estas demandas de forma autónoma, lo que contribuye a la acumulación de angustia.

Por otro lado, Fenichel (1945) amplía esta conceptualización al destacar que los conflictos internos también contribuyen a la generación de angustia. Estos conflictos suelen manifestarse mediante intentos del yo de controlarla a través de mecanismos de defensa como la repetición compulsiva y la racionalización. En este sentido, la angustia no solo representa una respuesta emocional, sino que también funciona como un indicador del manejo de los conflictos internos, especialmente en la forma de pensamientos repetitivos que reflejan intentos de procesar o dominar estos estados afectivos.

Ambas perspectivas proponen que la angustia, más allá de ser una respuesta inmediata al peligro, está arraigada en la interacción entre los deseos internos y las demandas del entorno, así como en los mecanismos psíquicos que intentan mediar entre ambos.

Desde una perspectiva del desarrollo, la angustia se vincula con las necesidades básicas insatisfechas en la infancia, como el hambre, la respiración o la seguridad emocional, que generan estímulos internos no resueltos y demandan respuestas adecuadas del entorno (Bowlby, 1969). La incapacidad para satisfacer estas demandas en etapas tempranas contribuye a la formación de patrones de angustia que se expresan a lo largo de la vida.

Para Klein (1923) junto al interés libidinal es la angustia que surge en esta fase descrita la que pone en marcha el mecanismo de identificación. En la infancia, el niño desea destruir los órganos que representan los objetos, y al mismo tiempo, comienza a temerles. Esta angustia lo conduce a equiparar dichos órganos con otros elementos y que de igual manera se convierten en

objetos de angustia. El simbolismo no solo constituye el fundamento de toda fantasía y sublimación, en este sentido, no solo contribuye el fundamento de toda fantasía y sublimación, sino que también establece la base de la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad.

Asimismo, a medida que el yo va evolucionando, logra transformar esa realidad inicialmente irreal en una verdadera relación de realidad. De este modo, tanto el yo y la relación con la realidad dependerá del grado de capacidad del yo, en una etapa muy temprana para tolerar las primeras presiones de las primeras situaciones de angustia (Klein, 1979).

3.3.2.3 Manifestación de la angustia.

La angustia a la pérdida de amor o por pérdida de suministros narcisísticos, se transforma en angustia de pérdida de los suministros del superyó, y este temor se transforma en sentimiento de culpa. (Fenichel, 1945)

3.3.2.3.1 La culpa como manifestación de la angustia.

El yo puede entenderse como la parte del ello que ha sido modificada por la influencia directa del mundo exterior, con la mediación del sistema percepción-conciencia (P-Cc). En este sentido, constituye una continuación del proceso de diferenciación de superficies. Su función principal es reemplazar el principio del placer, que rige de manera irrestricta en el ello, por el principio de realidad. Para el yo, la percepción cumple un papel análogo al de la pulsión ejerce en el ello.

Así, el yo representa la razón y la prudencia, en contraste con el ello, que contiene las pasiones. Sin embargo, la autocrítica y la conciencia moral, (operaciones psíquicas situadas en lo más alto de la jerarquía valorativa) pueden operar de manera inconsciente y generar efectos significativos, como la culpa excesiva, conductas de autocastigo, la formación de síntomas obsesivos o somatizaciones. Así, la experiencia clínica revela que el sentimiento de culpa es un fenómeno recurrente en estos procesos (Freud, 1910).

Freud (1926), señaló además que, el temor a perder el amor del superyó está estrechamente relacionado con el sentimiento de culpa. Desde esta mirada, la culpa puede entenderse como un mecanismo de defensa frente a los impulsos instintivos.

Fenichel (1945), profundizó al describir el conflicto neurótico como la coexistencia de una tendencia a descargar la tensión y, al mismo tiempo, una resistencia frente a dicha descarga. La decisión de permitir o inhibir esta expresión recae en una función del yo, encargado de mediar entre las pulsiones del ello y sus propias regulaciones. En este contexto, los sentimientos de culpa funcionan como una fuerza represiva que limita la descarga pulsional. Este conflicto evidencia la lucha entre impulsos instintivos deseables y los temores o sentimientos de culpa que los reprimen.

Asimismo, Fenichel (1945) advierte que la complejidad del conflicto neurótico aumenta cuando el sentimiento de culpa reemplaza a la angustia, ya que, en estos casos, la culpa representa la angustia del yo frente al superyó.

Winnicott (1965) por su parte, señala que el sentimiento de culpa implica tolerancia a la ambivalencia y constituye una forma de angustia provocada entre el amor y el odio. En este sentido, la culpa surge cuando el yo logra establecer un acuerdo con el superyó: la angustia ha madurado y se transforma en culpa. La génesis de la culpa se sitúa entonces, en la relación interna con el superyó y en la aceptación de la responsabilidad respecto a la propia destructividad.

Winnicott (1965) agrega que la reducción de la culpa sigue conforme la represión disminuye o a la aproximación del consultante a la resolución del complejo de Edipo y a una aceptación de tanto del odio como del amor que este implica. En la neurosis obsesiva, sin embargo, el consultante se ve orillado a recomponer algo de manera interminable aquello que percibe como dañado. Los pensamientos obsesivos hacen todos los intentos posibles de anular una idea por medio de otra, pero nada tiene éxito. En este sentido, la culpa aparece como una forma específica de angustia asociada con la ambivalencia, o sea el amor y odio coexistente.

Klein (1935) desarrollo más la idea de conflicto psíquico temprano no se limita al complejo de Edipo, sino que surge desde la relación temprana del infante con la madre. Allí, las fantasías

destructivas acompañan al impulso amorosa, configurando una dinámica de ambivalencia donde la culpa se presenta como efecto de la destructividad que se proyecta sobre el objeto amado.

3.3.2.4 Angustia asociada a la sexualidad

La angustia consciente y los sentimientos de culpa vinculados a la sexualidad (autoerótica y heterosexual) han disminuido en intensidad. Sin embargo, estas emociones han sido desplazadas de la conciencia debido al creciente reconocimiento y aceptación de la sexualidad infantil y adolescente por parte de especialistas, padres y pares (Blos, 1979).

Blos (1979) describe que la transición hacia la adultez sexual implica una reestructuración psíquica donde se negocian deseos, prohibiciones y mandatos culturales, y en esta negociación la angustia juega un papel clave como indicador del ajuste o conflicto entre estas fuerzas. Así, la comprensión de la angustia en relación con la sexualidad aporta una dimensión esencial para abordar las problemáticas clínicas vinculadas con la identidad, el deseo y las conductas sexuales.

Fenichel (1945) señala que las obsesiones placenteras pueden entenderse como una forma de transición entre el síntoma neurótico y la sublimación. No obstante, su carácter compulsivo suele estar demasiado en primer plano como para ser consideradas sublimaciones propiamente dichas. En la neurosis obsesiva, se observan juegos compulsivos menores que proporcionan cierto disfrute al sujeto y de los cuales no quiere desprenderse. La observación de juegos infantiles y compulsivos permite pensar que una sexualización secundaria de actividades que originalmente estuvieron al servicio de medidas defensivas puede también orientarse hacia la función lúdica.

En este mismo sentido, Fenichel (1945) describe que síntomas creados con el propósito de rechazar la masturbación pueden terminar siendo sustituidos por la masturbación misma. Sin embargo, se trata de una masturbación de carácter compulsivo que no procura placer, donde la falta de satisfacción incrementa el empeño en conseguirlo. En algunos casos, la masturbación puede realizarse con fines de castigo, concebida como un equivalente simbólico de la castración. El yo demuestra así al superyó su disposición a la autodestrucción, buscando perdón mediante la

expiación y la terquedad. Este acto no solo responde al intento de obtener placer o castigo, sino también a la necesidad de liberarse de una tensión insoportable y aliviar un estado de depresión.

3.3.3 Neurosis Obsesiva

La neurosis obsesiva en este apartado permitirá delimitar las características estructurales que orientan la comprensión de determinadas manifestaciones sintomáticas, Freud (1909) la describe como una forma particular de defensa frente al deseo, en la que la angustia se desplaza hacia el pensamiento y la acción ritualizada.

3.3.3.1 Concepto de Neurosis Obsesiva

Primeramente, para abordar este concepto, es vital definir la conducta de una estructura obsesiva, la cual es entendida como una organización psíquica que se configura en oposición a la histeria.

A diferencia del histérico, el obsesivo se habría sentido demasiado amado por su madre. El obsesivo, manifiesta como un sujeto que fue investido como objeto privilegiado del deseo materno, es decir por la investidura fálica. Se dice que los obsesivos son nostálgicos del ser, apoyados por el recuerdo de un modo particular de relación que el obsesivo mantuvo con su madre. Así, la estructura obsesiva se despierta a partir de una investidura psíquica precoz, donde el sujeto se constituye como un objeto ante el cual la madre supuestamente encuentra lo que no logra encontrar de su vínculo con el padre. (Dor, 1991, pg131).

Para Laplanche (1996) la neurosis obsesiva es una forma más típica, el conflicto psíquico se expresa por los síntomas llamados compulsivos; ideas obsesivas, compulsión a realizar actos indeseables, lucha contra estos pensamientos y tendencias, ceremoniales con juratorios, etc. y por un tipo de pensamiento caracterizado por la rumiación mental, la duda, los escrúpulos y que conduce a inhibiciones de pensamiento y de la acción.

3.3.3.2 Formación de la neurosis obsesiva

Fenichel, (1945) menciona que una regresión a la etapa sádico anal constituye una piedra angular para la estructuración de una neurosis obsesiva. El hecho de que los impulsos rechazados en la neurosis obsesiva se componen de tendencias edípicas fálicas e impulsos masturbatorios genitales y al mismo tiempo son de naturaleza anal, la defensa se dirige contra el complejo de Edipo fálico y luego continúa a los impulsos anales.

La dinámica de la neurosis obsesiva puede comprenderse a partir de una tensión constante entre una pulsión erótica y una sublevarción en su contra: un deseo que aún no es obsesivo y un temor que, en contraste, ya lo es. Se trata de un afecto penoso acompañado de un esfuerzo por desplegar acciones defensivas. En este contexto, la neurosis incluye no solo estos elementos, sino también la presencia de una suerte de delirio o formación delirante con un contenido inusual (Freud, 1909).

Las obsesiones aparecen como reproches disfrazados que el sujeto se dirige a sí mismo en relación con una actividad sexual infantil productora de placer. En este sentido, pueden interpretarse como una inscripción psíquica frente al deseo materno. Estos fenómenos constituyen síntomas de mecanismos de defensa primarios a los que el Yo reacciona para desplegar mecanismos de defensa secundarios, como el aislamiento y la anulación retroactiva.

Cuando el amor materno se torna excesivo, el niño experimenta una insatisfacción que lo conduce a una suplencia en la que se ve inducido a una pasividad sexual. Como consecuencia, se genera una disposición pasiva hacia el goce, manifestándose en una de las estereotipias más notables: la evocación nostálgica de su identificación fálica.

Así, en los momentos en los que normalmente debería enfrentar la insatisfacción, el sujeto queda atrapado en una satisfacción sustituta derivada de su relación con la madre. Esto impide que mediatice su propio deseo, perpetuando su dependencia respecto al deseo materno.

De esta manera, el deseo se separa de la necesidad y es asumido por una madre insatisfecha, quien encuentra en el niño un objeto de suplencia. En este proceso, el deseo queda subordinado al imperativo de la necesidad. Sin embargo, esto implica que el obsesivo, al no haber estado en posición de formular su propia demanda, se siente obligado a asumir sus consecuencias, ocupando el lugar de objeto de goce del Otro.

La presencia del goce se expresa a través de manifestaciones reactivas que se reducen a una laboriosidad extrema y a pensamientos rumiantes constantes frente a la adversidad.

3.3.3.3 Características de la neurosis obsesiva

En una neurosis obsesiva, un síntoma puede cambiar de significado. Un síntoma primero es expresado como defensa y puede cambiarse o expresarse como impulso primitivo (Fenichel, 1945).

En la neurosis obsesiva una característica es la regresión, pero también puede ser causada por otros mecanismos de defensa como la formación reactiva, el aislamiento y la anulación. El aislamiento consiste según Fenichel (1945) en aislar el contenido ideacional de su correspondiente catexis emocional. Las personas neuróticas obsesivos típicos tienen la apariencia de ser fríos, abstractos y desprovistos de emociones, pero sus emociones pueden estar expresándose incongruentemente.

El mecanismo de defensa de anulación tiene como fin el anular la acción previa real o imaginaria. En ocasiones se tiene a anular actos agresivos generalmente imaginarios. La dependencia del yo con relación al superyó se comprende que el yo se ve obligado no solo a obedecerle en cuanto al rechazo de las exigencias instintivas, sino también a una rebelión contra él. Las mismas medidas defensivas que utiliza contra el superyó las usa contra el superyó. El yo se conduce de manera obediente con el superyó lo que caracteriza los síntomas religiosos en la neurosis obsesiva. Los neuróticos obsesivos tratan de usar objetos exteriores para solución o alivio de sus conflictos internos.

Dor (1991), desde una forma estructural de la neurosis obsesiva, señala la necesidad y el deber que rodean a la organización obsesiva del placer, donde el goce se ve sometido a la exigencia y la regulación constante. A ello se suma la debilidad de la demanda y la ambivalencia, rasgos característicos de esta estructura. Desde esta mirada, la neurosis obsesiva puede entenderse como la huella del deseo insatisfecho de la madre, que inscribe al niño precozmente. La marca del desfallecimiento en la satisfacción del deseo materno se afirma precozmente en el niño gracias a la relación dual privilegiada que el mantiene con ella.

Para Dor (1991), el obsesivo se ha sentido demasiado amado por su madre, lo que pone de manifiesto la función fálica en el juego. En este sentido, el sujeto obsesivo se constituye como un objeto privilegiado del deseo materno, despertando una investidura psíquica precoz: objeto ante el cual la madre encuentra lo que no logra con el padre. Este privilegio genera un efecto particular y se evoca la debilidad y ambivalencia que se articulan con dispositivos de defensa tales como las formaciones obsesivas, el aislamiento, la anulación retroactiva, la ritualización, la formación reactiva, así como la culpabilidad, las mortificaciones y la contricción.

3.3.4 Transición de la adolescencia a la vida adulta

Este es un proceso que se entiende como una reorganización psíquica que involucra transformaciones corporales, emocionales y vinculares. Aquí se sitúa no solo a la etapa evolutiva, sino que como un momento de reorganización de identidad y de las identificaciones.

3.3.4.1 Concepto y características de la Adolescencia

La palabra adolescente proviene del latín *adolescere* que significa crecer en un adulto (Steinberg, 2014). La Adolescencia es un periodo de transición biológica, psicológica, social y económicamente. La adolescencia es considerada desde los 10 años hasta los 20 años.

Se piensa que la adolescencia es una recapitulación de la niñez temprana, sin embargo, solo tiene sentido si incluye elementos de las fases de desarrollo previas como cualquier otra etapa influenciada por el desarrollo pulsional y yoico precedente. Para ingresar a la adolescencia pulsional y yoica, reside en la consolidación del periodo de latencia; si ella no se produce el púber no vivencia sino una insatisfacción que tiene forma de una detención más que una regresión (Blos, 1979 pg. 90). En este sentido el desarrollo adolescente se distingue por la interacción entre procesos de regresión y progresión, los cuales son necesarios para la reestructuración psíquica (Blos, 1979).

Para Klein (1948) a medida que el niño avanza hacia la adolescencia, su tendencia al culto del héroe frecuentemente se expresa a través de sus relaciones con maestros, mientras que otros le inspiran aversión, odio o desprecio. En este sentido, se manifiesta el proceso de separar el odio del amor que proporciona alivio porque permite preservar a la persona “buena” y brinda satisfacción de odiar a alguien que a nuestro juicio se lo merece.

Winnicott (1963), dice que la adolescencia significa convertirse en adulto, es una fase del crecimiento sano, abarcando el periodo de la pubertad. Cuando un individuo se vuelve un adulto maduro, la socialización supone que puede identificarse con figuras parentales y con algún aspecto de la sociedad sin un sacrificio grande del impulso personal, o bien ser el mismo sin ser antisocial.

3.3.4.2 Principales cambios de la transición de la adolescencia a la adultez

Para Steinberg (2014) la transición de la adolescencia a la adultez en la actualidad es la gran cantidad de caminos posibles. Algunas personas a quienes se puede llamar “adultos emergentes” pasan sus veintes solteros, dependientes de sus padres y cambiando constantemente de trabajo, mientras que otras dejan la adolescencia y pasan directamente al matrimonio, al empleo de tiempo completo y a la independencia económica.

La transición implica un conflicto generacional que facilita la reestructuración psíquica adolescente, promoviendo una desvinculación emocional con lo antiguo y la construcción de una solución transaccional que redefine las interacciones entre las instituciones psíquicas (yo, superyó

e ideal del yo) (Blos, 1979). Este conflicto generacional ha sido conceptualizado en torno a diversos puntos: Anna Freud (1958) habla del aflojamiento de los lazos objétales infantiles y Erikson (1956) de la crisis de identidad; mientras que Blos (1979) lo describe como el segundo proceso de individuación propio de la adolescencia. Lo anterior tiene varias formulaciones en las que el supuesto común es que solo a través del conflicto puede alcanzarse la madurez (Blos, 1979, p.15).

La brecha generacional en lo subjetivo se utiliza como mecanismo de distanciamiento, al cual los conflictos interiores y el desapego emocional son reemplazado por separaciones espaciales e ideológicas. Cuando el conflicto es evitado, el resultado es una detención en el nivel adolescente perdiéndose así la posibilidad de maduración que surge de su resolución.

En este marco, resulta fundamental considerar los procesos de individuación. El primero de ellos, corresponde al que se consuma en el tercer periodo de vida con el logro de la constancia del self y del objeto; mientras que el segundo proceso tiene lugar en la adolescencia. Ambos comparten una vulnerabilidad de la organización de la personalidad, así como la urgencia de que sobrevengan en la estructura psíquica cambios acordes con el impulso madurativo.

Bernfel citado en (Blos, 1979) introduce además el concepto de "adolescencia prolongada", que describe un estancamiento en el desarrollo hacia la adultez, caracterizado por la persistencia en los conflictos y la crisis de esta etapa.

De manera complementaria, Winnicott (1971) resalta que el paso de la dependencia a la independencia se mantiene en el uso del espacio y los objetos transicionales, los cuales permiten al adolescente mantener continuidad psíquica en los procesos de separación y crecimiento.

Por otro lado, Kernberg (1971) hace menciona a la teoría de las relaciones objétales, en la cual la adolescencia se constituye como un momento crítico para la consolidación de la identidad. Una de las tareas esenciales en este proceso es la síntesis de introyecciones e identificaciones primitivas en una identidad yoica estable. Estas introyecciones se organizan tanto bajo la influencia de instintos libidinales como de instintos agresivos, y el yo temprano debe encontrar una

integración entre ambas. Inicialmente, la división defensiva del yo se apoya en la escisión, mecanismo característico de las primeras etapas del desarrollo; más tarde, este es reemplazado por defensas yoicas, como la represión, la formación reactiva, el aislamiento o la anulación.

En este sentido, Kernberg (1971) menciona que para alcanzar la internalización de las relaciones objétales, el yo temprano debe cumplir dos tareas fundamentales: la primera es diferenciar las imágenes de sí mismo de las imágenes objétales contenidas en las introyecciones tempranas; y en segundo integrar dichas imágenes bajo la influencia de instintos agresivos. El cumplimiento adecuado de estas tareas permite el desarrollo de una identidad coherente y estable, mientras que sus fallas generan difusión de identidad.

Blos (1979) introduce el concepto de individuación en la adolescencia, señalando que durante esta etapa el sujeto busca diferenciarse de las figuras parentales internalizadas. Dicho proceso se expresa en la construcción de un rol social propio, en la elección de valores y en la configuración de la moral, con la finalidad de afirmar una identidad distinta a la de las imágenes parentales que han sido introyectadas en la infancia.

La individuación puede manifestarse, sin embargo, en perturbaciones de las funciones yoicas, visibles en conductas de acting out, dificultades escolares, ausencia de objetivos claros, procrastinación, actitudes temperamentalmente negativas o desafiantes. Estas expresiones constituyen signos de un fracaso en la desvinculación respecto de los objetos infantiles, mostrando la dificultad del adolescente para lograr una autonomía psíquica estable.

Para Blos (1979), la segunda individuación depende tanto de la maduración pulsional como de la solidez que haya adquirido la estructura yoica. Este proceso implica que el adolescente en crecimiento asuma de manera progresiva la responsabilidad sobre sus actos y elecciones, en lugar de depositarla en las figuras parentales o en los otros significativos que marcaron su desarrollo temprano. Así, la individuación adolescente no solo representa un desprendimiento de los vínculos infantiles, sino también una reorganización estructural que prepara al sujeto para la vida adulta, en la que el ideal del yo y las funciones yoicas juegan un papel central en la integración de la autonomía.

Winnicott (1965), menciona que en esta edad no hay una identidad establecida, y ningún modo bien definido de vida da forma al futuro y sentido al estudio para recibirse. No hay capacidad para identificarse con las figuras parentales sin pérdida de la identidad personal. Además, tiene intolerancia por la solución falsa.

3.3.5 El proceso psicoterapéutico.

Este es un proceso clínico orientado a comprender y elaborar conflictos inconscientes que atraviesa el sujeto. Este apartado delimitará los fundamentos teóricos que sostiene la intervención psicoterapéutica.

3.3.5.1 Concepto de psicoterapia

Los trabajos de Janet en París y de Breuer y Freud en Viena marcaron el inicio de la psicoterapia, destacando la importancia de la relación interpersonal en el proceso terapéutico. La psicoterapia se define como un tratamiento dirigido a la psique dentro de un marco relacional, respaldado por una teoría científica de la personalidad (Etchegoyen, 1986).

Asimismo, el método psicoterapéutico interviene en la psique a través de su única vía practicable: la comunicación. Su principal herramienta es la palabra, y su contexto fundamental es la relación interpersonal. Su propósito esencial es la curación, diferenciándose de otros procesos de comunicación que no persiguen este objetivo.

Laplanche & Pontalis (1967) define la psicoterapia como un método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medio psicológicos y de manera más precisa la relación del terapeuta con el enfermo. El psicoanálisis se opone a las diversas formas de psicoterapia, por la función primordial que en él desempeña la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia que tiende a su resolución.

4. Construcción y Análisis del Caso

El presente apartado, tiene como finalidad analizar la influencia de la angustia en una neurosis obsesiva, en la búsqueda del ideal del yo en el caso *JP*, a partir de las expresiones verbales del consultante durante su proceso psicoterapéutico, organizadas y codificadas en el software Atlas Ti.

El análisis se realiza desde una perspectiva psicodinámica, en diálogo con la perspectiva sistémica y la psiquiatría. La organización del análisis no se apega a la secuencia cronológica del proceso psicoterapéutico, sino que, se sustenta en las siguientes categorías: características del ideal del yo, manifestación de la angustia, la culpa como manifestación de la angustia, angustia asociada a la sexualidad y la manifestación de la neurosis obsesiva.

Para ello, se realiza un ejercicio crítico y analítico de 21 viñetas clínicas seleccionadas de los formatos F3 (véase anexo 4) del expediente del caso, así como de las transcripciones de 17 sesiones: 15 de ellas fueron audio grabadas y transcritas y 2 se documentarían a partir las notas clínicas.

Características del ideal del yo.

Inicialmente, cabe mencionar como ha sido *JP*. Él es un joven con 20 años, segundo de tres hermanos. Desde edad temprana ha sido reconocido por tener un carácter tranquilo, destacado académicamente y buena conducta, lo cual es favorable y empata con su estructura familiar nuclear y extensa. Esta imagen es contrastante con la de su hermano mayor cuya conducta ha sido disruptiva y de desafío constante a su familia.

El ideal del yo (Freud, 1925) surge de las identificaciones con figuras parentales significativas, funcionando como un modelo interno que regula el comportamiento y las aspiraciones del sujeto al cual busca adecuarse y regula su conducta, deseos y la imagen que proyecta a los otros. Esta distancia entre el yo real y el yo ideal internalizado, puede volverse un conflicto intrapsíquico generando angustia y defensas compulsivas.

Viñeta 1

JP: sucedió esto del problema, pues ya, o sea, nunca había, o sea, tenido, nunca había explotado así Ajá Siempre era de que, pues sí, yo le voy a decir una cosa, a veces de repente ***parezco aparentar que soy.*** (F3, Sesión1, anexo 4)

En esta viñeta (viñeta 1) muestra como hay una separación entre lo que es el y lo que aparenta, es decir, aquello que lo distancia de su real y su ideal del yo generando angustia, culpa o frustración. En este sentido, el haber explotado, como él lo refiere, puede comprenderse como un fracaso del yo frente a sus propias exigencias y aquello con lo moralmente solicitado.

Desde el enfoque sistémico, la estructura familiar y el rol se puede estar participando en el sentido de, *JP* rompe con esta estructura rígida de su familia porque exigen más contención y madurez de la que él puede sostener o el rol que le han impuesto, pues en su familia puede entenderse como un rol difuso ya que en ocasiones no hay esta individuación como lo expresa Blos (1979) pero a su vez solicitan un rol de adulto.

La identidad de *JP* ha estado relacionada en un punto con su desempeño escolar, vivido como una cualidad y expectativa internalizada. En este ideal del yo, tiene una imagen de sí mismo como “bueno en la escuela” (viñeta 2), “el que no sale a la calle” (viñeta 2), que no solo le coloca una característica sino un propio valor.

Entonces, la angustia aparece cuando hay riesgo de fallar respecto a este ideal, *JP*, hace mención que esto comienza al haber presión al llegar a la preparatoria, existiendo conflicto entre el no querer hacerlo así y no transgredir con el ideal y con esta idea de valgo por ser buen hijo y alumno, valor tanto de sí mismo y de los otros.

Blos (1979) al hablar de individuación y separación en este desarrollo adolescente, los jóvenes se cuestionan estos ideales que son transmitidos y la conformación de su propio self, provocando angustia a la separación de este modelo que ha habitado en su familia.

Minuchin (1974), plantea que el funcionamiento saludable familiar depende de las fronteras claras entre subsistemas o los roles, por tanto, en la familia de *JP* existe una fusión emocional.

Asimismo, la constante referencia hacia los valores familiares sugiere que el entorno está condicionado al cumplimiento de normas y expectativas rígidas de la familia y cuando *JP*, rompe con esta rigidez, independientemente del motivo, surge el sentimiento donde la pertenencia se condiciona al cumplimiento de normas y expectativas. En la siguiente viñeta se muestra como el sentido de pertenencia y el ser buen hijo, buen alumno lleva a *JP* a que adopte el rol donde no se imposibilita el mostrarse frágil, sentir malestar, como también su individualidad sin exponer su sistema familiar.

Viñeta 2

JP. - **yo soy muy bueno en la escuela siempre he sido de promedio alto y todo, y siempre me echaban carrilla (...), porque entregaba trabajos y todo y era inteligente y porque era un niño que no salía a la calle, (...) no quiero hacerlo así y siempre, no, pues esto no le digas porque pues no lo vas a hacer porque es así.** (F3, sesión 1, anexo 4)

En este sentido, al estar constituido dentro de una familia donde “los valores familiares” son de gran relevancia, existe la formación de un ideal, de un debería ser y al no ser alcanzado puede surgir la angustia en como mecanismo de reparación interna, asociado de igual forma la culpa, como lo expresa *JP* en la viñeta 4 al surgir el autocastigo del superyó al no permitirse salir por ese miedo de ser dañado o dañar a alguien más. Esta vivencia interna de malestar se hace evidente en la viñeta 3, donde *JP* expresa la presente de un conflicto más profundo y persistente, que además es un poco secreto para él y personal que no logra comprender.

Desde el psicoanálisis, Freud (1923) plantea que el ideal del yo surge de las identificaciones parentales y va funcionando como instancia que impone exigencias al yo, que por otro lado Anna Freud (1936), como la obediencia se acompaña de mecanismos de defensa.

JP, se describe como “bueno” y con altas calificaciones, pero también reconoce la renuncia a disfrutar y socializar por miedo y control de no trasgredir las normas. De tal forma que se observa como la tensión entre la pulsión y represión se manifiestan. Al mencionar “no quiero hacerlo así” muestra el conflicto interno donde su yo desea separarse del modelo rígido y por otro lado su superyó lo limita. Para ello, Fenichel (1945) lo menciona como un riesgo a la fijación obsesiva donde la autoexigencia se transforma en autoobservación punitiva.

Por otro lado, para Minuchin (1974) *JP* ocupa un rol de hijo responsable dentro del sistema familiar y donde los valores son centrales, por lo tanto, este rol implica asumir un rol de organizador del sistema compensando la inconsistencia del hermano mayor. Un síntoma presente es “no salía a la calle” puede interpretarse como un factor que promueve la homeostasis del sistema, no obstante, esto provoca confusión entre lo personal y familiar.

Desde el modelo psiquiátrico, da cuentas de rasgos obsesivo-compulsivo según el DSM-5 (APA, 2014), como lo es el perfeccionismo, rigidez e inhibición social.

Ahora bien, siguiendo con el análisis, *JP* introduce un matiz distinto comparado con la siguiente viñeta donde, reconoce un “problema personal” que percibe desde secundaria, ligado a sensaciones que no comprende y que chocan con la educación en valores de su familia. Aquí aparece una tensión entre el ideal inculcado (valores familiares) y la emergencia de lo pulsional (sensaciones sexuales, deseos) que él no logra explicar ni integrar.

Ambas viñetas muestran cómo el Ideal del Yo punitivo (internalización de valores y exigencias) se confronta con la pulsión inconsciente, generando angustia, desconcierto y culpa.

Blos (1979) explica que la adolescencia requiere un proceso de individuación: separarse de las figuras parentales para asumir una identidad propia. En *JP*, este proceso se obstaculiza porque los valores familiares operan como un límite rígido que no admite la exploración de su sexualidad y deseos.

Viñeta 3

JP. - aparte **tengo otro tipo de problemas y eso lo tengo desde la secundaria**, pero eso ya es como, siento que ya es personal es un problema personal que yo ya tengo de que no sé por qué tengo, así como la sensación y es como cualquier persona y eso es lo que no entiendo **lo que no entiendo es por qué a mí si yo vengo de una familia que siempre me ha enseñado muchos valores** (F3, sesión 1, anexo 4)

En la anterior viñeta, se pone en evidencia la manifestación del conflicto psíquico entre el yo y el ideal del yo, como lo plantea Freud (1923) *JP* expresa una incomprensión ante su malestar y una contradicción entre su sentimiento y la imagen que tiene de sí mismo como alguien formado con valores. Esto provoca un juicio negativo sobre sí mismo y lo cual lo lleva a sentir culpa. En la frase: "*eso es lo que no entiendo: por qué a mí, si vengo de una familia que me ha enseñado muchos valores*", muestra la presencia de una autoridad moral, probablemente interiorizada desde el entorno familiar. Esta instancia moral, que sería el superyó, confronta al yo con un ideal inalcanzable, lo que conduce a *JP* a una vivencia de insuficiencia.

Por otro lado, podemos ver que la estructura familiar cumple un rol determinante para la configuración del malestar de *JP*. Para Minuchin (1974), cuando una familia mantiene una estructura rígida y jerárquica puede existir una tendencia a un nivel alto de control dificultando el desarrollo de la identidad y autonomía de los hijos. Esto, pare que producirse en *JP*, quien se encuentra entre el deseo que no puede nombrar sin culpa y el deber ser de ser un hijo ejemplar. Esta tensión la expresa en la siguiente viñeta:

Viñeta 4

JP.- antes tenía así como **la esperanza de que, no, yo sé que esto se me va a quitar**, algún día se me va a quitar o sea, voy a o sí, yo **mis sueños es que ser una persona de bien no ser otro como lo que están en las noticias (...)** no, pues quiero ser un acosador, o un violento o un asesino, o así, o un psicópata y me quedo así como de, no manches, pues **yo no quiero porque, pues, mi familia nunca me han enseñado así, o sea cosas malas para llegar a ese punto y me quedo así como de quiero controlarme, quiero estar bien** y todo y como les digo, cuando pasa esto de la pelea, y se termina la escuela Llego junto a

la graduación De repente Ya estoy en la casa, y nada más **quiero estar encerrado porque siento miedo tengo miedo de dañar a alguien** (F3, sesión 1, anexo 4)

En este ideal no solo la parte moral internalizada por *JP* va constituyendo su yo, sino que también las expectativas de su entorno, resaltando principalmente a su madre, quien se proyecta sobre en una exigencia de sacrificio y ejemplo. Esto antes de permitir que se desarrolle el deseo individual de *JP*, provoca que se posicione en un punto de obediencia y contención por su familia. Por lo que para *JP* se encuentra en una parte de necesidad de autonomía y deseo de individuación propia del proceso de adolescencia (Blos, 1979). Para Minuchin (1974) esto sería un sistema de límites difusos o rígidos que impiden que se diferencie el Self.

Por lo tanto, este deseo personal y la lealtad en la familia se revela en la siguiente viñeta donde *JP* expresa su anhelo de tener independencia especialmente económica pero el discurso materno activa la culpa y autoexigencia. Este Ideal, lejos de favorecer la emergencia de su deseo individual, lo coloca en un lugar de obediencia y contención al servicio de su familia. Así, *JP* se enfrenta a la tensión entre la lealtad familiar y la necesidad de autonomía propia de la adolescencia, proceso que Blos (1979) denomina segunda individuación. Desde la perspectiva sistémica, esta dinámica se comprende como el efecto de límites difusos o rígidos (Minuchin, 1974), que dificultan la diferenciación del self y obligan a *JP* a mantener su identidad en función de la mirada materna. Esto se hace evidente en la Viñeta 5:

Viñeta 5

JP. - Pues yo a veces yo decía, **yo quisiera trabajar** para tener un dinero y comprarme algo. o sea, un gusto o algo, pero **mi mamá dice, es que mira, no te quiero dejar, porque tú viendo, es que yo, así como hizo tu hermano, yo te conozco, hijo, y tú también.** (F3, sesión 3, anexo 4)

Para Blos (1979) la individuación adolescente es un reflejo de los cambios estructurales que acompañan la desvinculación emocional de los objetos infantiles interiorizados, este proceso sino queda desvinculado no se logra con éxito, el hallazgo de nuevos objetos amorosos fuera de la

familia queda impedido, obstaculizado limitado a una simple replica o sustitución donde está involucrado el Yo.

En este sentido, es antes de la adolescencia donde el niño tenía la extensión del yo de los padres como extensión de su propio Yo. Esta situación funcionada como una forma de dependencia infantil al servicio del control de la angustia y regulación de la autoestima. Por lo tanto, en *JP*, se expresa rechazo hacia este lazo de dependencia del Yo, percibido como una debilidad relativa debido a la intensificación de las pulsiones y debilidad absoluta del apoyo yoico de los padres.

En el caso *JP*, se evidencia el lazo de dependencia y a su vez rechazo lo cual se puede ver en la siguiente viñeta donde, esta madre idealizada y el temor de decepcionarla revela la imagen parental internalizada como su autoridad moral y si esta falla se convierte en una herida para sus padres como para él.

A su vez, la relación con su madre parece debilitada, aunque no a casusa de *JP* sino de su hermano mayor, ante la expresión "*mi mamá ya es de corazón de piedra*" activa un sentimiento de culpa, vergüenza, y desvalorización como se muestra en la siguiente viñeta, además de que A nivel psicodinámico, puede decirse que el yo de *JP* permanece fusionado con el Ideal del Yo encarnado en la figura materna, y que la dependencia se expresa como una ambivalencia entre el rechazo y la necesidad de su reconocimiento.

Esta tensión se intensifica en la Viñeta 6, donde *JP* teme que su madre descubra sus fantasías sexuales. El conflicto no radica únicamente en el contenido de dichas fantasías, sino en el riesgo de decepcionar a una madre idealizada: "*yo te tenía hasta arriba y tú me sales con esto*". El temor de "hacerla caer" ilustra la persistencia de una relación simbiótica con la madre, donde la identidad de *JP* depende todavía de su aprobación y valoración.

Viñeta 6

JP: (...)como por ejemplo que descubra bueno, **ella ya lo descubrió pero por ejemplo que no sé, que me he toque tiado o sea, pensando en alguien a veces** como hasta en la familia que descubriera eso porque ella no lo sabe ni **mi papá nada más les**

dije una parte o sea y que lo descubriera todo completo y mi mamá dijera, no manches yo te tenía hasta arriba y tú me sales con esto y o sea, dejarla caer o sea, a mí me daría cosa y tristeza porque de por sí mi mamá ya es de corazón de piedra, ella dice ella nunca dice por culpa de mi hermano porque igual a mi hermano siempre le dieron todo le daban juguetes o sea, todo lo que él quería miraba la batería y quiero esto, y yo es el niño, tienes que comprárselo y se lo compraba mi hermano...]” (sesión 13)

JP expresa una fuerte angustia frente a la posibilidad de que su madre descubra sus fantasías sexuales, incluso aquellas relacionadas con miembros de la familia. Su temor no se limita al acto en sí, sino al juicio y decepción que podría provocar en su madre, a quien ha idealizado “*yo te tenía hasta arriba y tú me sales con esto*”. Este temor pone en evidencia que *JP* no ha logrado diferenciarse simbólicamente de la figura materna, manteniendo una relación emocional donde aún depende del reconocimiento y valoración de ella para sostener su identidad.

En esta viñeta, resalta como Blos (1979) describe la adolescencia como segunda fase de separación- individuación en la que el sujeto busca diferenciarse emocionalmente de sus padres. Por lo que *JP*, habla de mantener en secreto una parte de su vida interna (fantasías o deseos sexuales o vergonzosos) indicando un movimiento hacia esta individuación. No obstante, este proceso se da acompañado de culpa y miedo al juicio interno, donde hay una ambivalencia emocional con el deseo de autonomía y el temor a ser desaprobado o rechazado.

Finalmente, la Viñeta 7 muestra el anhelo de *JP* de encontrar un camino propio, donde su deseo de autonomía se enlaza con el mandato de cuidar a su familia:

Viñeta 7

JP: Pues, por ejemplo, no sé **buscar mi propia felicidad y poder hacer algo que, por ejemplo, que ayude a los demás y que haga sentir bien a los demás.** Ok. Como, por ejemplo, **yo siempre he querido hacer,** o sea, trabajar, no sé, en una compañía de diseño, en animación y todo, y, por ejemplo, **ganar dinero y ayudar a mi familia,** o sea, yo quiero buscar eso. (F3, sesión 15, anexo4)

Desde lo psicodinámico, esto refleja un yo que intenta salir, pero aún capturado por la exigencia superyoica de sacrificio. Sistémicamente, la aspiración se convierte en una forma de “doble lealtad”: diferenciarse a través de un proyecto personal, pero sin traicionar el mandato de sostener a la familia. Psiquiátricamente, este patrón mantiene vigente la dinámica obsesiva: la autoexigencia y el perfeccionismo se extienden incluso al proyecto de vida, dificultando la vivencia de un deseo autónomo.

Finalmente, el ideal del yo en *JP* se presenta como instancia rígida, moral y exigente a partir de la identificación parental y religiosa que aumentan la culpa ante cualquier transgresión del deber. Este ideal en *JP* limita la expresión del deseo y sostiene un yo que se divide entre lo que hay que obedecer y de lo que hay que rebelarse. No obstante, este funcionamiento se observa en su necesidad de controlar y buscar la aprobación externa.

4.2 Manifestación de la angustia.

A lo largo del proceso psicoterapéutico, *JP* manifestó una gran angustia expresada a través de su discurso de desvalorización personal y conductas de autocastigo, especialmente en situaciones donde percibía que no cumpliría con sus propias expectativas o con las impuestas con su entorno familiar. Esta angustia se intensificaba cuando aparecían pensamientos relacionados con impulsos sexuales, los cuales entraban en conflicto con los valores internalizados desde su infancia.

Con este discurso es posible identificar dos subcategorías, la primera relaciona con el sentimiento de culpa como manifestación a la angustia y la segunda asociada con el malestar ante angustia por el impulso sexual. Cabe destacar que, desde la primera sesión de psicoterapia, el discurso de *JP* frente a la angustia se presentó de manera desorganizado y poco claro. Las sesiones solían ser extensas, marcadas por una intensa necesidad de hablar y ser escuchado, lo cual fue reflejo de la urgencia subjetiva de elaborar su malestar y clarificar por medio de la palabra, situación que se fue regulando conforme al proceso psicoterapéutico.

La culpa como manifestación de la angustia.

Para *JP*, el haber sido llamado por parte de la directora de su preparatoria y señalado tras su conducta de agresión física con su compañero, representó una experiencia impactante y tras haber sido percibido como “fuera de sí”. Esto a pesar de que según comentó, había previamente sufrido agresiones y burlas por parte de sus compañeros hacia *JP*, y fue el hartazgo acumulado lo que finalmente lo llevó a reaccionar de tal forma. La agresión no solo implicó la llamada de atención por parte de las autoridades escolares, sino que tal fue la reacción de *JP* que lo canalizaron de forma inmediata a psicoterapia, y es ahí cuando llega a CESCO, de tal forma que esto refuerza la idea de su comportamiento anormal.

La siguiente viñeta clínica muestra como ese sentimiento de culpa se internaliza, afectando su autopercepción y la forma en que regula sus pensamientos y conductas.

Viñeta 8

JP: yo me percibí, así **como el malo** ajá, yo decía, no, pues, o sea, entonces **yo soy el malo ajá** ¿y el otro?, aquel que siempre lo detenían porque andaba de peleonero. (F3, sesión 1, anexo 4)

Esta viñeta, marca una ruptura de la experiencia subjetiva de *JP*, cuyo malestar se relaciona con la culpa como forma de angustia. La reacción emocional ante ser juzgado, señalado también públicamente y canalizado a atención psicoterapéutica es leída desde varios significantes.

Para Freud (1923), la culpa se origina entre un conflicto entre el yo y el super yo como instancia moral. Por lo tanto, la conducta impulsiva o agresiva (pelea) entra en conflicto con sus ideales de autocontrol o lo “adecuado” como reacción. Freud (1923) cuando se transgrede al yo el superyó reacciona en forma de reproche interno lo cual provoca el sentimiento de culpa y angustia moral. Así mismo, la mirada del otro como refiere Lacan (1963), es lo que provoca el sentimiento de culpa pues es cuando el sujeto transgrede el deseo del Otro, en este caso la preparatoria, las autoridades educativas y compañeros, como la familia.

En este sentido, para *JP* el haber sido señalado desde su infancia como “buen hijo”, “buen alumno” etc. hace la función de un rol que equilibra el sistema familiar, y ante transgredir este rol, genera una desorganización lo cual provoca que la culpa no solo sea intrapsíquica sino de la dinámica o el vínculo familiar. *JP* responde de forma que la percepción de haber fallado en esa imagen esperada es lo que le lleva a sentir culpa y por tanto angustia.

Como se menciona anteriormente, la parte de la angustia referida por *JP* era muy evidente por medio de la organización de su pensamiento y discurso, en el sentido de ser escuchado y clarificar lo sucedido, sin embargo, también puede verse como intenta marcar límites y su malestar subjetivo cuando estos límites no autorizados por parte de la autoridad educativa.

En el discurso de *JP* muestra también tensión entre reconocerse como víctima de provocaciones y, al mismo tiempo asumir responsabilidad de lo sucedido:

Viñeta 9

JP: yo sí dije, ah no, **sabes que esto está mal, yo no lo quiero hacer**, pero luego hay veces que como que te inciden a que lo hagas otra vez, pero yo en serio no quiero el del problema fui yo me empezaron a decir y entonces yo le decía a la directora, pero es que porque **yo fui el del problema** si él empezó o sea él me tocó a mi parte y pues eso a mí no me gusta. (f3, sesión 1 anexo 4)

En este sentido, “*yo fui el del problema*” expresa la internalización de la culpa aun cuando se percibe como víctima. Freud (1923) plantea que el yo no logra defenderse de una imposición externa y cede, el super yo impone un juicio moral lo cual genera angustia aun cuando el sujeto actúo en su defensa. De igual manera, *JP* argumenta saber que lo que estaban haciendo no es una conducta correcta esperada, sin embargo, puede ver se también como la parte del contexto influye en su yo. Aquí *JP*, muestra una ambigüedad de haber cedido y sentirse responsable de algo que fue impuesto por lo que la angustia se traduce como una necesidad de explicar, justiciar y restaurar su imagen con la institución.

Por otro lado, Minuchin (1974), desde el enfoque sistémico, muestra la dinámica de las jerarquías y como el contexto para mantener la homeostasis, busca triangular al sujeto colocando a *JP*, en una experiencia de injusticia provocando que la angustia sea producida por que el sistema no valida su experiencia y lo coloca como síntoma. Y desde la psiquiatría, la necesidad compulsiva de explicar, justificar y restaurar su imagen frente la autoridad constituye un esfuerzo de reparación propio del TOC, donde la angustia alivia.

4.2.2 Angustia asociada a la sexualidad

Para *JP*, la educación recibida por parte de su familia, así como las creencias de la religión, han tenido un peso significativo en su desarrollo. Un aspecto relacionado con ello es su concepto respecto la sexualidad y los vínculos afectivos, por lo que las expresiones sexualidad o aquello que lo aleje de los valores inculcados, genera cuestionamiento subjetivo y de sus familiares. Las reglas implícitas en el sistema familiar limitan que se aborden estos temas de manera abierta y por tanto genere fronteras rígidas (Minuchin, 1974).

Viñeta 10

JP: Y te hablan de cosas como ya de sexualidad y todo, **pues eso no a mí no me agrada** porque pues lógico, pues mi papá y mi mamá **nunca nos han enseñado, o sea, esas cosas, o sea, siempre son de buenos valores y todo, y lo marro es que uno lo aprende de sus compañeros.** (F3, sesión 1, anexo 4)

Aquí *JP* pone en palabras la tensión entre dos fuentes de aprendizaje: por un lado, la familia y la religión, que regulan su conducta a partir de un ideal moral; por otro, los pares, que introducen la sexualidad como parte de la experiencia adolescente. Desde el psicoanálisis, este contraste ilustra la formación reactiva (Kernberg, 1975): lo reprimido (deseo sexual) retorna disfrazado como rechazo exagerado.

Por otro lado, también como Foucault (1975), menciona el sistema de poder, con la expresión “*mi papá y mi mamá nunca nos han enseñado esas cosas.*” revela una estructura de evitación y control, se hace evidente como el poder se ejerce en el contexto familiar, regulando

conductas y percepciones de autonomía. Los padres, al ofrecer el hogar, instauran un régimen de control sobre las decisiones del sujeto, incluyendo su participación en actividades con sus pares.

En la viñeta 10, Para Minuchin (1974) se hace presente las fronteras rígidas aquellas que impiden la comunicación fluida entre subsistemas familiares. La sexualidad, siendo tema tabú, está relegada a lo prohibido, generando aislamiento y confusión en *JP*.

Este rechazo inicial puede entenderse como parte del terreno donde se desarrollan obsesiones sexuales egodistónicas, frecuentes en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (APA, 2014).

Viñeta 11

JP: voy a ver una persona niña, niña, señora grande, o de mierda y lo veo, así como con, de repente, así como con **morbo y eso a mí es lo que me preocupa** Hay ocasiones que a veces pasan así Por enfrente de mí, o sea, señora, de lo que sea hasta **a veces de mí misma familia que pasa enfrente de mí y la sensación de, no sé de acercarle mi parte** no sé por qué, o sea, de satisfacerse y yo me quedo, así como bueno, qué onda, pero este problema como les digo. (F3, sesión 1, anexo 4)

Los pensamientos intrusivos y la lucha contra impulsos no deseados corresponden a la dinámica neurótica freudiana: la repetición y la ambivalencia entre el deseo y la censura (Freud, 1914)

Además, como se muestra en las viñetas 11 y 12, como menciona Green (1993) la escisión del yo y la dificultad en la integración psíquica provoca fragmentación que favorece los síntomas obsesivos y que posteriormente utiliza el ritual religioso (véase viñeta 13) como una forma de contener la angustia.

Viñeta 12

JP: Como por ejemplo de los malos pensamientos, que de repente, o ayer me subí al camión, entonces yo, como el camión tiene movimiento, obvio, uno se mueve para

adelante y para atrás y uno quiere no, o sea, no chocar con la gente y todo, entonces yo veo un lugar desocupado, entonces ¿qué hago? Yo voy y trato de moverme hacia el lugar y en eso el camionero, pues sí, como quedó y de repente me acerqué así y estaba un señor enfrente de mí, entonces ¿qué hago? De repente, así como que, de repente, como si, no sé, como si mi mente se manejara sola. (F3, sesión 5, anexo 4)

Viñeta 13

JP: Pero no, yo siempre así, nada más que eso es lo que no me gusta. Que cuando le llego a alguien que de repente, no sé, **pues si le llegó por la espalda, luego pienso en el impulso**. Y yo lo que hago, digo, no, no, no, estamos jugando. Esa mañana, ¿verdad? Y ya lo trato de quitar. Por ejemplo, sí, a un tío sí le llegué por atrás para quitarle el balón. **Y obvio se repegó en mí. Y mal pensé de acercarle. Y como que, como si estuviera disfrutando. Pero dije, no, no, no, o sea**, ¿qué te pasa? Y ya me quedé y me puse todo triste. Y ya después dije, no, me manches, dije, estás loco. ¿Cómo se te ocurre pensar así? Y yo, ¿qué es lo que hago? Pues ya, de repente, ya, bueno, ya pasó. No se dio cuenta ni nada. Y llegué y ya. Y me traté de calmar y ya sí. Ya nada más decía, no, voy a irme a confesar. (F3, sesión 8, anexo 4)

En la viñeta anterior, observamos que *JP* manifiesta angustia ante la sensación de daño hacia sí mismo y hacia los demás, acompañada de pensamientos intrusivos de contenido sexual, lo que para Freud (1926) menciona que la angustia opera como señal del yo frente al peligro de irrumpir pasionalmente, es decir, cuando el deseo inconsciente amenaza con hacerse consciente, el yo responde con angustia como un mecanismo de defensa. Esta represión de pulsión erótica en *JP* se traduce como una angustia moral. Por otro lado, Kernberg (1975) plantea que esta angustia se asocia con conflictos entre el impulso erótico reprimido y un superyó severo, generando culpa y rigidez.

JP, en una sesión (F3, sesión 9, anexo 4) también tuvo un recuerdo significativo ocurrido en el preescolar. Comentó que en una ocasión mientras se dirigía al baño fue interceptado por dos de sus compañeros quienes lo amenazaron con acusarlo ante su maestra de que el hacía del baño en las jardineras si no accedía a quedarse a observarlos. Le solicitaron que observara como

imitaban las escenas de telenovelas, en la que uno de ellos rozo sus partes genitales en la pared. Esto para *JP* fue forzado y bajo presión, sin comprenderlo.

Esto desde la teoría psicodinámica, Freud (1905) en su teoría sexual, plantea que la sexualidad infantil esta sin la finalidad genital desde el inicio, sin embargo, cuando el niño es expuesto de manera abrupta a una escena sexualizada sin recursos simbólicos puede fijarse o genera una pauta inconsciente que al no poder elaborarla se convierte en un síntoma. También, desde esta teoría, estas experiencias tempranas pueden generar fuerte escisión entre el yo y sus impulsos de tal forma que busca regular la expresión del deseo con mecanismos obsesivos.

Para concluir con la manifestación de angustia, en *JP* esta angustia aparece como una experiencia de amenaza y culpa que está relacionada con el temor de dañar y el ser castigado. Para Freud (1926), menciona que la angustia aparece como señal donde advierte al yo del peligro interno y a su vez aparece la angustia automática ante la pérdida de objeto donde los pensamientos intrusivos aluden a posibilidad de perder el amor del otro.

4.3. Manifestación de la neurosis obsesiva.

Partiendo de como la angustia se ha manifestado en *JP*, podemos ver cómo se organiza la neurosis obsesiva por medio de deseos no integrados y que son referidos por *JP* como moralmente inaceptables y tormentosos. El ideal del yo juega un punto importante como juez el cual el consultante intenta alcanzarlo por medio de rituales religiosos, de limpieza y control de la conducta. De igual forma su mecanismo de defensa como aislamiento y reacción reactiva.

Para *JP*, la manifestación de su angustia neurótica surge cuando el yo percibe un peligro interno, principalmente como deseo pulsional que amenaza con interferir en la conciencia y llevarlo a la acción (Freud, 1926). Como se puede ver en la viñeta siguiente:

Viñeta 14

JP: voy a ver una persona niña, niña, señora grande, o de mierda y **lo veo, así como con, de repente, así como con morbo y eso a mí es lo que me preocupa** Hay ocasiones que a veces pasan así Por enfrente de mí, o sea, señora, de lo que sea **hasta a veces de mí misma familia que pasa enfrente de mí y la sensación de, no sé se acercarle mi parte** No sé por qué, o sea, de **satisfacerse y yo me quedo, así como bueno, qué onda, pero este problema como les digo.** (F3, sesión 1, anexo 4).

Para Freud (1923), en la neurosis obsesiva el super yo actúo de forma que castiga no solo los pensamientos sino las fantasías de forma que como se muestra en la viñeta 8, *JP* recurre a la confesión (sacramento de la fe católica), de manera que permite pausar o disminuir la instancia moral interna. De igual manera para Minuchin (1974), para mantener la homeostasis familiar, *JP* recurre a este sacramento para no romper con las normas religiosas o morales internalizadas en su sistema familiar rígido en el que su función parental basó sus valores de control, que a su vez limita la individuación del sujeto.

Viñeta 15

JP: Al templo me **ha ido a confesar, y todo y siento que cuando me confieso, pues sí me lo voy a controlar y todo, pero de repente,** no sé Porque a veces de repente (F3, sesión 1, anexo 4)

Aquí es muy evidente un rasgo típico de la estructura obsesiva, donde se impone la represión y desde el inconsciente se genera un síntoma repetitivo y sentimiento de culpa. El rito de confesión aparece en un intento de calmar la culpa y restablecer cierto control sobre los pensamientos que en *JP* se fueron manifestando. Freud, menciona que en una neurosis hay una constante dualidad entre el deseo y la prohibición.

JP, por sus características yoicas busca compensarse con el trabajo y la acción como defensa frente a su angustia, haciendo que exista un desplazamiento del conflicto psíquico hacia la productividad como se muestra en la siguiente viñeta:

Viñeta 16

JP: *A veces tengo así como la esperanza de ir a trabajar y decir todos mis problemas se van a olvidar ya manteniéndome activo trabajando* y siempre me lo han dicho me dicen es que ponte así hay ocasiones, por ejemplo **estoy limpiando y esos malos pensamientos están así de que haga de cuenta o sea está dándose un cristo en frente de mí y estoy exprimiendo el mechudo y de repente pienso que le estoy haciendo algo de eso, de acercar** o me imagino yo así como de no, voy a seguir trapeando o que si no meto dos veces el mechudo no sé, va a pasar algo o así o sea sobre pienso muchas cosas igual **sucede también ese problema que tengo que pienso demasiado pienso demasiado y me bloqueo.** (f3, sesión 1, anexo 3)

Desde la visión sistémica, Minuchin (1974) intenta compensar las disfunciones familiares mediante la hiper responsabilidad y el trabajo lo cual lo lleva a ser sostén simbólico de la estructura familiar. Ante las adversidades familiares de ese momento en el hogar de *JP*, él intensifica su autocontrol y sus rituales, además de faltar un límite claro entre los roles filiales y parentales dificultando su individuación.

El sistema familiar que refuerza el sacrificio y obediencia como valores centrales (véase viñeta 17), lleva a que *JP* cumpla con el rol de “hijo ideal” y sostenga la homeostasis familiar, impidiendo su diferenciación, por lo que el síntoma obsesivo cumple con una función de lealtad invisible a través del sufrimiento y mantiene un equilibrio emocional.

Según Freud (1923) el superyó castigador emerge como parte del complejo de Edipo, internalizado en las exigencias morales parentales. Aquí la culpa obsesiva se muestra desde el autocastigo y pensamiento repetitivo por el miedo a fallar y estar sobrecargado emocionalmente, lo cual recurre al rezo. Desde el DSM 5 (APA, 2014) coincide con los criterios del subtipo

obsesivo de contenido moral o religioso donde la angustia se intensifica por la percepción de haber fallado.

Viñeta 17

JP: Por ejemplo, era, era yo lo que hacía **era rezar por mi mamá, pero yo rezaba siete credos por mi mamá, siete credos por mi papá.** (F3, sesión 5, anexo 4)

Freud (1905) plantea que la sexualidad infantil, si enfrenta a situaciones sexualidad temprana puede fijarse una experiencia traumática que reaparece en la adolescencia. Aquí (véase viñeta 18) se observa el uso de rituales de limpieza compulsiva por la angustia frente a deseos sexuales vividos con transgresión. Esto desde los sistémico permite visibilizar el sistema rígido en torno a la sexualidad, al no poder hablarlo.

Viñeta 18

JP.- Y le dije sí y ya me dijo es que es bien exagerado **todo cuando me lavo las manos a veces sí siento que agarro** antes o es una cosa también eso nunca se lo he contado cuando estaba chiquito no sé por qué pero a veces yo decía ay no veía no sé alguna caricatura o algo y o me **imaginaba cosas que de repente ay no sé y si no me lavo las manos está no sé un monstruo en mis manos y se agarra mis juguetes después va a ser algo o nos va a ensuciar y me lavo las manos** así todo el día hasta me acababa el jabón y mi mamá me regañaba, mis tíos de acá, mi abuelita me decía que si no era gris que porque siempre estaba ya láveme las manos o sea no quería agarrar ni los pies también eso era mi sí o sea que no me gustaba me decían oye dame un masaje y me lavo las manos o que agarraba no sé algo en el suelo y luego lo bajé y me lavo las manos pero o sea

Terapeuta.- ¿de qué edad tenías?

JP.- pues como 6 años pues ya cuando tenía como 10 o 12 empecé a decirle dije no hay nada en mis manos se ha agarrado algo y a lo mejor era también porque pues si no las caricaturas luego nos meten y si son otros de higiene exacto

Terapeuta.- oye yo te quería preguntar ¿qué edad tenías cuando empiezas a tener estos pensamientos de querer acercar tu pene a alguien?, ¿cuándo detectaste que empezaron *a surgir*?

JP. - como a los a los 8 años de repente se sentía, pero como le digo a un niño entonces decía me estaría y se me olvidaba, pero ya cuando llegué no sé si se acuerdan **cuando llegué a la secundaria ya había cambiado porque por ejemplo tenía compañeros que decían que yo hacía esto o hacía aquello y a veces se enseñaban videos de así y yo curiosidad y yo decía a ver y yo decía, pero es que ¿por qué?** (F3, sesión 13, anexo4)

Para Blos (1979), existe una segunda individuación en la que el yo debe separarse de nuevo de las figuras parentales y construir su propio ideal. Aquí se refleja la angustia pues hay un conflicto entre la autonomía que *JP* desea y la culpabilidad ante el deseo libidinal, el cual no está dentro de su estructura familiar.

Con base en el análisis anterior, centrado en las categorías, a continuación, se organiza a partir de dos ejes temáticos: primero, se examina la relación entre el ideal del yo y la angustia, considerando el discurso del consultante y sus manifestaciones sintomáticas; posteriormente, se aborda la forma en que la angustia incide en la organización y mantenimiento de la neurosis obsesiva.

Este abordaje permite visibilizar cómo las exigencias internalizadas, tanto desde lo intrapsíquico como desde lo familiar y social, generan tensión y como se va resolviendo a través de mecanismos defensivos obsesivos, tales como los rituales, el aislamiento y la sobre exigencia de *JP*.

Continuando con el análisis, la siguiente imagen, muestra las características del ideal del yo. El ideal del yo, Freud (1923) dice que puede volverse una instancia punitiva cuando las exigencias internalizadas son demasiado rígidas y genera un conflicto del yo real, que se vuelve en angustia. En el fragmento de la sesión 1 (véase figura 2) *JP* narra las experiencias de rechazo desde la infancia, mostrando que adema de las demandas internas, su auto imagen se ha visto por

vivencias de aislamiento, por lo que estas experiencias refuerzan su percepción de no cumplir ciertos estándares intensificando el conflicto interno.

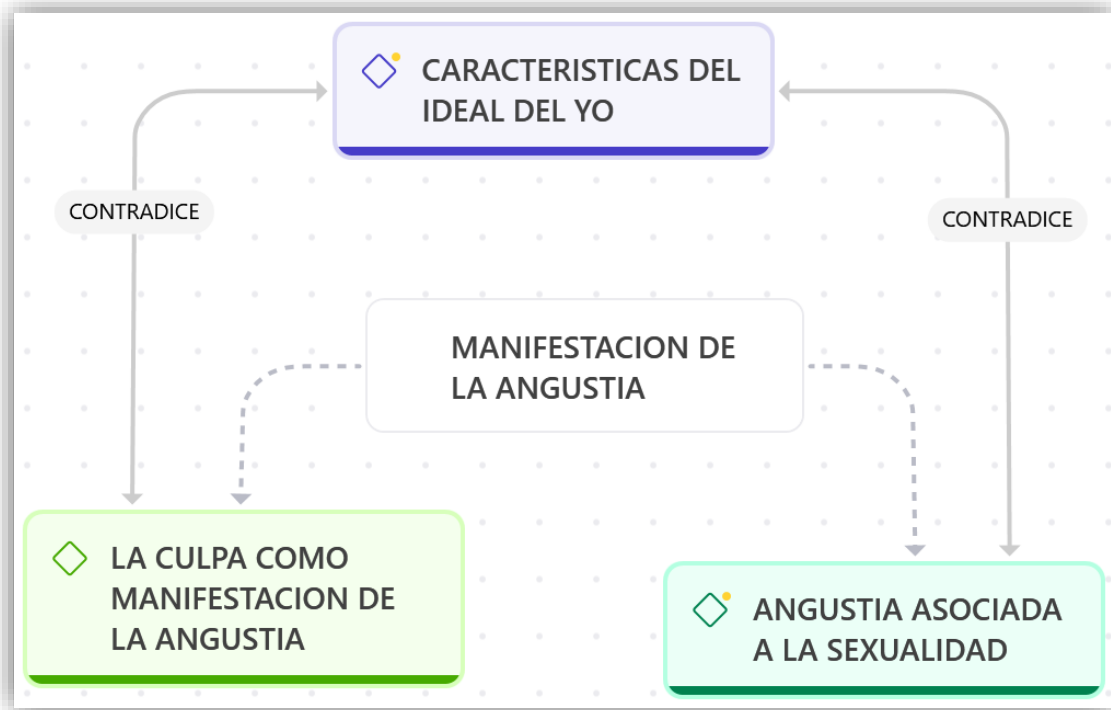


Figura 2. Características del ideal del yo con un fragmento de la narración de *JP*.

Ahora bien, continuando con el análisis, en la siguiente figura (véase figura 3), se describe y analiza la relación entre el ideal del yo y la angustia en dos variables: una la culpa como manifestación de la angustia y otra la asociada a la sexualidad (véase figura 3).

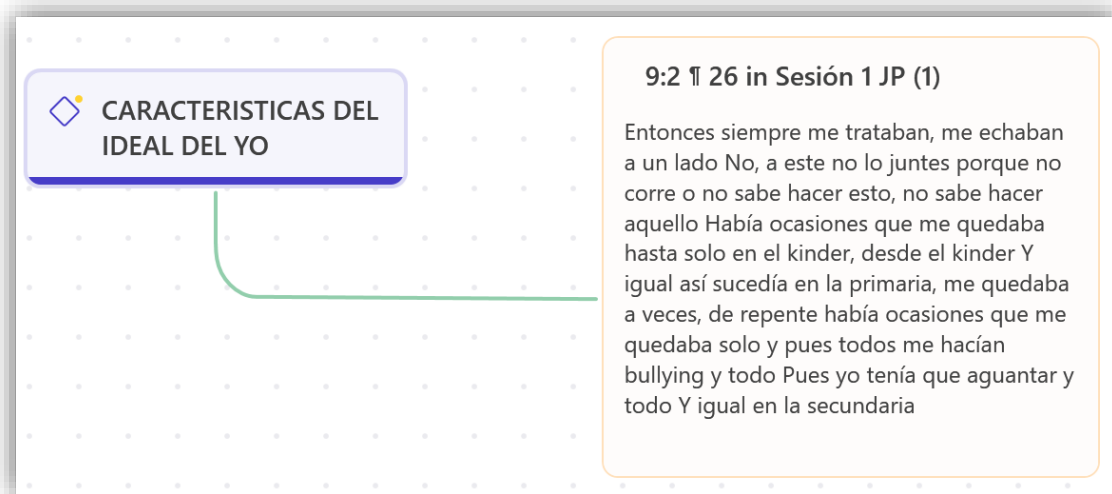


Figura 3. Relación de las características ideal del yo de *JP* con las manifestaciones de angustia.

La asociación entre el ideal del yo y la angustia constituye un eje central en la comprensión de diversas manifestaciones psicopatológicas, dentro de la neurosis. Según Freud (1923) cuando se dan las internalizaciones de las normas, exigencias y expectativas tanto parentales y sociales, se convierte en una instancia que regula al sujeto y es entonces cuando el yo real no logra responder a este modelo y se activa la angustia que actúa como señal.

La identidad conformada por los valores familiares (Freud, 1923), que se puede observar en el discurso de *JP* al mencionar: “siempre he sido de promedio alto y todo (...) era un niño que no salía a la calle” (véase viñeta 2), muestra un componente del super yo con los ideales internalizados y las aspiraciones que tiene *JP* (Kernberg, 1998).

En *JP*, esto se refleja en la elevada autoexigencia, el deseo de cumplir con las expectativas familiares y sociales, y la culpabilidad por no alcanzar ese estándar, lo cual genera un conflicto psíquico.

Y como se puede ver en la viñeta 10, *JP* expresa culpa constante, por ejemplo, cuando siente haber fallado como hijo o cuando tiene pensamientos sexuales intrusivos. Estos pensamientos son egodistónicos, lo que muestra la distancia entre el yo real y el ideal del yo que *JP* intenta sostener. Freud (1926) señala que esta disonancia activa la angustia como señal de amenaza para la integridad del yo.

JP, al no alcanzar el ideal del yo impuesto por la identificación con sus padres y normas religiosas, desarrolla sentimientos de culpa inconsciente. Tal como plantea Fenichel (1945), esta culpa se transforma en angustia y se canaliza mediante síntomas obsesivos como lo podemos ver en la viñeta 8 cuando *JP* consideraba haber hecho *cosas malas*, aparece la idea de un Dios que castiga frente a lo cual se aísla y realiza rituales obsesivos, en palabras del consultante “mejor rezo y me encierro”. Esto demuestra cómo el ideal del yo actúa como una instancia normativa que cuando no se cumple, activa angustia defensiva.



Figura 4. Relación de las características del ideal del yo de *JP* con las manifestaciones de angustia con una viñeta que ejemplifica el discurso de *JP*.

Como se muestra en la figura 4, se organiza la relación entre las características del ideal del yo de *JP* en contradicción con las experiencias internas que él percibe como inaceptables, provocando angustia. A partir de esto se desglosan dos manifestaciones principales, por un lado la culpa como expresión de la angustia que se ejemplifica en la viñeta de la sesión 5, donde *JP* narra que acudía a la oración como forma de controlar los pensamientos que consideraba inapropiados y recuperara la sensación de calma, Por otro lado, la angustia asociada a la sexualidad, se puede observar en la viñeta de la sesión 1, donde expresa *JP* incomodidad y rechazo frente a contenidos sexuales influenciados por la educación recibida por sus padres y ausencia de un discurso más abierto sobre el tema.

Por otro lado, desde el enfoque estructural de Minuchin (1974), el ideal del yo también se forma en función del rol asignado dentro del sistema familiar. *JP* ocupa un lugar de hijo responsable y cuidador, lo cual se ve reforzado por una estructura familiar difusa y con límites poco claros.

JP se convierte en el sostén emocional de su madre y asume responsabilidades del hermano mayor, para Minuchin (1974) se muestra como síntoma relacional, surgido en el contexto de un sistema familiar con límites difusos y una triangulación en los roles. Esta dinámica refuerza un ideal del yo sobrecargado, y al no poder sostenerlo, se genera una angustia intensa, que no puede verbalizar y que se transforma en síntomas.

En este sentido, lo correspondiente a la angustia relacionada con la sexualidad, *JP* expresa en la viñeta 11, “ (...) *Y te hablan de cosas como ya de sexualidad y todo, pues eso no a mí no me agrada* (...) ” haciendo referencia que sus compañeros al mostrarle imágenes o videos de índole sexual, contradice aquellos valores familiares por los cual está conformado y contradice a ese idea, Minuchin nos menciona que hay un sistema parental que mantiene estos límites rígidos lo cual genera o activa defensas como el rechazo, negación o la proyección (Kernberg, 1998).

Ahora bien, cabe mencionar que además esta parte de angustia asociada a la sexualidad confrontaba a *JP* con sus pares, en esta idea de pertenencia a su grupo social y no contradecir aquellas normas y valores por parte de su familia.

Ahora bien, la culpa como una manifestación de la angustia, “*yo fui el del problema*”, aquí *JP* se expresa con una internalización de culpa aun cuando se percibe como víctima, como lo podemos ver en la viñeta 10, *JP* dice “*yo no lo quería hacer*”.

A continuación, conforme se muestra en la figura 5 se plantea la influencia de la angustia en la neurosis obsesiva del consultante.

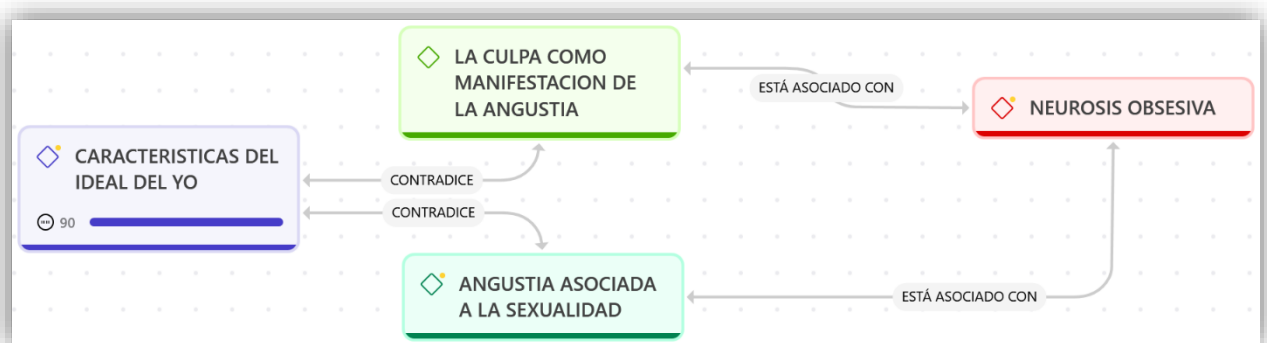


Figura 5. El ideal del yo en contradicción con la angustia en asociación con una neurosis obsesiva.

Freud (1909) sostiene que la neurosis obsesiva surge por un conflicto entre una pulsión erótica y la sublevación contra ella, generando angustia. En la viñeta clínica de la Sesión 1 (véase figura 6) *JP* expresa que “*a veces de repente parezco aparentar que soy...*”, lo que evidencia su esfuerzo por sostener una imagen coherente con su ideal del yo, pese a la tensión interna y el temor a perder el control.

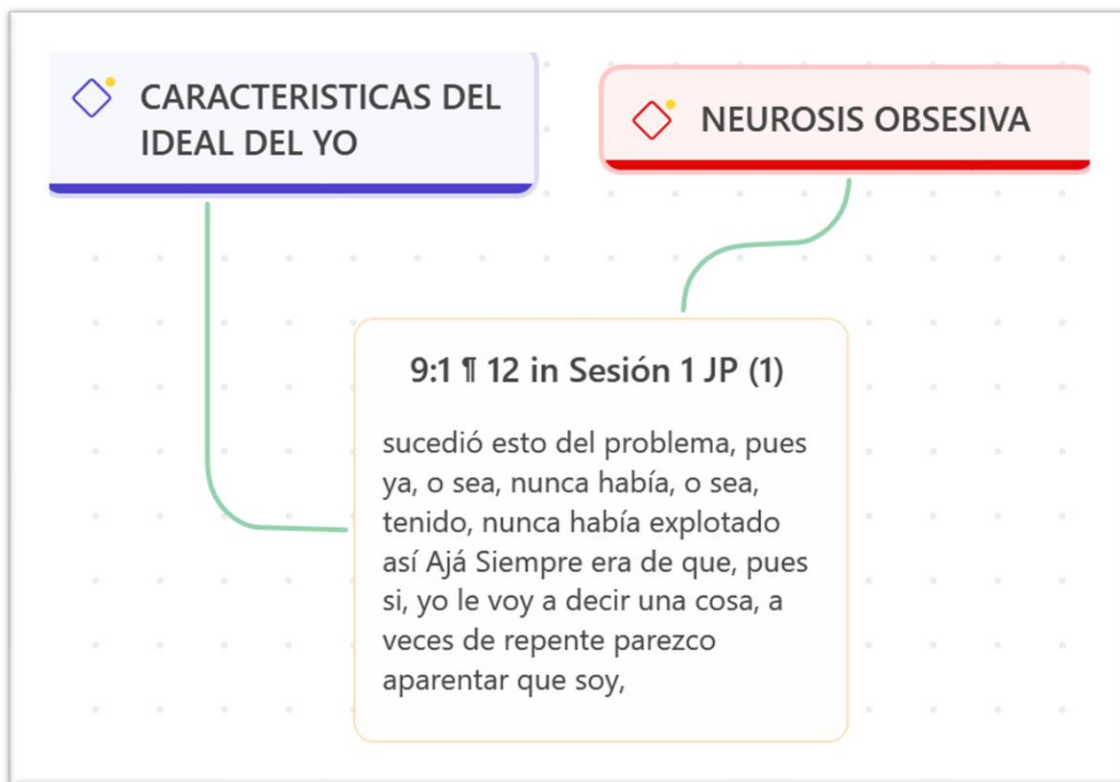


Figura 6. Viñeta clínica en donde *JP* expresa parte de cómo se manifiesta su neurosis obsesiva.

JP presenta pensamientos sexuales intrusivos, que reprimidos por su ideal del yo y superyó religioso, provocan ansiedad y compulsiones como rezar o evitar el contacto social. Fenichel (1945) amplía: el obsesivo utiliza rituales y pensamientos repetitivos para evitar enfrentar la angustia. *JP*, al sentirse responsable de todo y con miedo a dañar, canaliza su angustia en actos de control, como evitar aglomeraciones o autolesionarse

Por consiguiente, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (APA,2014) se caracteriza por obsesiones (pensamientos no deseados) y compulsiones para reducir la ansiedad. *JP* cumple estos

criterios: los pensamientos sexuales, su auto inhibición social y los rituales religiosos actúan como compulsiones.

Con base en el DSM-5 (APA, 2014), se identifica que *JP* presenta obsesiones egodistónicas (que no desea), lo cual coincide con el conflicto entre yo real e ideal. Las obsesiones aparecen como un mecanismo de control ante la angustia que produce la diferencia con su ideal del yo. Por ejemplo, el deseo sexual reprimido y rituales como rezar 7 padres nuestros (véase viñeta 17), se entienden como defensas frente al colapso yoico (véase viñeta 20).

La neurosis obsesiva de *JP* también se refuerza por la rigidez de los roles familiares. *JP* intenta tener control donde no lo hay (en la familia y en sí mismo) como se muestra en la viñeta 16: “lo voy a controlar todo”, en el intento de pausar o disminuir la instancia moral interna lo cual es típico en sistemas rígidos donde el sujeto asume funciones que no le corresponden. *JP* no logra individuarse, y su angustia por ello se canaliza en síntomas obsesivos.

Según el DSM-5 (2014), esta conducta (rezar) corresponde a una compulsión típica del TOC: una acción mental que busca reducir la angustia provocada por una obsesión. El ritual obsesivo es una creación del yo que intenta, mediante una acción simbólica, conjurar el peligro interno proyectado hacia el exterior (Freud, 1926). (Vease viñeta 17.)

Una de las características de la neurosis es la inhibición social, la cual se analiza a continuación con la siguiente viñeta:

Viñeta 19

JP:(...) quiero nada más estar solo, o sea, estar en mi cuarto estar solo, no ver a nadie porque no quiero, o sea, no quiero yo dañar a alguien, o lastimar a alguien y de por sí, o sea, está esto del coraje Lo que le digo, una serie de cúmulos de emociones, de situaciones que has traído desde atrás (...) (f3, sesión 1, anexo 4)

Freud (1905), nos menciona que se genera una pauta inconsciente como síntoma o huellas mnémicas que, reactivadas en la adolescencia, pueden generar síntomas neuróticos, si bien una de las manifestaciones sintomáticas es con los pensamientos de deseo de rozar con sus genitales y temor de hacerlo o lastimar a alguien y esto *JP* lo menciona en la viñeta 21 con la expresión de ser situaciones *que ha traído desde atrás*. Lo anterior haciendo alusión a la experiencia vivida en la infancia donde sus compañeros lo amenazaban (notas clínicas, F3, sesión 9, anexo 4). Kernberg (1998) menciona que una experiencia sexual no elaborada en la infancia puede afectar el desarrollo de una identidad sexual estable y donde, por su parte, para Minuchin (1974), *JP* no tuvo un entorno familiar contenedor o habilitante.

5. Aspectos Éticos

En este apartado se presentan los principios éticos que guiaron el proceso psicoterapéutico de *JP* y que, a su vez, orientan la elaboración del presente estudio de caso. La práctica clínica exige atender a los principios que resguardan la dignidad, la confidencialidad, el consentimiento informado y el bienestar del consultante. En este caso, además, al tratarse de una intervención realizada en el Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM), se asumió la responsabilidad de cumplir tanto con los lineamientos éticos institucionales como con el Código Ético de la American Psychological Association (APA).

Desde esta perspectiva, se consideran los siguientes apartados: la relación del caso con los principios de desarrollo humano sostenible, el cumplimiento del encuadre, el manejo de las actitudes básicas del terapeuta y las vicisitudes contratransferenciales surgidas a lo largo del proceso. Dicho análisis resulta esencial para la formación clínica y para el cuidado integral de la persona consultante.

5.1. Relativos al desarrollo humano sostenible

Este caso clínico se relaciona de manera puntual con los siguientes objetivos señalados en la agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Organización de las Naciones Unidas, 2015):

ODS 3: Salud y bienestar. La intervención psicoterapéutica favoreció la atención de la salud mental de *JP*, contribuyendo a la disminución de la angustia y al tratamiento de los síntomas obsesivos.

ODS 4: Educación de calidad. El trabajo terapéutico apoyó la continuidad de *JP* en su trayectoria educativa y el fortalecimiento de competencias socioemocionales para la vida universitaria.

ODS 5: Igualdad de género. El análisis del rol familiar y las expectativas de género permitió visibilizar su impacto en el desarrollo subjetivo y la configuración de un ideal del yo punitivo.

ODS 10: Reducción de las desigualdades. El acceso a la psicoterapia comunitaria en CESCOM representó un espacio equitativo de salud mental para un joven que de otro modo no habría podido costear.

ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas. La psicoterapia favoreció la convivencia pacífica, la resolución de conflictos y el fortalecimiento de instituciones comunitarias de apoyo.

Para el caso *JP*, fue esencial considerar varios aspectos que marcaron el proceso psicoterapéutico. Al inicio se nombró la posibilidad de una derivación a atención psiquiátrica como parte de un abordaje integral orientado a disminuir la angustia. Esta sugerencia se presentó como parte de una mirada integral para su bienestar, sin que se convirtiera en una imposición, y fue recibida por *JP* con apertura.

Incorporar la visión de desarrollo humano sostenible permitió entender que la salud mental no puede estar aislada, sino que está relacionada con las condiciones sociales, materiales y en sus relaciones de *JP*. En el caso de *JP*, esto se tradujo en reconocer la sobrecarga familiar, la ausencia de redes de apoyo, la forma de distribución de responsabilidades domésticas y la dificultad para acceder a espacios de cuidado personal. Todos estos factores incidían directamente en la intensidad de su angustia y en la configuración de su síntoma obsesivo.

Un aspecto clave que resultó benéfico para el desarrollo de *JP*, fue su continuidad en los estudios a lo largo del proceso psicoterapéutico, donde su actitud funcionó como factor protector y motivador en el proceso. En primer lugar, favoreció en que se sostuviera en la estructura de semana a semana continuar con metas claras, ayudando a contener su ansiedad y reforzar su sentido de identidad. La permanencia en la universidad representó un espacio también simbólico de transición a la adultez y en donde podía visualizarse fuera de los roles de su familia y proyectando al futuro.

En segundo lugar, la posibilidad de continuar, aunque la metodología educativa de la universidad no era completamente de su agrado, el deseo de superarse lo llevó a que fuera perseverante y se mantuviera lo cual reforzó su autoestima y su agencia, aspectos que fueron

trabajados y fortalecidos sesión tras sesión. Asimismo, cada logro académico funcionó como una confirmación de que podía mantener compromisos propios sin descuidar a lo que la familia le solicitaba aun con alta demanda de exigencia, de tal forma que el proceso psicoterapéutico favoreció a reconocer su esfuerzo, flexibilizar su culpa y construir un ideal del yo menos punitivo y más compasivo consigo mismo.

Todo lo anterior orientado a su superación personal y el anhelo de mejorar económicamente y apoyar a su familia, y por consecuente en la mejora de la salud principalmente de sus padres. Esta actitud refleja la relación con los objetivos de salud, educación y en la economía, al buscar mejores condiciones de vida propia y familiares.

Además, el hecho de que *JP* pudiera decidir iniciar y continuar el proceso psicoterapéutico por voluntad propia, una vez alcanzada la mayoría de edad, fue un factor significativo para el fortalecimiento de su autonomía y sentido de agencia. Si bien, fue canalizado inicialmente por su directora escolar tras un episodio de confrontación física con su compañero, *JP* aceptó la sugerencia de acudir a psicoterapia, alentado por la preocupación de su madre y por el desconcierto que él mismo sentía ante los pensamientos intrusivos y la angustia. Esta decisión fue siendo resignificada como un acto de cuidado y por tanto en la forma en que se involucró en el proceso. De igual forma fue capaz de decidir por sí mismo el momento de concluir con el proceso psicoterapéutico una vez que notó una disminución significativa en los pensamientos intrusivos angustiantes y más estabilidad emocional.

La capacidad para decidir cuándo iniciar y cuando cerrar el proceso demuestra un desarrollo personal, pues no solo muestra cómo se fortaleció su agencia, sino que también facilitó el compromiso consigo mismo y su proceso psicoterapéutico. La decisión de concluirla se dio de manera reflexiva y acordada en el momento de *JP* se comenzó a incorporar también en el ámbito laboral y avanzaba en su proceso de individuación familiar, representando un avance en su toma de decisiones personales, favoreciendo en su salud mental, estabilidad económica y construcción de su proyecto de vida.

Los aspectos éticos abordados en el caso *JP* no solo orientaron la intervención psicoterapéutica desde el respeto a la dignidad y autonomía del consultante, sino que también contribuyeron a su proceso de desarrollo humano desde el acompañamiento y la técnica terapéutica.

Desde la primera sesión, se estableció el encuadre el cual considera el consentimiento informado, la confidencialidad y posibilidad de derivación psiquiátrica como parte de un abordaje integral. Este encuadre no solo fue un requisito institucional, sino también un reconocimiento de *JP* como consultante y sujeto activo en su proceso de transformación.

El respeto ético se expresó, en la posibilidad de decidir si continuar su proceso más allá de la sugerencia institucional inicial, sino también en su derecho de concluirlo cuando percibió una mejora significativa. Esta elección a su vez permitió que se fortaleciera su sentido de agencia, reconocer sus propios límites y asumir responsabilidad sobre su propio proceso. Así, el respeto por su autonomía fue una intervención en sí misma, pues se favorecen la construcción de un vínculo psicoterapéutico desde la confianza, escucha, y la validación.

A su vez, el reconocer que la problemática de *JP* no solo era un proceso intrapsíquico, sino que también por situaciones sociales, familiares y económicas y debían ser comprendidas, implicó que la ética no solo se dirigiera al cumplimiento de las normas, sino que tuviera una actitud de sostener el sufrimiento del consultante y acompañarlo respetuosamente.

5.2. Cumplimiento formal de los términos del encuadre

En términos éticos para el proceso terapéutico, se estableció el encuadre conforme a los lineamientos del CESCO y en apego a los Principios Éticos de los Psicólogos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007) y el Código de Conducta de la American Psychological Association (APA) (2017). Dicho código, proporciona un conjunto común de principios y normas que sustentan la práctica profesional y científica de la psicología y en sus áreas de psicoterapia, con el propósito de ofrecer guías específicas aplicables a la mayoría de las situaciones que enfrentan los psicólogos y psicoterapeutas en su quehacer profesional.

Para cumplir lo anterior, en la primera sesión con el consultante, se realizó la lectura y firma del Consentimiento informado de atención (Anexo 1) para el proceso psicoterapia, en el cual se abordan aspectos clave del encuadre psicoterapéutico, tanto para el consultante como para el psicoterapeuta. Este procedimiento se fundamenta en el cumplimiento de los principios éticos establecidos por la APA (2017), que promueven el respeto por los derechos, la dignidad y la autonomía de las personas. Entre estos lineamientos se incluye el apartado 10.01:

Consentimiento informado en la terapia (10.01). El psicoterapeuta debe obtener consentimiento informado tan pronto como sea posible, explicando la naturaleza y objetivos de la terapia, honorarios, participación de terceros y los límites de la confidencialidad.

Asimismo, el Código de Ética (American Psychological Association, 2017) en su Sección 10, específicamente en los apartados 10.09 y 10.10, contempla los lineamientos sobre la interrupción y finalización de la psicoterapia.

Interrupción de la terapia (10.09). Los psicoterapeutas deben tomar medidas razonables para garantizar la continuidad del proceso en caso de interrupciones previsibles (por enfermedad, cambios de residencia, limitaciones de disponibilidad, entre otros). Asimismo, están obligados a proporcionar alternativas o referencias que permitan al consultante continuar su atención.

Finalización de la terapia (10.10). La conclusión del tratamiento debe darse cuando: (a) el paciente ya no requiera los servicios, (b) no sea probable que obtenga mayor beneficio, o (c) la continuación pueda resultar perjudicial. En todos los casos, el psicólogo debe procurar que el cierre sea planificado, ofreciendo notificación previa, apoyo y, de ser posible, derivación a otros profesionales, con el fin de proteger al consultante de un abandono psicoterapéutico.

En este sentido, *JP* decidió concluir el proceso psicoterapéutico tras manifestar una disminución significativa de los síntomas obsesivos y una mayor estabilidad emocional. Este cierre estuvo sustentado en los avances observados en su proyecto de vida, particularmente en las áreas académica y laboral, donde logró sostenerse en la universidad y comenzar a integrarse en el ámbito productivo. Dichos logros funcionaron como indicadores de crecimiento personal, consolidación de recursos internos y fortalecimiento de su sentido de agencia.

La decisión de dar por terminado el proceso no fue abrupta, sino que se llevó a cabo de manera reflexiva y dialogada, tanto con el psicoterapeuta como con sus padres, quienes fueron partícipes en el reconocimiento de la mejoría clínica. Asimismo, factores externos como la limitación de tiempo para asistir a las sesiones debido a nuevas responsabilidades académicas y laborales influyeron en la conclusión del tratamiento.

Desde la perspectiva ética, esta decisión se sitúa dentro del principio de autonomía, al reconocer la capacidad de *JP* para tomar decisiones sobre su propio proceso terapéutico; y en el principio de beneficencia, al garantizar que la finalización respondiera a su bienestar, evitando una prolongación innecesaria del tratamiento. Este cierre psicoterapéutico también resulta coherente con los lineamientos establecidos en la Sección 10 del Código de Ética de la APA (2017), particularmente en los apartados 10.09 (interrupción de la terapia) y 10.10 (finalización de la terapia), que subrayan la importancia de planificar y acompañar adecuadamente la conclusión del proceso, asegurando que no se convierta en un abandono.

Finalmente, la capacidad de *JP* para decidir el momento de cierre forma parte de un indicador de avance en su individuación, fortaleciendo su autonomía, su confianza en sí mismo y su responsabilidad sobre el propio cuidado. Esta elección no solo marcó un hito clínico, sino también un paso fundamental en la construcción de un proyecto de vida más libre y sostenido en decisiones personales, en coherencia con los principios de desarrollo humano sostenible.

Con relación a la sección 8 del Código Ético de la American Psychological Association (APA, 2017), correspondiente a la investigación y publicación bajo los lineamientos éticos y normativos aplicables. Dado que el proceso psicoterapéutico tuvo lugar en el Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM) y formó parte de la formación en la Maestría en Psicoterapia Clínica, se siguieron los lineamientos y la aprobación institucional (8.01) lo cual asegura que el proyecto se llevara conforme a la normativa ética y académica correspondiente.

Al tratarse de una formación académica, los estudiantes de maestría tienen la responsabilidad de realizar una investigación como parte de su proceso de titulación. Por esta razón, el consentimiento informado (Anexo1) en apego al apartado 8.02 (Consentimiento

informado), el cual incluyó la aclaración de que la información sería utilizada con fines académicos y de investigación.

Asimismo, se muestra lo que corresponde al consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en la investigación (8.03), ya que para el análisis clínico se utilizaron grabaciones de audio, contando con el consentimiento expreso del consultante. Esto representó un paso fundamental en el desarrollo del proceso, al permitir la sistematización del material clínico y su posterior análisis.

El caso también se condujo en cumplimiento con lo señalado por CESCO y también a la norma oficial mexicana NOM 004 (2012) que regula el expediente clínico en México y garantiza confidencialidad, veracidad y protección de los datos del consultante. En este sentido se atendieron otros apartados de la sección 8 del Código de ética de la APA (2017):

Participantes de investigación: clientes/pacientes, estudiantes y subordinados. (8.04) La participación de *JP* se realizó de manera voluntaria, cuidando que su rol como paciente no implicara coerción, subordinación ni afectación de su autonomía.

Informe final (8.08): Se elaboró un informe académico que refleja fielmente el proceso clínico, garantizando el respeto a la confidencialidad la integridad de la información.

Informe de resultados de investigación (8.09): Los resultados derivados del análisis fueron reportados de manera objetiva, evitando distorsiones, exageraciones o falsificaciones.

Crédito de publicación. (8.12): El trabajo reconoce la autoría de las fuentes teóricas y académicas utilizadas, otorgando crédito a las instituciones y autores que contribuyeron al desarrollo del caso, de acuerdo con los principios de transparencia y honestidad intelectual.

Finalmente, el caso de *JP*, ha permitido evidenciar que la psicoterapia, además de atender un aspecto psíquico individual, puede articularse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible particularmente en la salud, educación, equidad y reducción de desigualdades. El acompañamiento

psicoterapéutico aportó al desarrollo al reconocer que el bienestar psicológico no puede dissociarse de las condiciones familiares, sociales y comunitarias que lo sostienen, y que su transformación requiere ser abordada desde una perspectiva ética e integral.

5.3. Manejo de las actitudes básicas

En el proceso psicoterapéutico de *JP*, el manejo de las actitudes básicas Méndez (2014) menciona algunas como: autenticidad, aceptación incondicional y empatía resultó fundamental no solo como encuadre, sino como recurso técnico y ético que facilitó el desarrollo del vínculo psicoterapéutico, la elaboración del conflicto y el fortalecimiento del yo del consultante.

La autenticidad, entendida como la capacidad del terapeuta para mostrarse de manera genuina y congruente (Méndez, 2014), sin esconderse tras una posición de superioridad ni recurrir a máscaras técnicas, fue clave para establecer una relación de confianza con *JP*. En diversas sesiones, se evidenció que cuando el psicoterapeuta participaba desde una presencia humana y disponible, *JP* lograba expresarse con mayor libertad sobre aspectos dolorosos de su historia, como los pensamientos intrusivos, la culpa religiosa o las tensiones familiares, sin temor al juicio. Esta congruencia del psicoterapeuta facilitó un espacio de contención emocional y validación que *JP* no encontraba en su entorno cotidiano, marcado por mandatos normativos, sobre exigencias y silencios afectivos.

Por otro lado, la aceptación incondicional fue una de las actitudes esenciales en el trabajo con *JP*, quien llegó al proceso con altos niveles de autoexigencia, sentimientos intensos de culpa y pensamientos que él mismo consideraba inaceptables. El hecho de sostener su discurso sin escandalizarse ni patologizarlo, transmitiéndole aceptación sin condiciones, permitió que *JP* resignificara su experiencia subjetiva. Esta actitud fue especialmente valiosa para flexibilizar la internalización rígida del ideal del yo, favorecer su autoaceptación y permitir la expresión emocional de aspectos que hasta entonces eran vividos con vergüenza o repulsión.

Y también, parte importante fue a empatía, como la capacidad de comprender profundamente el mundo interno del consultante y comunicárselo de manera sensible y concreta (Méndez, 2014), ayudó para que *JP* se sintiera comprendido en su complejidad. La escucha activa en sesión, tanto verbal como no verbal, permitió que *JP* pusiera en palabras emociones que antes solo podía experimentar corporalmente (como la angustia o la sensación de daño), e identificar necesidades emocionales no atendidas. La empatía no solo permitió acceder a niveles profundos de significación, sino que también generó un espacio donde pudo comenzar a experimentar una nueva forma de relación: menos punitiva, más compasiva y equitativa.

El manejo de las actitudes básicas en el caso *JP* como la autenticidad, permitió un vínculo humano y creíble; la aceptación incondicional desarmó la lógica del juicio y el castigo internalizado, y la empatía favoreció una experiencia de comprensión profunda que *JP* no había vivido antes.

En este sentido, se demuestra cómo la ética se entrelaza con la técnica clínica, y cómo, al sostener estas actitudes, favorece no solo la mejora sintomática, sino el crecimiento personal, la individuación y el fortalecimiento del consultante.

5.4. Vicisitudes resistencia les del psicoterapeuta

El proceso psicoterapéutico con *JP*, un joven que presentaba rasgos de una neurosis obsesiva, implicó una serie de desafíos clínicos que pusieron en juego no solo las resistencias del propio consultante, sino también las del psicoterapeuta.

A lo largo del proceso, se mostraron vicisitudes que surgieron como elementos significativos tanto en el vínculo transferencial como contra transferencial, las cuales se vieron condicionadas por la representación de la figura femenina, la rigidez de la estructura obsesiva, y la resistencia al cambio por parte de *JP*, que eventualmente terminó en el abandono anticipado del proceso.

Una de las primeras resistencias que se presentó a la psicoterapeuta fue la dificultad para sostener la transferencia en momentos clave del tratamiento. Si bien *JP* mostró desde el inicio una actitud colaborativa, la sobrevaloración de figuras femeninas idealizadas, especialmente su madre, generó un lugar transferencial ambiguo para la psicoterapeuta. En este sentido, la psicoterapeuta, desde su posición femenina, pudo haberse visto implicada en una transferencia ambivalente, representando inconscientemente para *JP* una figura materna protectora pero también demandante. Esto pudo haber activado defensas inconscientes como la desconfianza, el control o incluso el distanciamiento afectivo, al verse él mismo en la necesidad de complacer, pero también de resistirse a ese lugar de demanda materna, que ya lo saturaba en la vida cotidiana.

Desde la perspectiva psicodinámica, *JP* configuró un ideal del yo rígido e inalcanzable, basado en las expectativas familiares y religiosas internalizadas. Esto generó tensión psíquica entre su deseo de autonomía y su necesidad de mantenerse como el buen hijo. La figura femenina, principalmente representada por su madre, ocupa un lugar central en la formación de dicho ideal. El cuidado hacia ella, la comparación con su hermano mayor y la transferencia de responsabilidades (como el cuidado de la sobrina o acompañarla a sus citas médicas) intensificaron la compulsión al deber. El vínculo con la psicoterapeuta, al ser también una figura femenina, pudo haber sido vivido desde esta lógica internalizada: una relación que activaba tanto el deseo de aprobación como la obligación de ser el bueno, inhibiendo así la posibilidad de expresarse libremente sin culpa.

Otro aspecto fue la resistencia de *JP* al cambio. Aunque en el transcurso del proceso se observó una disminución progresiva de la angustia y una mejor organización del pensamiento, el avance psicoterapéutico tocó fibras profundas de su estructura psíquica. Desde un punto de vista clínico, el cambio puede vivirse como una amenaza para quienes, como *JP*, se sostienen en una estructura obsesiva donde el control y la repetición brindan una fantasía de seguridad. Frente a esto, el avance psicoterapéutico (el cuestionamiento del lugar que ocupa dentro de su familia, la resignificación de sus pensamientos intrusivos y la posibilidad de individuarse) pudo haber sido vivido como un riesgo de ruptura con el orden que lo sostenía, aunque a costa de su malestar.

La resistencia se manifestó no solo en los contenidos trabajados, sino también en la forma de relacionarse con el encuadre. Las ausencias recurrentes en la última etapa del proceso, que se explicaban aparentemente por responsabilidades familiares, pueden interpretarse como una resistencia activa. Al mismo tiempo que el proceso avanzaba hacia una mayor autonomía, *JP* comenzó a ausentarse más a menudo, especialmente en el segundo semestre. Esto refleja un mecanismo defensivo: evitar la confrontación con los avances, protegerse del dolor de crecer, pero también del riesgo de separarse de la estructura familiar que le daba identidad.

Por lo tanto, la decisión de abandonar el proceso puede entenderse desde dos posturas: por un lado, como manifestación de los logros del tratamiento (mayor conciencia, capacidad de decisión, puesta de límites); y por otro, como un acto de resistencia profunda al proceso de subjetivación que implica la psicoterapia.

Desde la perspectiva del psicoterapeuta, este momento constituye un reto importante: sostener la ambivalencia entre respetar la autonomía del consultante y reconocer que el momento del cierre no era clínicamente el más prudente. Esta tensión forma parte de las vicisitudes inherentes al encuadre clínico, donde la ética del cuidado implica permitir que el sujeto ejerza su deseo, aun si ello incluye una interrupción prematura del tratamiento.

Conclusiones

El presente estudio de caso se centra en comprender como la angustia, en el marco de una neurosis obsesiva influye en la construcción del ideal del yo. A partir del análisis se observó que la configuración de un ideal del yo rígido con las características de la edad en la que se encontraba *JP* (18 años) se encontró que incrementaron las manifestaciones de angustia generando que contribuyeran a establecer una estructura neurótica de tipo obsesivo señalada principalmente por una autocrítica moral y mecanismos de defensa.

La angustia funciona como un motivador constante a su estructura obsesiva relacionada con alcanzar este ideal rígido y normativo. Este ideal que parte del sostén familiar, escolar y religioso marca una perfección moral y afectiva y por tanto conductual que resultan inalcanzables para *JP* lo cual provoca tensión entre el deseo personal y de su entorno.

La angustia aparece toda vez que *JP* se enfrenta a un pensamiento o impulso que contradice este ideal. En *JP*, las fantasías sexuales marcan una distancia entre el yo real y yo ideal lo cual activa una cadena de respuestas obsesivas como: rumiaciones, rituales, autocastigo, aislamiento y síntomas psicósomáticos. Estas además de neutralizar la angustia, buscan restituir esta imagen idealizada. Es aquí entonces, donde la neurosis obsesiva es una estrategia psíquica de control frente a lo que es insoportable y la angustia es lo que acompaña ese yo real y yo ideal y como se va construyendo frente al deseo.

También, se encontró que la manifestación de la angustia en *JP* se expresaba a través de su discurso de desvalorización personal y conductas de autocastigo. Estas se intensificaban en contextos donde sentía que no cumplía con las expectativas propias o la impuestas por su familia. La expresión de pensamientos que se relacionan con impulsos sexuales provoca un conflicto interno pues no va con los valores morales y religiosos internalizados desde su infancia.

La ausencia de recursos simbólicos para elaborar una experiencia sexual temprana y no integrada, generó una fijación inconsciente que se configuró como síntoma. Este síntoma se expresó dentro del marco de su neurosis.

Desde niño, *JP* fue señalado como *buen hijo y alumno*, lo cual sostenía un equilibrio en su familia por lo que ir en contra o transgredir estas identificaciones implicaba una desorganización generando culpa.

En *JP*, la neurosis obsesiva se evidenció por medio de pensamientos intrusivos y angustiantes de contenido sexual, generando culpa y malestar. Estos pensamientos llevaron a que *JP* realizara conductas de autocastigo como rezar repetidamente por cada miembro de su familia, recurrir a la confesión religiosas, autolesionarse durante labores del hogar o aislarse socialmente por miedo a dañar o ser dañado. Asimismo, presentaba síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza e insomnio. La compulsión a la repetición y los rituales buscaban calmar la angustia, reforzando el ciclo obsesivo.

El ideal del yo de *JP* se encontraba influenciado por la estructura familiar tradicional, guiada por creencias religiosas católicas estrictas. Dentro de este sistema, la afectividad y la sexualidad eran reguladas bajo normas de pudor, reserva y control.

En el entorno familiar de *JP* prevalece la concepción de que la sexualidad debe vivirse únicamente dentro de una relación formalmente establecida, mientras que la masturbación es considerada un pecado. Esta visión moral restrictiva genera en *JP* sentimientos de ambivalencia entre el deseo y la culpa. No obstante, cuando compartió con su padre que practicaba la masturbación, éste le respondió que era una conducta normal, recomendándole solo evitar excesos o posibles lesiones. Esta respuesta paterna, más flexible en comparación con la postura familiar dominante, funcionó como un factor atenuante en el conflicto interno de *JP*, brindándole un referente distinto que contribuyó a disminuir la percepción de su práctica como una transgresión absoluta.

Además, el rendimiento académico y la proyección profesional son considerados como pilares para un futuro mejor, por tanto, esto llevaba a que *JP* experimentara una restricción en su vida social, tanto por el control parental como por su propio temor a ser percibido como mal hijo.

Las actividades recreativas propias de su grupo de edad son vistas por *JP* cómo zonas de riesgo moral y de salud, al estar asociadas al consumo de alcohol y tabaco lo cual se opone a su ideal.

Otro factor importante, es la necesidad de desmentir y resistirse a los comentarios familiares despectivos, como cuando era llamado “pendejo”, lo que revela el esfuerzo de sostener una imagen de valor personal ante las descalificaciones.

La identificación de *JP* con un ideal del yo normativo y moralista genera un malestar constante, ya que cualquier desviación de este modelo se vive como amenaza a su identidad y pertenencia a su familia. Al no poder alcanzar de manera inmediata las expectativas propias o ajenas, surge la angustia de manera cíclica y persistente.

La expresión de deseo sexual es uno de los aspectos que más pone en tensión a *JP*, pues desear y fantasear implica alejarse de los estándares permitidos inculcados desde su infancia. Lo cual, la imposibilidad de integrar su deseo dentro de un espacio aceptable para su yo ideal, intensifica el conflicto interno y mantiene a la angustia, y a su vez impide construir una subjetividad más autónoma y sin culpa.

Las premisas teóricas que orientaron este estudio parten del modelo psicodinámico. Desde esta perspectiva, se sostuvo que los síntomas obsesivos no son meramente conductas disfuncionales, sino formaciones que expresan un conflicto intrapsíquico entre el deseo, la culpa, el mandato y la angustia. Asimismo, se parte del principio de que el vínculo psicoterapéutico, cuando se construye desde la autenticidad, la aceptación incondicional y la empatía, tiene un efecto transformador profundo sobre la subjetividad del consultante.

Desde esta base teórica, se concluye que el proceso psicoterapéutico con *JP* favoreció no solo la disminución sintomática, sino una transformación estructural de su posicionamiento subjetivo frente al deseo, la culpa y el ideal del yo.

Uno de los supuestos centrales del estudio fue que un espacio psicoterapéutico sostenido y respetuoso posibilitaría que el consultante resignificara sus síntomas desde una posición más autónoma y reflexiva. También se asumió que el malestar de *JP* estaba no solo en su estructura psíquica, sino también en una red de condiciones sociales, económicas y familiares que mantenían y prolongaban su angustia.

A partir de estos supuestos, se concluye que la psicoterapia fue efectiva porque no se limitó al plano intrapsíquico, sino que incluyó una mirada crítica del contexto de *JP* y el psicoterapeuta supo sostener esa complejidad sin imponer respuestas, respetando el ritmo de *JP* y propiciando su implicación activa en el proceso. Esto favoreció el fortalecimiento de su autonomía, la toma de decisiones conscientes y la reconstrucción de un proyecto de vida más propio.

Entre los hallazgos secundarios se identificaron aspectos que no eran el foco central del estudio, pero que aportaron significativamente a la comprensión clínica: La continuidad académica de *JP* funcionó como factor protector, permitiéndole estructurar su tiempo, proyectarse hacia el futuro y diferenciarse de los roles familiares.

La tensión entre la lealtad familiar y el deseo individual apareció como un eje de su conflicto psíquico, marcando tanto sus síntomas como sus decisiones. El proceso de individuación se evidenció en su incorporación al ámbito laboral, en su decisión de terminar la psicoterapia y en su capacidad de poner límites dentro del núcleo familiar. La actitud no directiva y empática del psicoterapeuta fue señalada por el propio *JP* como una diferencia significativa respecto a otros adultos, lo que ayudó a construir un vínculo psicoterapéutico seguro y confiable.

Estos hallazgos desde el tipo de análisis de perspectiva de los sujetos participantes, permiten concluir que el proceso psicoterapéutico funcionó no solo como un espacio de

intervención clínica, sino como un lugar de reconstrucción simbólica, donde *JP* pudo ir reconfigurando la forma en que se relacionaba consigo mismo, con su entorno y con su historia.

Esto también se facilitó gracias al uso del enfoque hermenéutico que permitió acceder al mundo interno del consultante desde su propio discurso y a través del análisis hermenéutico de las viñetas clínicas se identificaron estos elementos en su discurso y además permitió interpretar los síntomas, como la angustia y pensamientos obsesivos, sino que también su función defensiva. Asimismo, el análisis cualitativo favoreció a integrar desde una perspectiva interdisciplinaria el diálogo con el enfoque psicodinámico, sistémico y psiquiátrico.

Finalmente, el caso *JP* me permitió comprender cómo el síntoma obsesivo puede operar como una estrategia defensiva altamente estructurada para contener lo pulsional, la angustia de separación, el deseo de individuación y el conflicto con lo normativo. Aprendí que detrás del síntoma, por más disruptivo que parezca, existe una lógica subjetiva que tiene sentido en la historia del consultante y que debe ser leída con respeto y profundidad. También comprendí que los ideales internalizados, especialmente en contextos de exigencia moral, religiosa y familiar, pueden llegar a ser profundamente punitivos, generando un yo dividido, culpable y vigilante.

Como psicoterapeuta, este caso confrontó con la importancia de sostener una actitud ética, empática y congruente, más allá de aplicar técnicas o intervenciones específicas. Aprendí que la escucha profunda y la validación emocional son recursos clínicos esenciales cuando se llevan desde una actitud auténtica. Además, vivenciar el respeto por la autonomía del consultante, en sus decisiones de continuidad y cierre, me permitió comprender que la psicoterapia no se trata de lograr e imponer objetivos sino de acompañar procesos de subjetivación en sus propios tiempos y formas.

Asimismo, enfrenté la necesidad de autorregularme emocionalmente frente a las resistencias o silencios del consultante, recordando que el cambio en psicoterapia no siempre es lineal ni inmediato, y que gran parte del trabajo ocurre en el vínculo y no solo en el contenido verbal.

De la psicoterapia como práctica clínica aprendí que es un espacio complejo, sensible y transformador, donde participa el deseo, el sufrimiento, la historia y la posibilidad de cambiar. Confirmé que no hay neutralidad posible cuando se trabaja con personas reales en contextos reales, y que toda intervención, por mínima que parezca, tiene implicaciones subjetivas.

La psicoterapia, como se vivió con *JP*, no solo sirvió para reducir síntomas, sino para reorganizar aspectos profundos de su estructura psíquica, recuperar su agencia, flexibilizar sus ideales y abrir posibilidades de vida. En este sentido, reafirmé que la clínica no puede separarse de lo ético, lo humano ni del contexto sociocultural de cada consultante.

El presente trabajo, al centrarse en un único estudio de caso, encuentra como principal limitación la imposibilidad de generalizar los hallazgos a una población más amplia. Si bien el análisis clínico de *JP* permitió profundizar en los procesos de construcción del ideal del yo, la dinámica familiar y la incidencia de la neurosis obsesiva, los resultados se circunscriben al marco de su subjetividad particular, a su contexto sociocultural y a las vicisitudes de su historia personal. De ahí que el alcance de este estudio deba entenderse como exploratorio y orientado a la comprensión singular, más que a la formulación de conclusiones universales.

Desde el lugar del psicoterapeuta en formación, este caso refleja tanto los desafíos como las potencialidades del trabajo clínico en el ámbito comunitario. Entre los retos, destacan la necesidad de sostener una escucha que reconozca la singularidad del sufrimiento del consultante, el manejo de la transferencia y contratransferencia, y el equilibrio entre las demandas institucionales y el respeto a la autonomía del paciente. Al mismo tiempo, el caso evidencia la importancia de la psicoterapia como herramienta que favorece la continuidad educativa, el fortalecimiento de recursos internos y la construcción de proyectos de vida más autónomos, en concordancia con los principios de desarrollo humano sostenible.

En cuanto a las proyecciones futuras, este estudio abre la posibilidad de seguir indagando en la relación entre el síntoma obsesivo y las dinámicas familiares en jóvenes universitarios, así como en el impacto de los contextos sociales y económicos en los procesos de individuación y maduración psíquica. Sería pertinente, además, avanzar hacia investigaciones con muestras más

amplias y diversos contextos clínicos, que permitan contrastar y enriquecer los hallazgos aquí expuestos.

Finalmente, este caso demuestra el valor de la psicoterapia comunitaria como un espacio de acompañamiento ético y técnico que posibilita la transformación subjetiva, aun en condiciones de vulnerabilidad. Para el psicoterapeuta, la experiencia representa no solo un ejercicio de aplicación teórica y técnica, sino también un proceso de formación personal y profesional, que confirma la vigencia y relevancia del quehacer clínico en contextos educativos y comunitarios.

Referencia

- Association, A. P. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ta. Ed.)
- Anto, A., Asif, R., Basu, A., Kanapathipillai, D., Salam, H., Selim, R., & Zaman, J. (2023). Social media and anxiety in young adults: preparing primary care for the rising challenge. *British Journal of General Practice*, 73(suppl 1), bjgp23X734109. <https://doi.org/10.3399/bjgp23X734109>
- Araujo, R. C. (2018). Obsessive Neurosis in the Sigmund Freud Approach. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 12(1). <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2018.12.002196>
- Atlas.ti Scientific Software Development GmbH (23.2.1) (2023)
- Bastin, C., Rakesh, D., Harrison, B. J., Davey, C. G., Allen, N. B., Muller, S., & Whittle, S. (2021). Feelings of shame and guilt are associated with distinct neural activation in youth. *Biological Psychology*, 159, 108025. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2021.108025>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss Volume I: Attachment*. Basic books.
- Blos, P. (1979). *La transición adolescente* (Amorrortu editores).
- CESCOM. (2024). *Sobre el CESCOM*. <https://cescom.leon.uia.mx/>
- Cotrino, J., Gomez-Mejia, I.-A., Mendoza-Rincón, B.-M., Arenas-Villamizar, V. V., Araque-Castellanos, F., Jaimes-Parada, G.-Y., Ruth -Jimena López -Jaimes, & Julio-Hoyos, Y.-E. (2021). *Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4545854>
- Dor, J. (1991). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dhar, U. (2018). The Evolving Ideal Self. *Academy of Management Proceedings*, 2018(1), 13378. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.2018.13378abstract>
- Erikson, E. H. (2004). *Infancia y sociedad* (Obra original publicada en 1956). Buenos Aires: Hormé.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.
- Fenichel, O. (1945). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós.

- Fiorini, H. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1998). *Psicoterapia psicoanalítica: Fundamentos teóricos y clínicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños. Obras Completas: Vol.V* (Amorrortu editores)
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre la teoría sexual. In Sigmund Freud. *Obras completas*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1909). *A propósito de un caso de neurosis. Obras Completas: Vol. X* (Amorrortu editores)
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. In Sigmund Freud. *Obras completas*. (Vol. 11) Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas: Vol. XX* (Amorrortu editores).
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello. Obras completas: Vol. XIX*. (Amorrortu editores).
- Freud, A. (1993). *El yo y los mecanismos de defensa* (Obra original publicada en 1958). Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (Obra original publicada en 1975). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fundación, U. (2019, de agosto de). *La neurosis, un padecimiento que afecta a 15 millones de mexicanos*. fundación unam. <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/la-neurosis-un-padecimiento-que-afecta-a-15-millones-de-mexicanos/>
- Guimarães, G. O., D'Angelo, F., Brouillette, K., Souza, L. D. M., Da Silva, R. A., Mondin, T. C., Pedrotti Moreira, F., Kapczinski, F., De Azevedo Cardoso, T., & Jansen, K. (2023). Incidence and risk factors for anxiety disorders in young adults: A population-based prospective cohort study. *L'Encéphale*, 49(6), 572–576. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.08.012>
- Higueras, P. H., Navarro, M. M. G., Fernández, A. M. M., Mascaraque, P. S., & Lauffer, J. C. (2022). Salud mental en la adolescencia (I). Ansiedad y depresión. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(61), 3581–3589. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.08.001>

- Hofer, P. (2019). *Epidemiological aspects of obsessive-compulsive disorder in community adolescents and young adults: subsequent psychopathology and risk factors*. <https://doi.org/10.5451/UNIBAS-007082148>
- Huerga García, L., Careno Baez, I., Oropeza Hernández, G., Marcos Rodrigo, A., Delgado Torres, C., Garriga Rocío, G., & Gómez Pérez, P. (2023). Antiandrogenic treatment of obsessive compulsive neurosis: A case review. *European Psychiatry*, 66(S1), S927–S927. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1961>
- Kernberg, O. (1975). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.
- Kenny, N. C., Starcevic, V., & Berle, D. (2023). Associations Between Fear of Guilt and Obsessive–Compulsive Symptoms. *Behaviour Change*, 40(3), 169–181. <https://doi.org/10.1017/bec.2022.14>
- Klein, M. (1994). *El psicoanálisis de niños* (Obra original publicada en 1923). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1994). *Contribuciones al psicoanálisis* (Obra original publicada en 1935). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1994). *Contribuciones al psicoanálisis* (Obra original publicada en 1940). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1994). *Envidia y gratitud y otros trabajos (1946–1963)* (Obra original publicada en 1948). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1979). *Desarrollos en psicoanálisis* (Obras originales publicadas entre 1921 y 1958). Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1994). *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921–1945)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958/ 1999). El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. In *El seminario 2*. Paidós.
- Lacan, J. (1962/1963). Clase 13 (14 de marzo de 1962) In *semanario 9*. La identificación. Paidós.
- Laplace, J. y Pontalis, J.- B (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Minuchin, S. (1974) *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.
- Manchola Bolaños, E. (2019). *Manifestaciones del yo ideal y del ideal del yo en la red social Facebook* [Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium].

- https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/1825/MANIFESTACIONES_YO_IDEALY_DEL_%20IDEAL_DEL_YO_RED_SOCIAL_FACEBOOK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Medina-Mora, Ma. E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., Santomauro, D., Benjet, C., Borges, G., & Mantilla-Herrera, A. M. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio *Global Burden of Disease 2021*. *Gaceta Médica de México*, *159*(6), 12335. <https://doi.org/10.24875/GMM.23000376>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (2015) Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. ONU.
- Scroggs, B., Madrigal, R., & Faflick, N. (2019). Adolescent Sexual Guilt and the Development of Self-Esteem During the Transition to Adulthood: The Moderating Effect of Race. *Sexuality & Culture*, *23*(2), 641–656. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-09582-3>
- Steinberg, H., Carius, D., & Fontenelle, L. F. (2017). Kraepelin's views on obsessive neurosis: a comparison with DSM-5 criteria for obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *39*(4), 355–364. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1959>
- Wetterlöv, J., Andersson, G., Proczkowska, M., Cederquist, E., Rahimi, M., & Nilsson, D. (2021). Shame and Guilt and its Relation to Direct and Indirect Experience of Trauma in Adolescence, a Brief Report. *Journal of Family Violence*, *36*(7), 865–870. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00224-7>
- Winnicott, D. W. (1990). *Deprivación y delincuencia* (Obras originales publicadas entre 1950 y 1963). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (Obra original publicada en 1965). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (2008). *Realidad y juego* (Obra original publicada en 1971). Buenos Aires: Gedisa.

Anexos

A continuación, se presentan los formatos y anexos mencionados en el estudio.

Anexo 1. Consentimiento informado.



Maestría

Consentimiento Informado (adultos y adultas)

El presente formato consta de los puntos más importantes que usted debe de saber antes de ingresar a un proceso de orientación o acompañamiento psicoterapéutico.

Derechos de las y los consultantes:

- Tiene derecho a ingresar al proceso por su propia voluntad; nadie puede obligarle a recibir orientación o acompañamiento psicoterapéutico.
- Puede terminar su proceso en el momento que desee. La/el psicoterapeuta en formación no obligará a nadie a mantenerse en el proceso si la persona no lo desea.
- Tiene derecho a recibir la más alta calidad en los servicios por parte la/el psicoterapeuta en formación.
- Tiene derecho a ser respetado/a y valorado/a como persona.
- Tiene derecho a expresar inquietudes, dudas y/o descontentos.
- Tiene derecho a que todo servicio otorgado sea absolutamente confidencial, sin embargo, la confidencialidad tiene ciertos límites, mismos que serán mencionados por la/el psicoterapeuta en formación.

Responsabilidades de las y los consultantes:

- Hacer su mejor esfuerzo para asistir puntualmente a todas las sesiones programadas, respetando su tiempo y el tiempo en su proceso y el tiempo de la/el psicoterapeuta.
- Comprometerse a poner lo mejor de sí para sacar el mejor provecho del proceso.
- En caso de **dos inasistencias continuas o intermitentes** sin previo aviso de cancelación (24 horas antes), se procederá la baja del proceso y solicitará nuevamente espacio en la lista de espera para la atención. Se evaluarán casos específicos de acuerdo al criterio de la/el psicoterapeuta en formación.
- De no dar aviso de inasistencia y sin respetar el tiempo para cancelación, se le hará efectivo el cobro de la sesión, el cual cubrirá en su próxima cita, lo anterior quedando a consideración al criterio de la/el psicoterapeuta en formación, quien hará de conocimiento al CESCO M para realizar el cobro.
- Dar seguimiento a las sugerencias o recomendaciones proporcionadas por la/el psicoterapeuta en formación.
- La/el consultante solicitará la atención inmediata al 911 o al teléfono de intervención en crisis 800 290 0024 en caso de padecer alguna situación que ponga en riesgo su integridad física o emocional, así como hacerlo de conocimiento a familiares o redes apoyo.

Derechos y responsabilidades del psicoterapeuta en formación:

- La/el psicoterapeuta en formación debe estar presente en todas las sesiones programadas, a menos que surja una emergencia o se notifique con la debida anticipación.
- En caso de cancelación por parte de la/el psicoterapeuta en formación deberá reponer la sesión en un lapso no mayor a una semana.
- Si la/el psicoterapeuta en formación presentara dos inasistencias injustificadas (del total de casos asignados), el/la psicoterapeuta será dado/a de baja del CESCO M.
- La/el psicoterapeuta en formación tiene la responsabilidad de referir a una persona con otra/o psicoterapeuta cuando considere que no puede otorgarle el mejor servicio.
- La/el psicoterapeuta en formación tiene derecho a terminar el servicio en caso de constantes faltas a las sesiones.
- Referir al consultante que su expediente será archivado digitalmente en CESCO M por cinco años; al cabo de ese lapso será eliminado.

Límites en la confidencialidad

- La/el psicoterapeuta en formación considera que la persona representa un peligro inminente para sí misma.
- La/el psicoterapeuta en formación considera que la persona representa un peligro inminente para otra persona, o la sociedad.
- La/el consultante revela datos acerca de un posible hecho delictuoso hacia personas en situación de vulneración o el/ella es víctima de algún tipo de violencia.
- La/el consultante permita por escrito que se pueda revelar o compartir información confidencial.
- La información confidencial sea requerida por alguna instancia legal debido a que el/la consultante se encuentra en alguna situación legal.

Yo, _____ he leído y comprendido claramente la información contenida en el presente formato.

Firma: _____ Fecha: _____

El presente formato está elaborado de acuerdo a los lineamientos del artículo 9° de la Ley Federal de Protección de Datos Personales y demás aplicables "Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca".

CONSENTIMIENTO O NO CONSENTIMIENTO DE AUDIOGRABACIÓN:

Yo, _____, (DOY/ NO DOY) _____ mi consentimiento para que las sesiones llevadas a cabo sean audiograbadas con fines didácticos y de supervisión académica, sabiendo que aún con el consentimiento los datos serán tratados solo con estos fines y conservados de forma ética por el/la psicoterapeuta tratante.

El/la psicoterapeuta(a) tratante de nombre _____, me dio a conocer con claridad el presente "**CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS/AS)**" el día _____ de _____ del año 202____, concluyendo su lectura a las _____ horas.

Nombre y firma del consultante: _____

El presente formato está elaborado de acuerdo a los lineamientos del artículo 9° de la Ley Federal de Protección de Datos Personales y demás aplicables "Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca".

Anexo 3. Primera entrevista psicológica.

F1

2024



Primera entrevista Psicología

Fecha:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE	
Consultante: (Cuidar confidencialidad)	No colocar nombre completo, colocar iniciales.

MOTIVO DE CONSULTA	
Cómo se enteró de nuestros servicios:	
Motivo explícito (Tal como lo expresa el o la consultante)	=
Motivo implícito (Demanda)	=

Descripción general de la persona entrevistada (Apariencia, actitud, postura, psicomotricidad, conducta, pensamiento, discurso, lenguaje, emociones, etc.)	Familiograma

DATOS OBTENIDOS DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA

--

CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES

--

Tipo de entrevista (señalar)	Valoración y contacto		Intervención en crisis	
---------------------------------	-----------------------	--	------------------------	--

Nombre y Firma Psicoterapeuta responsable
--

Nombre y Firma
Supervisora

Anexo 4. Formato de sesión.

F3

Folio: 2024



Registro de Sesión Área Psicología Comunitaria

Fecha:	
Hora:	

Consultante:	No colocar nombre completo		
Psicoterapeuta responsable:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Supervisor/a o profesor/a de la materia:			

Número de sesión:	
Número de sesión efectiva: <i>(correlacionar con F2)</i>	

RELATORÍA/TRANSCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	
<p>Realiza una descripción de la sesión que incluya: Temas tratados, actividades realizadas, técnicas y herramientas utilizadas, instrumentos aplicados, avances, retrocesos, etc.</p>	<p>Si se realiza relatoría, colocar al menos tres viñetas significativas (transcripciones específicas de algún momento de la sesión).</p> <p>Puede realizarse transcripción de la sesión, que permitirá la construcción del capítulo 4 de estudio de caso.</p>

--	--

Fecha de próxima sesión:

AUTO OBSERVACIÓN

¿Cómo te sentiste durante la sesión? ¿Qué te transmitió el/la consultante?, etc.

--

OBSERVACIONES DE SUPERVISIÓN

--

Firma del/la psicoterapeuta responsable

Anexo 5. Formato de Reporte psicodiagnóstico.

F4

Folio: 2024



Reporte Psicodiagnóstico Área Psicología

Fecha :	
---------	--

Nombre del caso:	No colocar nombre completo
------------------	----------------------------

ANTECEDENTES	
Datos Generales Significativos	Descripción generales de consultante en donde se exprese la información relevante sobre su identidad, antecedentes personales y contexto actual, puede incluir: datos demográficos, antecedentes médicos y de salud mental actual o en su historia de vida, contexto familiar que permita reconocer la estructura familiar, estado civil, integrantes, dinámica prevaleciente; antecedentes socioeconómicos (ocupación, nivel educativo, estabilidad financiera), red de apoyo social (presencia y calidad de relaciones, responder quienes y cómo son sus vínculos). Este apartado debe ser elaborado con suficiente especificidad, ya que permitirá elaborar parte del capítulo uno del estudio de caso.
Motivo Explícito de Consulta (MEC) <i>Tal como se presenta en F1</i>	Registro específico de lo colocado en F1 de manera textual, entendiendo motivo de consulta la razón que da la persona consultante del por qué se encuentra frente al psicoterapeuta, ¿por qué sufre y pide ayuda?
Demanda	Comprendamos demanda como aquello que la persona consultante le solicita al psicoterapeuta no necesariamente de manera explícita, y que a la persona consultante le ha sido complejo hacerse cargo. Este apartado se redacta de manera imperativa, es decir, el psicoterapeuta redacta un enunciado que implique lo que la persona consultante le está solicitando, por ejemplo "Cuidame de mi papá y de mi mamá" o "Dime qué hacer para

	poder estar en una relación de pareja estable". Es necesario explicar qué identifica el psicoterapeuta que le permite realizar tal aseveración.
¿Cuál fue la ruta que condujo a consulta a la persona consultante?	Relatar el camino que la persona consultante recorrió para acudir a psicoterapia. Identificar desde cuándo está presente la posibilidad de recibir ayuda y el detonante para poder solicitarla a CESCOMI.

REPORTE		
Respuesta a la cuestión planteada en el MEC	<p>Implica describir qué se le dijo a la persona consultante respecto a su motivo explícito de consulta, pudiendo responder cómo se le escuchó, qué se le respondió y qué planteamiento realiza en cuanto a la atención psicoterapéutica.</p> <p>Es importante identificar si el MEC es el motivo para ser atendido, ya que quizás en el discurso aparecen otros motivos que pueden ser subyacente y de mayor relevancia que el que la persona consultante identifica.</p> <p>Describir si la respuesta al MEC fue la propuesta psicoterapéutica en tres niveles: electiva (no es urgente pero posiblemente procuraría al desarrollo de la persona consultante, recomendada (hay elementos necesarios para identificar que si no se inicia un proceso psicoterapéutico el desarrollo de la persona consultante puede verse comprometido, o necesaria (hay elementos para identificar que si no se inicia un proceso psicoterapéutico puede detonar en una dificultad mayor).</p>	
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosa permiten suponer un estado común de salud mental (normal o sano).	La atención psicológica posterior es ELECTIVA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosa no permiten suponer un estado común de salud mental.	La atención psicológica posterior es RECOMENDADA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosa hacen suponer un	La atención psicológica

	estado que requiere profundizar el diagnóstico y sugerir que se obtenga una segunda opinión.	posterior es NECESARIA.
	Es un caso primariamente:	I ORG <input type="checkbox"/> II SIT <input type="checkbox"/> III COM <input type="checkbox"/> IV ESU <input type="checkbox"/> V CTX <input type="checkbox"/>
Patrón Identificado: <i>Descripción conceptual de la situación diagnosticada desde el marco referencial empleado</i>	<p>En este apartado la persona psicoterapeuta debe situarse en un marco referencial y anunciarlo, es decir, describir desde la referencia qué se identifica de y en la persona consultante y hacer mención de la sintomatología (si el marco referencial lo permite), factores desencadenantes y recurrencia.</p> <p>Por ejemplo, el marco referencial puede ser DSM (APA) y se menciona código y trastorno, o puede ser desde alguna teoría en particular: Síndrome de la Adolescencia Normal (Aberasturi, A., Knobel, M., et. Al.).</p>	
Pronóstico e Indicaciones	¿Se indica psicoterapia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Requiere intervención de otro tipo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?	
	¿Requiere intervención urgente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Se le puede indicar una derivación fiable?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?	
Otras Observaciones:	Describir los siguientes escenarios: si se acumen las indicaciones y si no se acumen. Contestar ¿Qué se pronostica que sucedería si se acumen las indicaciones y qué sucedería si no?	
CONCLUSIÓN		
Apreciación diagnóstica global de la persona psicoterapeuta sobre el caso	<p>La valoración puede ser tan amplia como requiera.</p> <p>En este apartado la persona psicoterapeuta expresa en sus propias palabras, el punto de vista acerca del caso que se atiende, con el objetivo de que le haga sentido lo expresado y le permita reconocer la situación actual de la persona consultante. No necesariamente implica realizar referencias teóricas.</p>	

Rasgos identificados que apuntalan el esfuerzo por la salud mental	En este apartado se expresan las "partes sanas" escuchadas, es decir, se reconocen los elementos que favorecen la salud mental de la persona consultante y que propiciarán la constitución de la alianza de trabajo.
Análisis de la propia implicación y la contratransferencia	Se identifica la posibilidad de que la persona psicoterapeuta se de cuenta de las potenciales distorsiones que podrían afectar el diagnóstico desde su propio marco de referencia personal. Si reconoce y asume lo inconsciente desde el marco psicoanalítico, deberá dar cuenta de la contratransferencia, si no, deberá hacer alusión a lo que lo provoca la persona consultante a nivel de prejuicios, valores y estereotipos.

A continuación, se plantean cinco determinantes dentro de la definición de salud planteada por la OMS (1948) respecto a la salud que implica la dimensión física, mental y social y que posibilitan la comprensión del fenómeno de lo humano. Entenderemos como indicadores registrados en cada apartado, lo identificado por la persona psicoterapeuta acerca de la persona consultante en cada una de las determinantes. En cada determinante es necesario hacer mención del marco referencial en el que se sustenta lo registrado.

- I. **ORGANICIDAD.** Implica todo lo relacionado con la existencia física, química, biológica y ecológica que apuntala la existencia en forma de la vida. ¿Qué le ocurre al cuerpo?

Indicadores Registrados	
Marco Referencial	
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

II. SITUACIONES. Aquellas que determinan durante un tiempo la existencia, tales como la edad, el clima, situación económica, violencia, guerras, desastres, pandemias. Usualmente son medibles. ¿Qué ocurre situacionalmente en la vida de la persona consultante?

Indicadores Registrados	<i>Describir y ubicar en tiempo y espacio para indicar si es actual o trascendente</i>	<i>Enunciar los efectos y afectos que la situación determina</i>
Marco Referencial		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>		

III. COMPETENCIAS. Aquello que permite la obtención de bienes a través de la fuerza física o cognitiva. Se reconoce la madurez, retraso o precocidad (desde la perspectiva del desarrollo) de las competencias. ¿De qué vive la persona consultante, económicamente hablando?

Indicadores Registrados		
Marco Referencial		
¿Circula? ¿Reakta al conjunto de acciones asignadas por el grupo social de manera funcional?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	¿Cómo? <i>Describir las medidas y medidas empleadas</i>	

¿Produce?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	¿Qué valor(es) agrega?	
Competencias significativas actualizadas y observadas		
Potenciales significativos no actualizados y observados		
Observaciones sobre madurez, precocidad o retraso		
La competencia se perdió (habiéndose logrado)		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>		

IV. ESTRUCTURA SUBJETIVA. Se reconocen los elementos de personalidad y su relación con el mundo. ¿Cómo está estructurada la persona consultante?			
Indicadores Registrados			
Marco Referencial			
Patrón Identificado			
¿Se relaciona?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Con quién?	
	¿Cómo? <i>Describir los roles y roles aprendidos</i>		
¿Difícil? <i>Añadir información textual</i>			

Otros Criterios propios	Se plantea la posibilidad de la persona psicoterapeuta agregue otros criterios que sumen a la comprensión de la subjetividad de la persona consultante.	
Alguna otra determinante es conflictiva con la estructura subjetiva ¿Cuál? ¿Cómo?		
La estructura subjetiva es conflictiva con alguna otra determinante ¿Cuál? ¿Cómo?		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones De ser necesario		

V. CONTEXTOS. Elementos alrededor de la vida de la persona consultante, tales como familia, escuela, trabajo, sociedad y cultura.		
Indicadores Registrados	Familiar Famivograma (Anotar nombre y edad de al menos 3 generaciones)	
	Educativo / Productivo	
	Socio-cultural	
	Otros Significativos	
Marco Referencial		
Efectos y afectos que el contexto determina en otra(s) Determinante(s)	Familiar	
	Educativo / Productivo	
	Socio-cultural	
	Otros Significativos	

¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones De ser necesario		

CARÁTULA DE DATOS DE INTERVENCIÓN Y ANEXOS	
Responsable	Nombre de la persona psicoterapeuta
Supervisor	Nombre de la persona supervisora que da el visto bueno de F4.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO. Qué tipo de atención se recomienda, detallar y explicar cuáles son los requerimientos de la o el paciente, reconociendo que puede plantearse una atención psicoterapéutica breve o a largo plazo, argumentar el por qué.

Derivación para atención psicológica en CESCOM	<input type="checkbox"/> Atención Grupal	Canalización	<input type="checkbox"/> Red de Apoyo Psicológico
	<input type="checkbox"/> Otro.- _____		<input type="checkbox"/> Vinculación Institucional
Nombre del Psicólogo o Psicoterapeuta a quién se deriva:			

Nombre Completo del/la psicoterapeuta
que evaluó

Firma

Va.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/as: _____

Anexo 6: Formato de valoración diagnóstica y finalización

F5

Folio: 2024



Reporte de valoración diagnóstica y finalización Psicología

Fecha:

Consultante:	
---------------------	--

Cargando...

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Fecha de Inicio:	27-	Fecha de Término:	12-12-24
Número de sesiones planeadas:		Número de sesiones realizadas:	
Psic. Responsable: (Nombre completo)			
Profesor/a de la materia o Supervisor/a:			

SEGUIMIENTO

Pronóstico e indicaciones de Tratamiento	<p>A continuación, describe cuál es tu apreciación global de/la consultante a partir del proceso terapéutico:</p> <p>¿Requiere continuar con un proceso de psicoterapia? (Sí) (No) / ¿Urgente? (Sí) (No)</p> <p>¿Requiere intervención de otro tipo? (Sí) (No) / ¿De cuál?</p> <p>Referencias Internas (CESCOM): *Terapia Individual/Familiar/Grupo/Taller *Aviación *Nutrición *Apoyo escolar *Ninguna *Otra:</p> <p>Referencias Externas (Fuera del CESCOM): *Médico *Psiquiatra *Neurólogo *Legal *Psicólogos/as de Red *Ministerio Institucional *Ninguna *Otra:</p> <p>Nombre del área, persona o institución a la que se refiere el caso:</p>
---	---

FINALIZACIÓN

Interrupción de proceso En caso de baja (Anotar causas o hipótesis; breve síntesis de caso; objetivos cumplidos y pendientes)	
--	--

Terminación de proceso En caso de cierre (Breve síntesis del caso; objetivos cumplidos)	
Respuesta del consultante ante el cierre	Propuesta Cargando... 
Auto observación (¿Cómo me sentí con el caso y durante el proceso?)	
Conclusiones y ótimas observaciones	

Nombre completo del/la psicoterapeuta responsable

Vo.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/a: _____

Vo.Bo. Encargada de Servicios Psicoeducativos CESCOM: _____