Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

Facultad de Psicología

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Psicología Clínica Especializada

TESIS

Estudio De Caso Del *Síndrome De La Niña Buena* En La Clínica Psicoanalítica.

Presenta

Lic. Nadia Patricia García Chacón

Para obtener el título de

Maestra en Psicología Clínica Especializada

Asesora:

Mtro. Martín Jacobo Jacobo

Co-Asesora:

Mtra. María Del Carmen Manzo Chávez

Morelia, Mich., Marzo, 2026

Agradecimientos

Esta tesis ha sido posible gracias al apoyo de aquellas personas que han confiado en mí y me han sostenido en este recorrido profesionalizante.

Quiero agradecer a la increíble dirección de mi comité tutorial, por haberme acompañado durante el proceso de elaboración de esta tesis desde el comienzo de la misma y haberla revisado con cuidado y atención, siempre atentos a brindarme retroalimentaciones valiosas. En especial al director de tesis, el Mtro. Martìn Jacobo Jacobo, por su orientación, amplio conocimiento y paciencia ante el proceso de elaboración de tesis.

A mis amigas a quienes conocí en este programa de posgrado, Liliana y Yunuen, quienes me han sostenido en gran parte del proceso del mismo. Su amistad es el encuentro más preciado que me llevo de esta experiencia. También a Edwin y Arturo, amigos que conservo de esta maestría.

A Edith, Viridiana y Adriana, quienes me inspiraron durante este recorrido a ejercer la práctica clínica y que me acompañan en mi camino a desarrollar mi propia práctica con perspectiva crítica y feminista.

Y a mi familia, en especial a mi mamá y a mi papá, por haberme alentado desde que decidí entrar a este posgrado, como siempre han hecho ante mis ocurrencias, y en este proceso agradezco su respaldo para crear mi consultorio.

Finalmente, agradezco al financiamiento otorgado por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti) del Gobierno de México, a través del programa nacional de becas para estudios de posgrado.

Índice

Resumen....5
Abstract....6
Introducción....7
Capitulo I. Marco Teórico....15
El Síndrome de la Niña Buena Desde el Psicoanálisis: el Conflicto Entre el Deseo y lo Normativo....15
El Concepto del Síndrome de la Niña Buena....16
El Deseo Frente a lo Normativo....20
La Construcción del Ideal del Yo Como Elemento del Ser....29
El Ideal del Yo y el Deseo de las Mujeres....31
Desafíos Clínicos: el Papel del Ideal del Yo en las Resistencias....38
La Técnica Psicoanalítica....44
La Trasferencia....46
La Asociación Libre....49
Interpretación....53
Atención Flotante....56
Capítulo II. Método....59
Objetivos....59
Objetivo general....59
Objetivos específicos....59
Pregunta Guía....59
Método: Estudio de Caso....59
Participante....66
Escenario....66
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos....67
Ficha Técnica de las Pruebas Psicológicas....68
Reportes de las Sesiones Clínicas....72
Consideraciones Éticas....74
Pertinencia del Proyecto....76
Actividades de Retribución Social....77
Instancias de Investigación....78
Financiamiento....80
Capítulo III. Análisis del Caso Clínico....81

Presentación del Caso 81
Evaluación del Caso 85
Descripción de la Paciente y Encuadre 85
Historia Clínica 85
Evaluación Psicológica 89
Diagnóstico 90
Devolución del Resultado 94
Descripción del Tratamiento 99
Plan de Tratamiento 100
Alianza de Trabajo 106
Conciencia de Enfermedad 107
Motivación al Tratamiento 108
Otros Aspectos Técnicos 109
Evaluación de la Eficacia del Tratamiento 110
Análisis del Caso 111
Análisis del Eje 1: El Síndrome de la Niña Buena Desde el Psicoanálisis: el Conflicto Entre el Deseo y lo Normativo 113
Análisis del eje 2: La Construcción del Ideal del Yo Como Elemento del Ser en las Mujeres. 128
Análisis del eje 3: La Técnica Psicoanalítica 138
Limitaciones y Sugerencias 164
Referencias 166
Apéndices 174
Apéndice A – Consentimiento informado 174
Apéndice B – Consentimiento Informado Firmado 176
Apéndice C – MOCA - Full 179
Apéndice F - DASS-21 184
Apéndice G – Registro de Respuestas de la Batería de Pruebas 185
Registro de MOCA - Full 185
Registro de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en Población Mexicana 186
Registro de Escala de Dificultades en la Regulación Emocional DERS Para Adultos Michoacanos 189
Registro de DASS-21 190
Registro de Test de la Figura Humana 191
Registro de Test de la familia 192
Apéndice H - Resumen de las Sesiones 193

Sesión 1 193
Sesión 2 194
Sesión 3 195
Sesión 4 196
Sesión 5 197
Sesión 6 198
Sesión 7 199
Sesión 8 199
Sesión: 9 201
Sesión 10 202
Sesión 11 203
Sesión 12 204
Sesión 13 205
Sesión 14 206

Resumen

La presente investigación aborda las manifestaciones clínicas del llamado *síndrome de la niña buena* en la clínica psicoanalítica, mediante el estudio de un caso. En las sesiones terapéuticas del caso estudiado, emerge la tensión entre el deseo subjetivo de la paciente y las exigencias normativas interiorizadas, las cuales han configurado un yo ideal que orienta su modo de ser, de vincularse y de sostener relaciones marcadas por la complacencia e inhibición.

El objetivo de este trabajo consiste en comprender, a través de un estudio de caso clínico, cómo el conflicto entre el deseo inconsciente y los ideales normativos configuran el llamado *síndrome de la niña buena* y determina su expresión en la clínica psicoanalítica.

La metodología es un estudio de caso, sustentado en la revisión de las sesiones, el análisis del discurso y la articulación teórica desde el psicoanálisis freudiano y las perspectivas contemporáneas de género.

La investigación destaca que la persecución del ideal del yo de la paciente ha operado como un organizador de su malestar, generando conflictos persistentes entre el deseo propio y la necesidad de responder a expectativas externas. La transferencia y contratransferencia han permitido la emergencia de estas posiciones subjetivas, posibilitando movimientos interpretativos que han producido efectos discursivos, así como movilizado la interrupción del tratamiento.

Se concluye que el caso contribuye a la comprensión desde la clínica psicoanalítica del *síndrome de la niña buena* como fenómeno articulado por la estructura psíquica y por mandatos socioculturales.

Palabras clave: psicoanálisis, transferencia, contratransferencia, deseo, género

Abstract

This research examines the clinical manifestations of the so-called *good girl syndrome* within the context of psychoanalytic practice through a case study. Throughout the therapeutic sessions of the analyzed case, a tension emerges between the patient's subjective desire and the internalized normative demands that have shaped an ideal ego. This ideal functions as an organizer of her ways of being, relating, and sustaining relationships characterized by compliance and inhibition.

The aim of this thesis is to understand, through a clinical case study, how the conflict between unconscious desire and normative ideals shapes the so-called *good girl syndrome* and determines its expression in psychoanalytic treatment.

The study employs a case-study methodology supported by the detailed review of the therapeutic sessions, discourse analysis, and theoretical articulation drawn from Freudian psychoanalysis and contemporary gender perspectives.

The research highlights that the patient's pursuit of her ideal ego has operated as a central organizer of her distress, generating persistent conflicts between her own desire and the need to meet external expectations. Transference and countertransference dynamics have enabled the emergence of these subjective positions, allowing interpretive movements that produced significant discursive effects and ultimately contributed to the interruption of the treatment.

It is concluded that this case contributes to the psychoanalytic understanding of the good girl syndrome as a phenomenon shaped both by psychic structure and sociocultural mandates.

Introducción

El presente trabajo es el producto de la Maestría en Psicología Clínica Especializada como trabajo terminal que conforma la elaboración de un estudio de caso a profundidad desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica.

Se aborda el denominado *síndrome de la niña buena* como una manifestación subjetiva en la que se evidencia un conflicto entre las instancias psíquicas del yo y el ello, aunado a la conflictiva edípica. Este conflicto adquiere relevancia en la estructura histérica, donde la obediencia a los ideales socialmente establecidos coexiste con un deseo pulsional que busca expresión. Para sustentar esta propuesta, enseguida se expone en este apartado una revisión teórica a manera de estado del arte en temas fundamentales para esta tesis: en primer lugar, las formulaciones freudianas sobre la constitución del aparato psíquico y sus tensiones internas y en segundo lugar, los aportes contemporáneos acerca del ideal de la “niña buena”; la histeria como forma clínica donde el conflicto se hace cuerpo y síntoma, especialmente desde una perspectiva de género; y por último, el estudio de caso como herramienta de investigación que aporta formas de abordar el sufrimiento y los síntomas.

Sobre el primer tema del estado del arte mencionado, acerca de las formulaciones freudianas sobre la constitución del aparato psíquico y sus tensiones internas, Moguillansky (2022) retoma las formulaciones freudianas sobre las instancias psíquicas: ello, yo y superyó, para abordar la construcción de la realidad como un fenómeno subjetivo, atravesado por conflictos internos y condicionamientos socioculturales. La realidad, lejos de ser una entidad objetiva, se constituye como una narrativa personal influida por la historia de cada sujeto, sus defensas y su inscripción en un entramado familiar y social. Desde esta perspectiva, la clínica

psicoanalítica no se orienta a los hechos en sí, sino a las distorsiones singulares con que cada uno los vive y relata, por lo que una viñeta dentro de la clínica es sólo el inicio de una discusión sobre la subjetividad del paciente.

Se ahonda sobre el papel del superyó, siendo este el que opera tanto como sostén amoroso como tiranía moral, influido por ideales culturales y tradiciones que regulan los límites entre lo público y lo privado. El yo, por su parte, responde con estrategias defensivas que intentan mantener cierta coherencia frente al conflicto intrapsíquico, aún a costa de renunciar a la autonomía o adherirse a mandatos externos.

En el campo clínico, estos conflictos psíquicos se manifiestan en fenómenos como la repetición, el *acting-out* o la escisión, donde lo no elaborado retorna como una vivencia extraña e inexplicable. Moguillansky (2022) señala que cuando la palabra falla en nombrar el acontecimiento traumático, el sujeto queda en un desamparo semántico, ante el cual el lenguaje no logra cumplir su función mediadora entre el cuerpo y la realidad, generando un vacío de sentido que confronta al sujeto con el dolor y el límite de sus recursos simbólicos, y es la transferencia analítica la que permite resignificar la experiencia caótica, el psicoanálisis es una herramienta que, a través de la interpretación, habilita una elaboración singular de lo vivido, devolviendo al sujeto la posibilidad de hacerse responsable de su posición y reconfigurar su lazo con la realidad.

Acerca del segundo apartado del estado del arte, sobre los aportes contemporáneos acerca del ideal de la “niña buena”, Martínez (2024) hace uso del término “el síndrome de la chica buena” para escribir un libro con ese nombre, la autora es psicóloga general sanitaria y cuenta con especialidad en psicoterapia psicoanalítica. En su obra, plantea una crítica a las exigencias sociales que muchas

mujeres han internalizado y que las llevan a priorizar las expectativas y necesidades de los demás por encima de las propias. Este “síndrome” se manifiesta en la dificultad para establecer límites, tomar decisiones sin culpa o salir de relaciones insatisfactorias por temor a lastimar al otro. A través de una propuesta de trabajo personal, Martínez invita a revisar el pasado, reconocer cómo se ha construido esa actitud complaciente y recuperar la autonomía emocional, con el objetivo de reconectar con los propios deseos y necesidades. El enfoque se centra en dejar atrás los mandatos de sacrificio, docilidad y perfección para dar paso a formas de habitar lo femenino desde el cuidado de sí misma, con seguridad y confianza.

Por otro lado, respecto del tercer tema del estado del arte, la histeria como forma clínica donde el conflicto se hace cuerpo y síntoma, abordado desde una perspectiva de género, Pulvet (2023) hace aportes importantes sobre la histeria como forma clínica de importancia en la actualidad, dado que es en la histeria donde el conflicto se hace cuerpo y síntoma. Ella señala que el discurso contemporáneo tiende a acallar el sufrimiento subjetivo, promoviendo soluciones masificadas a través de las tecnologías de la comunicación que diluyen la singularidad del síntoma. En contraste, el psicoanálisis freudiano propone escuchar al síntoma como una formación del inconsciente, donde lo somático y lo reprimido se articulan en un mensaje a descifrar. Esta clínica de la escucha permite abordar el padecimiento desde la implicación del sujeto en su malestar, como lo expresa la célebre pregunta freudiana: ¿qué tiene que ver usted con este desorden? La autora agrega observaciones sobre la histeria desde algunos puntos lacanianos, si bien la presente tesis no se inscribe en una lectura lacaniana, es pertinente señalar, dentro del estado del arte, que algunos autores han abordado esta temática desde esta perspectiva. Pulvet (2023) menciona que esta implicación de la histeria se manifiesta

en una demanda dirigida al Otro, donde el síntoma ofrece un sentido que da lugar al sujeto en su posición deseante. Frente a la saturación de la falta promovida por el discurso de la inmediatez, como son las redes sociales y las narrativas de superación personal, el análisis reintroduce el valor del tiempo lógico de cada sujeto, permitiendo que la verdad se abra paso en el discurso del sujeto que se analiza.

Según Pulvet (2023), desde la perspectiva lacaniana, la histeria se caracteriza por el sujeto que rehúye al saber sobre su síntoma, mostrando una “bella indiferencia” que vela la verdad que lo habita. El síntoma se constituye así como una causa de goce, que al mismo tiempo produce padecimiento. En este punto, el deseo insatisfecho propio de la histeria se entrelaza con el malestar en la cultura del que Freud habla, especialmente en los lazos sociales y amorosos, donde la articulación entre demanda y deseo remite a la función del Otro como lugar simbólico. La autora concluye con la importancia actual del espacio clínico analítico como aquel donde ocurre la transferencia y el análisis, que abren entonces la posibilidad de una elaboración singular, más allá de las etiquetas diagnósticas que buscan dar un sentido cerrado, sin permitir al sujeto hacerse causa de su propio padecimiento.

En este mismo sentido, acerca de la histeria, Díaz (2022) hace un planteamiento para repensar la noción de histeria desde el psicoanálisis, en el cual la autora propone que es momento de hacer una revisión crítica acerca de la histeria, desde una perspectiva interdisciplinaria que articula el psicoanálisis, los estudios de género y la historia del cuerpo de las mujeres, particularmente del útero. La autora plantea que muchas de las categorías psicopatológicas tradicionales se han construido desde una visión androcéntrica que ha ubicado a las mujeres en una posición de subordinación. A través de un recorrido histórico que va desde el pensamiento platónico hasta Freud, se evidencia cómo el cuerpo femenino fue

interpretado como fuente de enfermedad, apoderado por el diablo en el caso de aquellas que se acercaban al conocimiento o servían a la comunidad, condicionado a la maternidad como su fin, perdiendo su contexto simbólico y social bajo el discurso médico. Díaz (2022) señala que el psicoanálisis debe abrirse a nuevos marcos de pensamiento, repensando sus fundamentos teóricos y clínicos para dar lugar a una práctica más acorde con los sujetos y malestares actuales.

Desde esta óptica, se destaca la relevancia de los estudios de género como herramienta crítica para visibilizar los modos en que las diferencias entre hombres y mujeres han sido construidas y sostenidas desde el orden simbólico, más que desde la "naturaleza". El género se concibe como un entramado simbólico, estructural e individual que atraviesa la organización social y las prácticas científicas. Díaz insiste en la necesidad de descolonizar el lenguaje psicoanalítico y de asumir una postura ética frente a la patologización del deseo femenino, cuestionando si es ético seguir nombrando ciertos malestares desde categorías que reproducen una lógica sexista y patologizante. Esta propuesta implica una apuesta por un psicoanálisis más crítico y actual.

Respecto de estudios de caso, el artículo de León (2022), presenta un caso en el que, a través de viñetas clínicas extraídas del discurso de la paciente, aplica algunos fundamentos freudianos junto con aportes de Bleichmar y Dolto para comprender el malestar en la feminidad. A partir de la intervención clínica, la autora demuestra que la paciente “Flora”, una joven de 18 años, rechaza su condición femenina debido a las interferencias en su desarrollo libidinal y vínculos familiares conflictivos, así como de un discurso cultural que, por un lado, devalúa la feminidad y, por otro, la mitifica bajo imágenes distorsionadas. En concreto, se observa cómo las fallas en la función parental y episodios de violencia conyugal de los padres,

predisponen a la paciente a configurar su identidad sexual como problemática, incorporando en su relato fantasías de inferioridad e incesto que refuerzan el desagrado hacia su sexo.

El caso de Flora, ilustra las consecuencias de dichos factores: al haber sido testigo de maltrato físico y psicológico por parte de su padre, motivados por celos y normas de género rígidas, Flora experimenta una angustia central ligada a la mirada masculina y un deseo de identificarse con lo masculino como estrategia de defensa. Su ambivalencia hacia el padre, una mezcla de miedo, ira y decepción, y la exigencia materna de “ser más femenina” profundizan su malestar, evidenciando cómo los ideales culturales y las dinámicas familiares determinan la construcción psíquica de la feminidad. León (2022) concluye que este tipo de estudios de caso enriquecen la clínica psicoanalítica al ofrecer claves para conocer y abordar el sufrimiento y los síntomas que emergen de la subjetivación femenina, así como pautas para fomentar procesos terapéuticos que contrarresten las representaciones sociales que llegan a ser limitantes, hacia una feminidad satisfactoria.

Lo anterior enmarca algunas investigaciones que se han llevado a cabo recientemente acerca de temas asociados a la presente tesis.

Continuando con lo que concierne a esta investigación, acerca del caso estudiado para efectos de esta tesis, en este se aborda de manera integral el expediente clínico de una paciente, donde se integran elementos del mismo caso como son: la ficha de identificación, el consentimiento informado, la historia clínica, factores estresantes, historia familiar, historia social, historia del desarrollo, problemas psicosociales y ambientales, motivo de consulta, evaluación psicológica, diagnóstico y una propuesta para el plan de tratamiento, así como el examen del estado mental en los aspectos conductuales y cognitivos.

Para efectos del presente documento, la paciente cuyo caso se estudia será nombrada con el seudónimo "Itzel". Itzel expresa como motivo de consulta manifiesto que ha presentado dificultad para expresar sus emociones, desmotivación, sentimientos de soledad y la sensación de estar al borde de rendirse. Experimenta una vivencia de soledad acompañada de tristeza, con episodios frecuentes de llanto debido a esta sensación. Además, expresa su miedo a morir sola. Lo anterior la lleva a iniciar su proceso de análisis en búsqueda de sentirse satisfecha con su vida, indagar acerca de su malestar ante la soledad y mejorar la percepción que tiene de sí misma.

El motivo de consulta se refiere a la dificultad para expresar sus emociones y sentimientos, lo que la hace sentir constantemente como si estuviera a punto de explotar o como si su vaso estuviera a punto de derramarse. Menciona que las personas le señalan que siempre parece enojada, incluso cuando no lo está. Además, expresa que no se considera atractiva en absoluto, ya que no le gusta su cuerpo y, por esa razón, evita hacer ejercicio o verse en los espejos y se compara constantemente en cuanto a su belleza y la de otras mujeres, en particular con su hermana menor. También comenta que no suele arreglarse ni ponerse cosas bonitas porque no se percibe a sí misma como poseedora de algo bonito. A pesar de sus desafíos, Itzel muestra la capacidad de buscar ayuda, incluso cuando se siente sola.

El núcleo del documento se centra en el abordaje clínico, por lo que se incluye el apartado de Estudio de caso, donde se desarrolla el marco teórico sobre la construcción de este. A través de esta compilación, se busca no solo comprender la complejidad individual del caso, sino también explorar y reflexionar sobre las estrategias metodológicas y teóricas más efectivas para elaborarlo.

Finalmente, en el marco teórico se aborda la técnica psicoanalítica, el cual sustenta el trabajo terapéutico realizado y proporciona la base para el estudio del presente caso. Esta perspectiva permite la creación y comprensión del caso desde una óptica que profundiza en los conflictos internos de la paciente, proporcionando un entendimiento más integral de sus síntomas y comportamientos.

Este estudio de caso tuvo el objetivo de comprender cómo es que el conflicto entre el deseo inconsciente y los ideales normativos configuran el llamado *síndrome de la niña buena* y determinan su expresión en la clínica psicoanalítica. Este se abordó desde el análisis del caso en tres ejes: el síndrome de la niña buena desde el psicoanálisis, donde se develó el conflicto entre el deseo y lo normativo; los esfuerzos hacia la búsqueda del ideal del yo como elemento del ser en las mujeres; y la técnica psicoanalítica dentro del estudio de caso aquí presentado.

Para explorar el objetivo mencionado, se realizó un estudio de caso clínico de una paciente atendida en el Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, donde se recopilaron datos mediante entrevistas clínicas, la aplicación de una batería de pruebas y sesiones de psicoterapia. La metodología siguió los pasos del estudio de caso, así como los lineamientos establecidos para el curso del presente posgrado: selección del caso, elaboración de la historia clínica, evaluación diagnóstica, análisis de los resultados y elaboración de un plan de tratamiento. El análisis del presente caso se organizó en torno a los tres ejes teóricos mencionados en el párrafo anterior, lo que permitió articular la teoría freudiana con la experiencia clínica y ofrecer una comprensión profunda de la dinámica subjetiva de la paciente.

El objetivo de esta investigación va de la mano con la pregunta de investigación que plantea lo siguiente: ¿cómo se articula, en la clínica psicoanalítica,

el conflicto entre el deseo inconsciente y los ideales normativos en la configuración del *síndrome de la niña buena*, y qué implicaciones se identifican en su abordaje? Ante ello, gracias al desarrollo de esta tesis, se logra abordar de manera fundamentada la pregunta de investigación propuesta, proporcionando elementos que permiten su comprensión como se expone a lo largo de esta tesis.

Este trabajo contribuye a la profesionalización continua del ejercicio de la Psicología Clínica. Al formar parte de la formación y desarrollo de habilidades como estudiante, promueve un impacto positivo en el ámbito clínico. En última instancia, este trabajo busca ser un paso significativo hacia el crecimiento profesional en el ejercicio de la Psicología Clínica.

Capitulo I. Marco Teórico

El Síndrome de la Niña Buena Desde el Psicoanálisis: el Conflicto Entre el Deseo y lo Normativo

A continuación, se abordará lo concerniente al *síndrome de la niña buena*, un concepto central en este trabajo de investigación. Este síndrome se ha identificado como crucial en el presente caso debido a que, en las sesiones del caso que aquí se examina, la paciente expresaba sentirse identificada con este término. En primer lugar, se retoma el término del *síndrome de la niña buena*, el cual se refiere a un conjunto de comportamientos y actitudes que se desarrollan generalmente como resultado de expectativas sociales y familiares, donde la persona busca constantemente la aprobación de los demás, reprime sus propios deseos y necesidades, y muestra una excesiva complacencia; para posteriormente hacer un abordaje del mismo desde la perspectiva psicoanalítica, ya que las características que lo definen pueden ser origen de múltiples malestares, que abarcan desde la

ansiedad y la depresión hasta problemas de identidad y baja autoestima. La exploración de este llamado síndrome permite comprender mejor el presente caso clínico.

El Concepto del Síndrome de la Niña Buena

El término *síndrome de la niña buena* fue acuñado por la psicoterapeuta Beverly Engel, en su libro publicado en 2008 con ese nombre. Engel (s. f. b) es una psicoterapeuta estadounidense, especializada en psicoterapia familiar y de pareja, reconocida a nivel mundial, especializada en víctimas de traumas relacionados al abuso emocional, sexual y físico. Según el sitio web oficial de Beverly Engel (s. f. a), ella ha escrito numerosos libros sobre temas como el abuso, la vergüenza y el empoderamiento, donde describió un patrón de comportamiento común entre las mujeres, caracterizado por una excesiva amabilidad y una tendencia a ocultar emociones negativas.

Recientemente se ha renovado el interés en el tema y Rubio (2024), psicólogo columnista sobre diversos temas respecto del comportamiento humano, ha definido el *síndrome de la niña buena* como un patrón de comportamiento tradicionalmente esperado de las mujeres, caracterizado por un exceso de amabilidad e ingenuidad. Este comportamiento implica ocultar las emociones y sentimientos negativos, así como priorizar el bienestar de los demás sobre el propio. Este concepto está arraigado en una tradición educativa, familiar y social que históricamente ha "premiado" a las niñas por su sumisión, abnegación y conformidad con los roles de género establecidos.

El autor agrega que la presión para mantener esta imagen de la "mujer perfecta" se refleja también en problemas de imagen corporal, dificultades en la vida

sexual y una tendencia a sonreír en situaciones que pueden causar malestar emocional. Estos síntomas revelan una adaptación excesiva a las expectativas sociales, una sobreadaptación que puede restringir la autenticidad y el bienestar emocional de las mujeres en la sociedad contemporánea.

El sitio web PsicoAbreu (s. f.), conformado por psicólogos clínicos en España, redefine el término conocido como *síndrome de la niña buena* como "síndrome de sobreadaptación", destacando que este comportamiento se manifiesta principalmente en mujeres. Se caracterizan por su extrema sumisión y servicialidad para complacer a los demás y evitar conflictos, así como cumplir con las expectativas de quienes la rodean, lo cual se evidencia en conductas como la dificultad para decir “no”, dificultad para tomar decisiones, represión del enfado, obediencia a las normas y miedo a fallar. Según la autora, este síndrome puede generar una serie de problemas emocionales y psicológicos, como ansiedad, culpa y tristeza, que a su vez pueden conducir a trastornos más profundos, como trastornos de la conducta alimentaria, relaciones de abuso o dependencia, depresión y trastornos de ansiedad. La incapacidad para establecer límites, la necesidad de mantener una imagen de buena persona y el miedo al fracaso son características comunes de quienes sufren este síndrome, lo que puede resultar en una lucha constante por cumplir con las expectativas externas a costa de descuidar su propio bienestar y desarrollo personal.

Es importante agregar que no es considerado un síndrome clínico ni un trastorno psicológico, el término hace referencia a una tradición cultural que presiona a las mujeres a comportarse de manera sumisa y abnegada para ser consideradas socialmente aceptables (Rubio, 2024).

Si bien el concepto de *síndrome de la niña buena* ha cobrado mayor

desarrollo y precisión en investigaciones recientes, es importante señalar que sus fundamentos y aproximaciones iniciales ya habían sido abordados con anterioridad desde otras perspectivas teóricas. En este sentido, los aportes realizados en la década de los noventa resultan relevantes para comprender la evolución del concepto, ya que permiten situar cómo se fue nombrando y problematizando en distintos contextos académicos y clínicos. Los siguientes antecedentes enriquecen el análisis actual y evidencia la continuidad de esta problemática en el campo de la psicología.

Por un lado, Fernández-Poncela (1995) realiza un análisis de la narrativa oral tradicional, enfocándose en cuentos y leyendas de México, Guatemala y Nicaragua. Su objetivo es analizar los mensajes que, a lo largo del tiempo, se han creado en torno a las relaciones de género, especialmente las que enmarcan el rol de las mujeres, dado que persiste la narrativa dominante de épocas pasadas, donde las mujeres que desafiaban las normas establecidas eran condenadas al rechazo e incluso sufrían castigos severos, como la muerte. Esto refleja el orden simbólico mediante el cual la cultura define y transforma la diferencia sexual en configuraciones de género específicas.

La autora Fernández-Poncela (1995) ahonda en la forma en que los relatos tienen un papel fundamental en la moralización y sentido de pertenencia social, dado que el lenguaje, más que un simple medio de comunicación es una herramienta de pensamiento que permite acceder y comprender la realidad, así como transmitir mensajes morales y educativos.

Entre sus hallazgos, Fernández-Poncela (1995) encuentra que muchas leyendas y relatos advierten que las mujeres deben ajustarse a las reglas establecidas, mientras que aquellas que se atrevan a desafiar el orden establecido

enfrentan graves consecuencias. El mensaje es claro: las mujeres deben respetar el orden social y su dependencia, advirtiendo sobre la peligrosidad de las mujeres desobedientes, quienes pueden terminar en estados de perdición y tragedia para sí mismas, sus familias o hasta para sus sociedades.

Dado que estas formas de discriminación son construcciones sociales y culturales, pueden y han de ser transformadas. Se destaca que las mujeres son agentes sociales y activas en su contexto, lo que se reconoce en las narrativas, aunque a menudo se les advierte que sus actos pueden ser perjudiciales. Tras la aparente sumisión de las mujeres, se puede interpretar que existe un potencial de cambio, que puede manifestarse en desobediencia pasiva o en enfrentamientos más abiertas contra el orden social y cultural que las subordina, esto resalta el papel activo de las mujeres y ofrece una nueva perspectiva menos conservadora de la narrativa oral tradicional. La propuesta de la autora no es invertir el mensaje, sino adaptarlo a condiciones más favorables para las mujeres, desafiando los estereotipos y roles de género establecidos.

Posteriormente, la historiadora Dueñas (1999) plantea en su ensayo un primer acercamiento a lo que ella llama *ideología de la domesticidad,* impuesta a las mujeres. La autora menciona que desde el siglo XIX, en la sociedad europea, se consolidó la separación social entre lo público y lo privado, promoviendo la *ideología de la domesticidad*. Bajo esta perspectiva, la mujer era concebida como la encargada del hogar, un espacio íntimo y apartado de las preocupaciones del ámbito industrial y político. Era idealizada como un ser angelical, moralmente superior, pero intelectualmente limitada para desenvolverse en el mundo exterior, el cual se encontraba dominado por los hombres. En esa época, la división entre los géneros era explícita: mientras la producción y la política pertenecían a la esfera

pública, y por lo tanto a los hombres, las mujeres eran relegadas al hogar.

El espacio doméstico se presentaba como aquel que contrastaba el entorno hostil de lo público. Se le consideraba un refugio seguro, un lugar de amor y entrega incondicional donde el hombre encontraba descanso tras enfrentarse a las dificultades del mundo exterior. Sin embargo, esta estructura de división de los sexos implicaba que las mujeres renunciaran a sus propios proyectos, tanto dentro como fuera del hogar, con el fin de aliviar la alienación de los hombres debido a su vida diaria de presiones sociales y laborales. Las labores en el hogar no eran vistas como una profesión, sino como una vocación inevitable y aun dentro de ese espacio, la mujer no gozaba de plena autonomía, pues la subordinación al esposo reflejaba la misma estructura social. Según Dueñas (1999), el ideal de feminidad vinculado a lo doméstico se consolidó aún más a través del discurso católico, que centraba el sacrificio y el sufrimiento silencioso como virtudes femeninas.

En síntesis, aunque el término *síndrome de la niña buena* fue acuñado recientemente, los antecedentes revisados muestran que las conductas de sumisión y obediencia femenina han sido tematizadas tiempo atrás desde distintas disciplinas. Estas aproximaciones permiten reconocer que lo que hoy se conceptualiza bajo esta denominación se inscribe en una tradición histórica más amplia, en la que los roles de género y las expectativas sociales hacia las mujeres han sido continuamente reforzados y, al mismo tiempo, cuestionados.

El Deseo Frente a lo Normativo

Freud desarrolló la teoría de que la mente humana se organiza tanto de forma estructural como dinámica. En su primera tópica, Freud (1900 [1899]) describe la estructura de la mente, dividiéndola en tres partes: consciente, preconsciente e

inconsciente. En su segunda tópica (Freud, 1923a), aborda el aspecto dinámico de la mente, dividiéndola en el yo, el ello y el superyó. Estas teorías se abordarán brevemente en este apartado, ya que ayudan a clarificar el conflicto que aquí se analiza: el deseo frente a lo ya denominado como *síndrome de la niña buena* o mandatos sociales de género impuestos a las mujeres.

Enseguida se aborda uno de los aportes más significativos de Freud (1923a) es la teoría de que la psique humana está estructurada en tres componentes fundamentales: el ello, el yo y el superyó. Estas tres instancias psíquicas interactúan constantemente y sus relaciones determinan la personalidad, el comportamiento y los conflictos psíquicos de las personas.

Freud proponía que el ello está presente desde el nacimiento y durante los primeros dos años de la vida, mueve al niño hacia la satisfacción de sus necesidades, representa las pulsiones primarias, llamadas pulsiones de vida y de muerte, regidas por el principio del placer, que funciona en búsqueda de la gratificación y sin restricciones. Dicho principio de placer, afirma Freud (1920), es el motor de la vida psíquica y es el encargado de descargar la energía del aparato anímico de manera que la tensión sea menor o tolerable. Las pulsiones de vida y de muerte que rige, tienden a buscar ser satisfechas, la primera en tanto que se busque la gratificación y la segunda en tanto que se logre la quietud o destrucción.

Por otro lado, el yo es la parte racional que surge después de los dos años, esta opera bajo el principio de realidad, es decir, se enfoca en el exterior y se encarga de que las pulsiones del ello no tengan consecuencias catastróficas, busca la supervivencia de forma práctica. Su función es intentar satisfacer las necesidades del ello de manera socialmente aceptable, reconociendo las limitaciones de la realidad. Dado que el yo atiende a las normas sociales, se encarga de demorar la

descarga de energía e incluso de que se renuncie a las mismas ya que puedan ser inconciliables para el yo.

Finalmente, el superyó, es la instancia que aparece después de los tres años, y surge como consecuencia de la declinación del Edipo. Se trata del resultado de la socialización y la interiorización de la moral, alberga las normas, valores y principios éticos que la sociedad y la familia imponen, especialmente en lo relacionado con las expectativas de comportamiento que se acerquen al ideal del bien o la perfección, en este sentido, de esta instancia se deriva la culpa y el sentimiento de inferioridad. Freud agrega que en la niña, el complejo de castración no deriva en un superyó independiente y riguroso, sino que en las niñas se mantienen por tiempo indeterminado en el Edipo y se supera de forma incompleta. El superyó lleva a que el sujeto se vigile a sí mismo, se ajuste a las reglas y se comporte de acuerdo con lo "correcto" socialmente, es decir, ejerce dominio sobre el yo. Laplanche y Pontalis (1983) agregan que desde la teoría de Freud, el superyó se forma al interiorizar las exigencias y prohibiciones de los padres, tiene origen sobre la imagen de los personajes temidos y corresponde a la autoridad, encarna la ley, por lo que actúa como un juez. Esta instancia contiene al ideal del yo y la función de prohibición.

El conflicto psíquico entre el ello y el yo como mediador es una de las principales cuestiones en la teoría psicoanalítica, ya que el yo se encarga de equilibrar las demandas pulsionales del ello con las normas o restricciones impuestas por el superyó. En este proceso, las normas sociales juegan un papel central, ya que contribuyen a la formación del yo y del superyó, influyendo en cómo los individuos gestionan y reprimen sus deseos y emociones (Freud, 1923a; Rodríguez, 2001).

En el presente estudio de caso se aborda un caso de histeria, por lo cual es importante agregar que el conflicto psíquico en la histeria surge cuando el deseo se enfrenta con lo normativo y, según Gerez (2022) en estos casos el yo queda avasallado por el superyó y por lo tanto, sometido a las exigencias de una conciencia moral severa, al cual encuentra en el castigo una forma de apaciguar el angustioso encuentro con el deseo. Dicho castigo victimal es a través de la idea de retribución al otro, ese otro simboliza a los padres y el síntoma, según la autora, revierte los impulsos hostiles hacia ellos. De este modo, el síntoma histérico aparece como una demanda de reconocimiento simbólico de la sexualidad, pero al mismo tiempo se encuentra limitado por la represión y la culpa que impone la moral normativa.

La interacción entre el ello, el yo y el superyó crea una dinámica compleja en la cual los impulsos son regulados, y los afectos y deseos se enfrentan a las limitaciones de las normas sociales, para el individuo dicha interacción puede generar angustia y otros síntomas físicos o psíquicos. La interacción entre estas tres instancias puede llevar el dominio significativo de una sobre otra, lo cual es la fuente de malestares y psicopatologías.

El Quehacer De La Clínica Psicoanalítica Ante “Las Niñas Buenas”.

Freud (1923[1922]) nombra al psicoanálisis como un procedimiento que, en primer lugar, permite explorar los procesos anímicos que no son fácilmente accesibles por otros métodos. Además, constituye una técnica terapéutica utilizada para tratar las neurosis a partir de dicha exploración. A partir del conocimiento obtenido mediante este enfoque, se ha desarrollado una disciplina que organiza y amplía estas comprensiones sobre la vida psíquica. Indagar los procesos culturales

y psíquicos desde el psicoanálisis permite comprender mejor las dinámicas sociales y subjetivas y abre un espacio para cuestionar y analizar cómo se configura lo femenino en distintos contextos.

Dentro del quehacer de la clínica psicoanalítica, Vegetti (2002) expone la importancia de que la clínica sea el espacio para que cada mujer recupere y explore lo que cada una en cada caso dice desde su individualidad, ya que cada una expresa de forma única su necesidad de ser reconocida por otro que reclame su presencia. La autora resalta la importancia de que en la clínica se recupere cada historia como un paso hacia la construcción de una genealogía femenina, la cual sea útil para develar el significado de la experiencia de cada caso, situado dentro de un contexto cultural caracterizado por ser predominantemente masculino. La recuperación de las historias silenciadas y el reclamo de la genealogía femenina son parte de un movimiento emancipador de las mujeres ante las imposiciones sociales y de género que devienen generalmente en malestares, ya que estos determinan y limitan los espacios que ocupan las mujeres en todas las esferas de la vida: educativa, participación política, derechos, salud, economía, amor, trabajo, poder, lenguaje, arte, entre otros (Moreno, 2019).

Según Rutenberg (2018), en algún momento de sus vidas, las mujeres descubren la desvalorización y la posición subordinada asociadas a lo femenino, lo cual puede generar envidia hacia los privilegios que los hombres poseen debido a su posición social. Esta dinámica de desigualdad se reproduce tanto en el ámbito familiar como en la sociedad. En la clínica psicoanalítica, se observan síntomas vinculados a la prohibición para el disfrute que enfrentan las mujeres, especialmente aquellas características sobrevaloradas que, en el presente trabajo, se asocian al *síndrome de la niña buena*. Estas características perpetúan la idea de que las

mujeres deben permanecer en casa y acompañar a sus madres como una forma de protección frente el sufrimiento, lo cual se refleja más tarde en relaciones con hombres, en las que, aunque no encuentren placer, obtienen valor como amantes, un amor que surge desde la carencia (Vegetti, 2002).

Esta prohibición del disfrute se identifica en distintos ámbitos, incluido el sexual, donde muchas mujeres reportan no sentir nada, reflejando una falta de goce que abarca desde la sexualidad hasta la vida misma, aunque es poco frecuente que una mujer consulte por su frigidez o la ausencia de placer, ya que estas condiciones se consideran normales en su experiencia. En la clínica, es común que emerjan también los diálogos entre madre e hija, donde la madre transmite consejos que perpetúan la falta de goce y la prohibición, como por ejemplo quedarse en casa para evitar la amenaza de violación. En el ejercicio dentro de la clínica es crucial abordar estas dinámicas interiorizadas desde la transferencia paciente-terapeuta para identificarlas y no reforzar dichas prohibiciones (Rutenberg, 2018).

El espacio de la clínica psicoanalítica tiene un papel importante, dado que es el espacio de transformación del discurso, dicha transformación no busca necesariamente la eliminación del malestar o sufrimiento, sino la revelación de que el síntoma es sólo el mensajero de aquellos deseos, angustias y conflictos inconscientes que han sido reprimidos, y cuya vía de acceso es el discurso del sujeto, en el cual emerge la subjetividad y con ello se reduce el malestar psíquico al recuperar su condición de sujeto. Como ya se ha mencionado, las mujeres han sido despojadas de la palabra a través de las relaciones de desigualdad de género persistentes en nuestros tiempos y el cual es posible recuperar teniendo en la clínica un espacio para trabajar sobre lo que ella desea y disminuir las sobreexigencias puestas en ella que la distancian del encuentro con el goce (Geréz, 2019 y Tubert,

2010).

La tarea de la clínica será disolver las resistencias a través del habla, facilitando la transición de lo conocido a lo nuevo e inquietante, y utilizando el discurso y la palabra para aliviar los malestares (Gitaroff, 2010). Además, se abre espacio para replantear las relaciones entre madres e hijas, ya que desde estas relaciones se fortalecen los estereotipos de lo femenino que posicionan a la mujer como dependiente de ciertos hombres y temerosa de otros, este replanteamiento implica ir más allá de la prohibición y el desconocimiento del placer hacia el reencuentro con el goce (Rutenberg, 2018).

Un Posicionamiento de la Clínica Psicoanalítica Ante el *Síndrome de la Niña Buena.*

La autora Beverly Engel (s. f. a) que da nombre al *síndrome de la niña buena* hace un esfuerzo importante en develar el origen social de algunos malestares femeninos, sin embargo, nombrar como “síndrome” a dichas características, tiene algunas consecuencias importantes, dado que categoriza a las mujeres en un enunciado patológico. Según Aliani (2015) y Sanguinetti (1978), las categorías que hacen uso de una serie de signos y síntomas que se ordenan en síndromes, intentan dar una descripción y explicar el ser, reducido al discurso de la psicopatología que sólo nos permite reconocer la apariencia y lo observable, pero nada más. Deja de lado aquello que el síntoma le significa a cada una de las pacientes, llevando a la reducción de la clínica a una uniformidad de signos y síntomas a diagnosticar respecto a lo observable, sin abordar aquello singular, las causas que en cada una le han determinado, a aquello que está detrás de lo aparente. Aliani (2015) remarca la importancia de que la clínica psicoanalítica opere fuera de las clasificaciones que

equiparan el ser con lo aparente, que sólo reducen la oposición entre el ser y parecer.

Una clínica orientada por el psicoanálisis plantea un giro fundamental: se trata de darle voz al síntoma, considerándolo no como un obstáculo a eliminar sino como un hilo que articula deseos reprimidos y demandas insatisfechas (Aliani, 2015). El psicoanálisis permite indagar los procesos culturales y psíquicos para comprender mejor las dinámicas sociales y subjetivas y abre un espacio para cuestionar y analizar cómo se configura lo femenino en distintos contextos y singularidades (Freud, 1923 [1922]). Esta perspectiva permite al sujeto apropiarse de aquello que pulsa en su cuerpo y su imaginación, restituyendo aquello que ha dejado fuera su cuerpo en malestar: su existencia en símbolos, ritos y pasiones. No se trata de cerrar la brecha entre lo patológico y lo normal mediante la adaptación, sino de acompañar al sujeto en el proceso de revelar su deseo inconsciente, aquel que se expresa en el cuerpo porque aún no ha encontrado otra forma simbólica de manifestarse (Aliani, 2015).

En este sentido, Dor (1991) agrega que el diagnóstico no puede establecerse a partir de una relación causal inmediata entre síntomas ordenados en síndromes. Las correlaciones entre manifestaciones sintomáticas e identificación diagnóstica suponen la puesta en acto de una cadena compleja de procesos intrapsíquicos e intersubjetivos que dependen de la dinámica del inconsciente. El síntoma constituye un material significante que condensa múltiples determinaciones inconscientes y, por ello, dice mucho más de lo que aparece en lo inmediato, puede presentarse en distintas organizaciones estructurales y variar a lo largo del tiempo. La estructura psíquica, en cambio, remite a la organización de la economía del deseo, dicha estructura es el resultado de la manera singular en que el sujeto administra la falta,

sumado a los momentos cruciales de su vida, donde se moviliza el deseo. Esta organización se expresa en trayectorias relativamente estables, denominadas rasgos estructurales.

Los indicadores diagnósticos estructurales no se localizan en los síntomas aislados, sino en el despliegue del decir del sujeto, en las brechas significativas que revelan la lógica de su deseo. Por ello, la evaluación diagnóstica debe depender de la identificación de dicha modalidad estructural y no a la mera clasificación descriptiva de síntomas (Dor, 1991).

Desde esta óptica psicoanalítica, la salud no es un estado fijo ni un ideal al que se deba apuntar, sino una construcción dinámica que surge de la capacidad del sujeto, en este caso, de las mujeres en malestar, para tramitar su conflicto. No es el *síndrome de la niña buena* lo que irrumpe como una anomalía, sino que el malestar es la condición misma de la existencia dentro de la cultura, dado que esta impone renuncias pulsionales inevitables. Siguiendo a Freud (1930 [1929]), la salud se encontraría en la posibilidad de sublimar esas exigencias, de transformar la pulsión en un motor sin que ello derive en síntomas o inhibiciones.

Mientras que el discurso médico debe responder a la exigencia social de clasificar y normativizar las enfermedades, el analista tiene otra función, se trata de acoger transferencialmente las demandas frustradas de la historia del sujeto, aquellas que se ocultan tras su solicitud de alivio (Aliani, 2015). El posicionamiento de la clínica psicoanalítica se distingue, entonces, por la ausencia de criterios universales de salud o criterios adaptativos, ya que esta no es un estándar normativo sino una invención singular de cada sujeto. El malestar que aqueja a las pacientes tampoco se define por criterios externos, sino por la manera en que cada una experimenta dicho malestar y lo convierte en una demanda.

La Construcción del Ideal del Yo Como Elemento del Ser

El *síndrome de la niña buena* se ha entendido, no como un síndrome clínico, sino como un patrón de comportamiento común entre mujeres de cualquier edad, marcado por una excesiva amabilidad y sumisión, manifestado en la ocultación de emociones negativas y en priorizar el bienestar de los demás sobre el propio, arraigado en una tradición que recompensa la sumisión y conformidad con los roles de género, que puede resultar en conflictos emocionales y psicológicos. Desde esta descripción, las características del *síndrome de la niña buena* serán abordadas en este apartado a través del lente del psicoanálisis.

Un fenómeno psíquico importante para comprender a una paciente que se ha nombrado como quien posee el *síndrome de la niña buena* es el proceso de identificación, a través de la identificación las personas asimilan un aspecto o atributo del otro y en consecuencia se apropian de dichos aspectos de manera que le resulten propios a su personalidad, este es un proceso normal y esperado en todas las personas (Laplanche y Pontalis, 1983). Aunado al proceso anterior, es importante situar la identificación en el desarrollo psíquico de las mujeres, ya que en este proceso experimentan la incorporación de las normas sociales de género, como las ya mencionadas al inicio de este capítulo, que las condicionan a adoptar un comportamiento sumiso y moderado, lo cual puede generar malestar psíquico debido a las dificultades para experimentar plenamente su deseo y disfrute (Rodríguez, 2001).

La identificación con aquellas características que se han idealizado, lleva a posicionar dichas características como perfectas y valiosas, lo cual contribuye a la formación del ideal del yo, aunque resulta complejo determinar cuáles

identificaciones intervienen en cada instancia psíquica. Se entiende al ideal del yo como una parte de la estructura del superyó, se trata del modelo al cual el sujeto intenta adecuarse, este proviene de la suma de la identificación con los padres o sus sustitutos, la identificación con los ideales colectivos y el narcisismo propio en cuanto a la forma en que ha idealizado sus cualidades y su valor. Esta instancia psíquica llamada superyó, además de cumplir con las funciones mencionadas como instancia que hace posible una vida psíquica y social con conciencia moral, también se encarga de censurar y autoobservar, y su referencia para hacerlo será el ideal del yo que ha interiorizado. Esta instancia permite explicar la fascinación amorosa y la sumisión a las figuras líderes y responde de forma adaptativa a lo que la autoridad espera del sujeto (Laplanche y Pontalis, 1983).

De acuerdo con Freud (1921), el ideal del yo se constituye a partir del ideal común de la familia y de las normas de la sociedad circundante, lo que implica que la representación que el sujeto tiene de sí mismo está determinada por su relación con el otro y con el medio en el que se encuentra. Esta construcción subjetiva lo lleva a intentar ajustarse a las exigencias de su tiempo y entorno, de modo que su ser queda ligado a los lazos sociales y afectivos que mantiene con los demás. Tales vínculos favorecen la compulsión a repetir aquello que los otros hacen, reproduciendo modelos de conducta a partir de las identificaciones establecidas.

La identificación es el proceso mediante el cual el sujeto busca ser como las figuras parentales introyectadas y sostener la ligazón con el discurso del otro. No obstante, la identificación no solo implica querer ser como dichas figuras, sino también oponerse a ellas, aunque este rechazo no basta para dejar de repetir, ya que el carácter de la identificación atraviesa al sujeto. De este modo, aquello que el otro posee se incorpora y se coloca en el lugar del ideal del yo, generando procesos

de idealización: amar en el otro las virtudes que el propio yo no ha alcanzado. Así, el ideal del yo se edifica a partir de múltiples modelos provenientes de las masas, la cultura, la raza o el credo, lo que deviene en un ideal del yo con cierto grado de originalidad y autonomía. Cuando el yo logra coincidir con su ideal, se experimenta una sensación de triunfo; por el contrario, cuando no lo hace, se producen sentimientos de culpa o de inferioridad (Freud, 1921).

Es entonces, el ideal del yo, el resultado del proceso de identificación con las normas, el proceso de identificación con los padres y con las expectativas sociales que moldean la personalidad. Este proceso lleva a la internalización de las normas familiares y sociales y crea un punto de referencia al que el sujeto intenta acercarse, creando un balance entre lo que el individuo desea y lo que se espera de él en la sociedad, lo cual puede desembocar en la integración social o en malestares, según sea aquello que se ha internalizado.

El Ideal del Yo y el Deseo de las Mujeres

Para comprender la formación del yo de las mujeres y las particularidades de sus deseos, es fundamental analizar las relaciones tempranas con las figuras parentales y las normas culturales que las rodean, ya que lo anterior, aunado al narcisismo primario tendrán impacto en la constitución del yo ideal y el ideal del yo.

En el proceso de formación y desarrollo del yo, la identificación juega un papel fundamental, ya que a partir de ella la percepción del objeto adquiere un lugar central. Freud (1914b) explica que la internalización de las figuras parentales dentro del mundo psíquico da origen tanto al ideal del yo como a la conciencia moral.

Más adelante, Freud (1920) señala que el yo ideal se forma inicialmente a partir de múltiples identificaciones primarias que ocurren antes de que el yo tenga

capacidad para elegir objeto. Durante esta fase, el amor hacia el padre y la madre coexiste sin conflicto. Sin embargo, con la aparición del complejo de Edipo, estas corrientes afectivas entran en tensión y conflicto.

Vegetti (2002) sintetiza las ideas anteriores y menciona que el desarrollo del yo se constituye desde un primer yo ideal, el cual se forma en el periodo preedípico a partir de la introyección de una imagen materna omnipotente y perfecta, que otorga una fuerte satisfacción narcisista pero que, con el descubrimiento de la diferencia sexual en hombres y mujeres, y la constatación de la posición socialmente desvalorizada de la madre, en las mujeres dicha fuente de satisfacción narcisista se ve desplazada hacia la figura paterna como objeto de amor y principal sostén narcisista.

Aunque este amor se ve limitado por la prohibición del incesto, orienta el deseo femenino hacia lo masculino, generando una identificación secundaria con la madre, vivida como pasiva y dependiente, lo que provoca que la valoración de la propia feminidad quede debilitada y que el padre o sus sustitutos se constituyan como el principal sostén narcisista, incrementando así la dependencia hacia el otro sexo y la necesidad de validación externa.

De este modo, Vegetti (2002) agrega que el yo ideal conformado en la etapa preedípica a partir de la imagen materna idealizada, da lugar, tras la adolescencia, a la constitución del ideal del yo. Este organizador psíquico se edifica en referencia a la figura paterna o sus sustitutos, quienes encarnan el reconocimiento y el aval narcisista que la madre no pudo sostener. Así, la valoración de sí misma, a través del ideal del yo, queda sujeta a la mirada y aprobación de la figura paterna, consolidando una posición de dependencia afectiva y simbólica.

En este marco, el yo evalúa constantemente su desempeño en relación con su ideal del yo. Si el yo percibe que no alcanza las expectativas de este ideal, su percepción de valía disminuye. Entonces, el ideal del yo orienta hacia lo que se aspira a ser y paralelamente, la conciencia moral genera sentimientos de culpa cuando el yo no cumple con las normas impuestas por dicho ideal (Freud, 1920).

En cuanto al ideal del yo para las mujeres, Irigaray (2009) ha hecho grandes aportes críticos respecto de la construcción del ser mujer en el marco de las expectativas y normas sociales, en 1977 la autora teorizaba sobre cómo la construcción del ser mujer ha sido históricamente explicada desde parámetros sociales, que son mayormente masculinos. Desde esta perspectiva, lo que la autora aporta acerca de la construcción del ser mujer acorde a los parámetros sociales es la carencia y la llamada por Freud “envidia del pene” del hombre, aunado a que este último es el único sexo reconocido como valioso en la sociedad. Según esta teoría, la mujer encuentra su reconocimiento y valía ante la sociedad mediante su amor servil a su padre o su marido, o por otro lado, en la búsqueda de concebir un hijo varón, y solo así podrá vivir su deseo de poseer un equivalente del sexo valioso, el masculino.

Esta visión del devenir del imaginario femenino es ajena al goce de lo femenino por sí mismo, pues la mujer reprime su propio deseo en beneficio del otro, y silencia su propio deseo. Las consecuencias de dicha posición femenina son el desconocer qué es lo que cada mujer realmente quiere y deja a las mujeres en un estado de dependencia ante los hombres. Acercarse a su deseo queda en estos términos limitado a la aprobación y el reconocimiento bajo los estándares sociales de lo que es valioso, desde la pasividad, olvidando el valor que atañe a su propio deseo debido a un imaginario femenino que la niega y la rechaza.

Hay cierta desventaja socialmente impuesta a las mujeres por el hecho de serlo, ya que la diferencia sexual, identificada inicialmente desde la diferencia en el cuerpo, determina los roles bajo los cuales las personas se identificarán. Rutenberg (2018) señala que el cuerpo de la mujer, al carecer de pene, es posicionado como un cuerpo mutilado y, por lo tanto, amenazado ante la transgresión. Esto tiene un impacto profundo en la constitución de la psique femenina, ya que instaura una sensación de inseguridad y desprotección proyectada desde el exterior. La autora menciona que esta amenaza se materializa en la posibilidad de violación, humillación y en la prohibición del goce y el placer, atentando contra el cuerpo y la vida misma de las mujeres. Sin embargo, este peligro no es únicamente externo, también se trata de una construcción psíquica que se manifiesta en síntomas, lo que le otorga una relevancia fundamental dentro de la clínica psicoanalítica.

Por otro lado, Tubert (2010) ofrece contribuciones sobre lo que ella denomina la construcción de la feminidad. Ella sugiere que la construcción de la feminidad se configura a partir de modelos culturales, ideas y discursos que varían según la época y las prácticas sociales, moldeados por las desigualdades de género en las relaciones sociales y de poder. Esto es fundamental para situar el origen del *síndrome de las niñas buenas*, dado que es la forma en que se ha denominado popularmente al rol de género femenino.

Tubert (2010) agrega que la conformación del ideal del yo, es decir, de la identificación con los seres amados y el narcisismo propio en cuanto a la idealización de las cualidades y su valor, se suman los estereotipos de género que transmiten y modelan la personalidad, integrando en este ideal del yo los ideales culturales y las experiencias individuales dentro de cada contexto. Estos estereotipos sociales ponen en desventaja a las mujeres, ya que no suelen apuntar a la satisfacción de

sus necesidades, deseos y aspiraciones, sino que representan un medio de exclusión. A menudo, a dicho estereotipo de género, se le atribuyen características como la hipersensibilidad, la irracionalidad, la falta de control emocional, la pasividad, la abnegación, la dependencia y la sumisión, ignorando el hecho de que las mujeres también son sujetos con deseos propios, ante lo que Vegetti (2002) agrega que dicho deseo propio se trata en sí el de volverse sujeto y protagonista de su propio discurso, el cual le ha sido negado históricamente.

Chávez (2023) analiza cómo, en nuestro sistema social patriarcal, las mujeres han sido históricamente oprimidas en su derecho a decidir sobre sus propias vidas y sometidas al silenciamiento como una condición impuesta de la feminidad. En este contexto, habitar el silencio, reprimir el deseo, el goce y la expresión propia parecieran funcionar a la vez como estrategias de supervivencia o adaptación al contexto. Sin embargo, a pesar de estas condiciones opresivas, hay mujeres que desafían este orden, encontrando formas de resistencia, a veces a través de síntomas como la histeria que reclama el recuperar la voz propia a través de mensajes detrás del síntoma (Vegetti, 2002), y otras veces mediante la recuperación de su propia historia, situándose como sujeto con la capacidad de construir activamente su propia existencia y transformar el mundo que habita (Chavez, 2023).

Tubert (2010) y Vegetti (2002) coinciden en que esta subordinación de lo femenino en los ámbitos privado y social perpetúa una imagen social limitada, caracterizada por la condición de cuidados, trabajos monótonos y una sexualidad secreta, lo cual contribuye significativamente al aumento de malestares entre las mujeres, emanando en síntomas histéricos. En su afán por cuidar al otro, muchas veces las mujeres buscan refugio en el vínculo con su padre, incluso cuando este resulta tiránico, como una forma de obediencia a la ley (Geréz, 2019).

Merlin (2021) plantea que la cultura excluye a las mujeres y las reduce a objetos de intercambio. Desde una perspectiva psicoanalítica, señala que la teoría freudiana y su continuación en Lacan ubican a las mujeres en una posición subordinada, en la que su deseo aparece limitado por los mandatos de la autoridad masculina y por la lógica fálica que decide cómo se entiende la diferencia entre hombres y mujeres, es decir, quién tiene poder y quién queda subordinado. De este modo, la mujer queda marcada por la dificultad de reconocerse frente a su propio deseo, al estar históricamente ligada a la función de responder a las expectativas de los demás.

En esta perspectiva, las prohibiciones familiares no se reducen a simples normas domésticas, sino que operan como dispositivos de poder que encarnan la ley patriarcal y que limitan el lugar que las mujeres pueden ocupar. Esta dinámica refuerza la subordinación femenina dentro del entramado cultural, sosteniendo prácticas de obediencia y dependencia respecto de la figura masculina de autoridad. Merlin (2021) advierte que este orden, al encubrir la propia impotencia bajo formas de violencia, configura un sistema de dominación que priva a las mujeres de autonomía y libertad de elección.

Los ideales femeninos culturales, señala Tubert (2010), no solo influyen en la construcción de la feminidad en cada individuo, sino que también pueden desencadenar malestares, conflictos neuróticos y alienación. Entre los malestares identificados por Tubert se encuentran los conflictos relacionados con el cuerpo, la manipulación de la imagen corporal, la percepción de sí misma y su valía, así como el impacto en las dinámicas interpersonales.

Cuando el deseo no encuentra un objeto, es decir, algo o alguien que lo satisfaga, se expresa principalmente en forma negativa, diciendo “no quiero esto, ni

aquello”, ante ello, Vegetti (2002) agrega que se trata de un deseo histérico, y para lidiar con ese conflicto interno, el sujeto histérico suele optar por retirarse o alejarse de las situaciones conflictivas, manteniendo así su deseo en condición de insatisfecho, característica propia de la histeria según Maleval (1994), quien además agrega que esta insatisfacción encuentra goce, en ese dolor de la falta, ya de por si inherente al deseo humano, lo cual emerge como una forma de rechazar la alienación que exige la adaptación social. Esta forma de actuar es una defensa que evita enfrentar lo que le causa dolor o frustración, que a la vez genera un sentimiento de vacío y de estancamiento, porque no encuentra aquello que realmente satisfaga ese deseo. Por eso, en el caso de la histeria, es difícil encontrar un objeto (persona, ideal, situación) que satisfaga y sostenga el sentido de valía personal (Vegetti, 2002).

Hasta este punto se ha plasmado la forma en que se construye parte de la subjetividad a través de la apropiación de atributos en el proceso de identificación, los cuales conforman un ideal del yo, estructura que lleva al sujeto a hacer esfuerzos por adecuarse a lo que la sociedad espera de él, como pueda ser por ejemplo seguir ciertas normas de comportamiento o formas de ocupar espacios sociales. En el caso de las mujeres, es fundamental tener en cuenta las características sociales opresoras que puedan derivar en malestares subjetivos.

Siguiendo a Rutenberg (2018), la base del superyó en las mujeres está marcada por la prohibición a disfrutar y experimentar placer en su propio cuerpo. La autora menciona que esta prohibición tiene su origen inicial en la relación con la madre, quien protege a la hija del encuentro con los hombres, estableciendo una representación psíquica de los mismos y la amenaza ya mencionada. Esta dinámica psíquica da lugar a la prohibición sexual, que se refleja en síntomas destinados a

satisfacer las pulsiones a pesar de las prohibiciones, manifestándose de manera alterada como lo describe la autora, "una satisfacción mutilada" (p. 663), en forma de síntoma histérico que afecta directamente al cuerpo.

Si bien, las funciones de un superyó mesurado permiten una vida psíquica y social en la que haya conciencia moral y posibilidad de integración social, un superyó vigilante actúa en la psique como una voz ajena que genera malestar y síntomas histéricos, esto provoca una dificultad para sentirse dueña de sí misma debido a ese superyó dominante, sumado a aquello que emerge del ello que intentan burlar las resistencias y abona a los síntomas. En el caso de las mujeres, se enfrenta una doble carga: las exigencias restrictivas del rol femenino que determinan las restricciones superyóicas internalizadas y el desamparo social que este rol femenino conlleva (Geréz, 2019).

Con este apartado, no se pretende definir lo que es ser mujer, dado que es un concepto complejo y con elementos subjetivos. Sin embargo, se ofrece una manera de comprender la construcción de lo femenino, lo cual frecuentemente ha sido ajeno a lo auténtico y lo propio. Irigaray (2009) añade que el uso de la palabra representa una vía fructífera que permite a las mujeres liberar y defender sus deseos, para que pueda emerger como sujeto en su discurso. Ante lo anterior, es crucial reflexionar sobre los sistemas y las prácticas sociales que determinan los roles de las mujeres y sus malestares.

Desafíos Clínicos: el Papel del Ideal del Yo en las Resistencias

Debido a las particularidades del presente trabajo, uno de los desafíos a tener en cuenta dentro de la práctica clínica es el manejo de las resistencias. Freud (1900) introdujo el tema de las resistencias desde que comenzó su trabajo con los sueños,

aunque no las nombraba como tal, él reconocía que las resistencias son un obstáculo para acceder al inconsciente durante el trabajo analítico. Si bien, en el texto sobre *La interpretación de los sueños* no se habla propiamente de resistencias, ya se abordaba la censura como mecanismo inconsciente encargado de dejar fuera de la conciencia los deseos y pensamientos considerados dolorosos o perturbadores, los cuales, según Freud, son distorsionados, haciendo que el deseo se muestre de forma indirecta o deformada.

Freud (1910) posteriormente menciona que las resistencias provienen de la infancia y la pubertad, debido a que en estas etapas suceden eventos que resultan determinantes para la vida psíquica, y es en esos momentos cuando se instauran la vergüenza, el asco y la moral, encargados de reprimir las pulsiones, y por consiguiente, dejar fuera de la conciencia aquello que resulte conflictivo, es decir, actúan como resistencias.

La resistencia no se limita a los sueños, sino que tiene un lugar importante en cuanto a su aparición dentro de los procesos de terapia psicoanalítica, lo cual representa un gran desafío, esto se debe a que actúa como limitante para que los pacientes accedan a la asociación libre o logren hacer la trasferencia que sostenga el proceso terapéutico. Las resistencias aparecen en el proceso terapéutico cuando surgen contenidos que el paciente no quiere revelar ni enfrentar, la forma en que la resistencia trabaja es, por ejemplo, a partir de los olvidos de detalles de una situación, el silencio o a través de negarse a hablar de ciertos temas, recuerdos o deseos, y en su lugar se reprime todo lo que le viene a la cabeza. Esto sucede debido a que la psique evita el malestar que el recuerdo genera, de esta forma se protege a sí misma de enfrentar un recuerdo o impulso que genere malestar o que resulte doloroso (Freud, 1910).

Cuando se habla de represión, se refiere a lo que Freud (1904 [1903]) define como la respuesta resistencial del aparato psíquico que consiste en mantener fuera de la conciencia aquellos pensamientos, deseos o recuerdos que sean inaceptables o dolorosos para el paciente, debido al displacer que generan, dicho displacer se opone a su reproducción en la memoria, por lo que son reprimidos. La represión aparece, por ejemplo, en forma de olvidos, que encubren recuerdos reprimidos.

Freud llamó la doctrina de la represión a sus descubrimientos sobre la represión, ante el abandono de la hipnosis en el método psicoanalítico, dado que dichos descubrimientos fueron uno de los pilares fundamentales sobre los que se construye el edificio teórico del psicoanálisis, resultado de múltiples experiencias clínicas. Dentro de los análisis de Freud ante la represión, no dejó fuera la importancia de la cultura, la cual opera a través de la represión, encontrando un lazo importante entre la represión y la cultura (Freud, 1914a). Además, agregó que la represión es un mecanismo de defensa que opera una vez que el sujeto ha establecido la separación psíquica del consciente y el inconsciente, pues en esencia la represión mantiene los recuerdos fuera de la conciencia (Freud, 1915).

Freud (1915) distingue entre represión primaria y represión secundaria. La primera represión (a la que llama represión primordial) no ocurre porque un contenido sea ya consciente y luego se lo reprima, sino que jamás logra acceder a la conciencia. Lo que se reprime no es cualquier cosa, sino el representante psíquico de una pulsión, es decir, la forma mental o simbólica en la que una pulsión aparece en el aparato psíquico. Como ese representante pulsional no puede entrar a la conciencia, queda fijado en el inconsciente, y permanece ahí sin cambiar, mientras que la pulsión sigue ligada a él. Esta fijación es lo que luego permitirá que otras

ideas relacionadas también sean reprimidas, lo que Freud más adelante llama represión secundaria.

La represión secundaria o propiamente dicha no actúa sobre la representación original de la pulsión (como en la represión primaria), sino sobre otras representaciones o pensamientos asociados con ella, por ejemplo, ideas derivadas de contenido ya reprimido que emerge como retoños psíquicos. Estas nuevas representaciones son reprimidas también, no porque sean en sí intolerables, sino porque se relacionan con algo que ya fue reprimido. Freud lo llama un "esfuerzo de dar caza" (p.143), la conciencia va rechazando todo lo que se parezca o se conecte con lo ya reprimido. No basta con una fuerza de rechazo desde la conciencia, también existe una fuerza de atracción desde el inconsciente, desde ese núcleo de lo ya reprimido, que "jala" o atrae todo lo que se le relacione.

Otra de las formas en que aparecen las resistencias es dentro de la trasferencia. Se ha mencionado previamente que la trasferencia es el motor del análisis, aunque también pueda ser el lugar de aparición de resistencias durante el tratamiento. Cuando el paciente repite en la situación analítica algo del pasado, dicha repetición puede obstaculizar el análisis en tanto que los sentimientos hostiles emergentes pueden oponer resistencias y obstaculizar la cura, esto puede incluso llevar al abandono del tratamiento. Ante esta aparición de resistencias que amenazan la continuidad del tratamiento, es importante que el analista detecte y use esta información resistencial como material de análisis, revelando al paciente eso que se ha trasferido al analista ya que ahí se revela algo del inconsciente que concierne a alguien más, es así como poco a poco se logra el dominio de las resistencias (Freud, 1905 [1901]).

Un análisis incompleto es común en casos de histeria, debido a que los fenómenos patológicos que se ponen en juego están fuertemente ligados a la vida sexual del paciente, y en este contexto, lo que se inhibe se satisface en la patología y por otro lado, si se descubre lo omitido, junto con ese descubrimiento emerge también el conflicto de dicha omisión, es como si de hecho se hubiera ejecutado la acción sexual prohibida, por lo que el yo renuncia a algunas de sus funciones para evitar este conflicto (Freud, 1905 [1901] y 1926 [1925]).

Freud (1923[1922]) encuentra los síntomas histéricos como manifestaciones que no son aleatorias, es decir, que poseen sentido y significado ya que representan actos psíquicos que no pudieron expresarse. Por ello, la labor del análisis apuntaría a descubrir y comprender los síntomas para aliviar el sufrimiento del paciente. Más adelante, Freud (1926 [1925]) agrega que el síntoma aparece como sustituto de la satisfacción pulsional, consecuencia del proceso represivo. A través de la represión, el yo encuentra una vía de descarga donde lo desagradable no llegue a la conciencia, lo que dificulta la lucha contra las resistencias. Desde una perspectiva estructural, esto implica un conflicto entre el ello y el yo, donde el superyó impone prohibiciones que limitan al yo, negando el permiso al yo de alcanzar provecho o éxito, es decir, de aquello que libere energía proveniente del ello, por lo que se hace a través del síntoma.

El trabajo en la clínica psicoanalítica es el de identificar las resistencias y comunicar la regla analítica de decir lo que venga a la mente sin pensarlo y así poder descifrar dicha distorsión a través de la asociación libre del paciente y la interpretación del analista, para que el paciente acceda a aquello que ha sido reprimido y que no es consciente, esto se logra buscando nexos entre las escenas

olvidadas y los síntomas manifiestos, lo que dirige hacia la comprensión y resolución de conflictos inconscientes, hacia la cura (Freud, 1910).

Si la represión es demasiado fuerte, el paciente se resiste al análisis, por ejemplo, a través del rechazo a las interpretaciones o en la negativa a comunicar las ocurrencias. Dicha experiencia reprimida perdura en el inconsciente y surge en el análisis, donde se descubren múltiples hechos y procesos internos que han sido rechazados (Freud, 1910; Racker, 1960).

De acuerdo con Racker (1960) la interpretación de las resistencias va en conjunto con la interpretación de los impulsos reprimidos, el analista puede entonces señalar las formas en que el paciente rechaza los impulsos y los motivos de dicho rechazo, de forma que el yo acepte las interpretaciones aun con la vergüenza, temor al castigo o culpa que pueda acompañarlos, para poder trabajarlos en análisis y que las defensas contra estas sensaciones displacenteras sean interpretadas.

Las resistencias pueden representar un límite del tratamiento, Freud (1937a) aborda la terminación del análisis en dos posibilidades: que el paciente ya no padezca de sus síntomas y que haya analizado sus inhibiciones y angustias, habiendo hecho consciencia de las represiones que le aquejaban, de forma que no haya temor a la repetición de los procesos patológicos; o por la imposibilidad de alcanzar la meta anterior debido a un análisis no terminado. Este último, el análisis no terminado, está vinculado a las resistencias, dado que el yo deja de poner empeño en descubrir lo que se oculta en el ello, se manifiesta de forma que el paciente deja de asociar libremente y no surge material de lo reprimido, lo que cancela la situación analítica. En estas situaciones, cuando se comunican las resistencias, el paciente las toma como irrazonables o responde con algunos

argumentos, es así como surge la resistencia ante las propias resistencias y contra el análisis en general, se resiste a la cura.

Para concluir este primer apartado, a lo largo del mismo se ha expuesto cómo la construcción del yo, el ideal del yo y las formas de expresión del deseo se encuentran profundamente influidas por las relaciones tempranas con las figuras parentales, las normas sociales y los estereotipos de género. Aunado a ello, se abordó la forma en que estas dinámicas generan malestares psíquicos y síntomas, particularmente en mujeres caracterizadas bajo el patrón del *síndrome de la niña buena*, donde la sumisión, la dependencia afectiva y la prohibición del goce limitan la expresión del deseo propio, que deviene en malestares. Finalmente, se ha evidenciado la importancia del trabajo clínico psicoanalítico para identificar resistencias, interpretar los síntomas y recuperar la voz de la paciente, permitiendo una comprensión singular de su experiencia.

Este análisis constituye un eje fundamental para el presente estudio de caso, ya que proporciona herramientas conceptuales y clínicas para explorar cómo las estructuras psíquicas y las normas sociales configuran la subjetividad femenina, así como la manera en que los malestares derivados de estas imposiciones pueden ser abordados y comprendidos desde la clínica psicoanalítica. La integración de estas perspectivas permite vincular teoría psicoanalítica, historia subjetiva de cada paciente y práctica clínica, orientando el abordaje de los casos.

La Técnica Psicoanalítica

En el presente estudio de caso, la técnica psicoanalítica es otro de los ejes de análisis, entendida como el conjunto de recursos fundamentales que hacen posible el desarrollo del proceso clínico. En este apartado se abordarán cuatro elementos

centrales que se manifestaron de manera significativa en las sesiones: la transferencia, la asociación libre, la interpretación y la atención flotante. Estos aspectos representan las herramientas técnicas y la esencia misma del encuadre psicoanalítico. La relevancia de este eje radica en que dichos elementos aparecieron en el trabajo clínico con la paciente del presente estudio de caso y también se articularon de manera coherente con el objetivo general de esta investigación. De este modo, el análisis de la técnica psicoanalítica permitirá comprender cómo se configuraron y sostuvieron las condiciones del proceso, sus vicisitudes, así como los efectos que tuvieron en el desarrollo de la experiencia analítica.

Para el desarrollo de una intervención clínica psicoanalítica, Freud (1914a) propone la necesidad de habilitar un espacio donde el paciente hable, con ello este último recordará y hablará sobre eventos traumáticos o conflictivos, el objetivo de traer a la memoria dichos eventos es que el paciente los reviva a través de la trasferencia con el analista, es decir, que los repita en el espacio analítico y logre la llamada reelaboración, que consiste en que las experiencias traumáticas o conflictivas sean comprendidas por el paciente como algo del pasado, que forma parte de su historia y que en la actualidad adquieran un nuevo significado, esto se logra con la intervención del analista, quien a lo largo del tratamiento proporciona interpretaciones al paciente; se trata del proceso de superación de las resistencias hacia la cura.

Según Racker (1960), en la labor de la clínica psicoanalítica se busca que el paciente haga consciente lo inconsciente superando las resistencias. La resistencia y la transferencia han sido considerados como los dos puntos de partida del análisis y con el trabajo sobre estos aspectos es que el paciente logra “llegar a ser lo que se

es” (p.36) a través de la reconstrucción de su historia sobre aquello que se había perdido u olvidado.

La Trasferencia

Según Freud (1912), la trasferencia es un fenómeno erótico que forma parte de la condición innata humana y que consta de dos impulsos: los impulsos conscientes, es decir, aquellos que son comprendidos por el yo y que abarcan la comprensión de las circunstancias presentes como las experiencias del pasado, las cuales se han tramitado hacia el pleno desarrollo psíquico y son accesibles a la conciencia; y los impulsos inconscientes, que están apartados de la realidad objetiva y se rigen bajo el principio del placer, estos impulsos se despliegan a través de fantasías o bien, quedan en el terreno de lo inconsciente e inaccesible por la vía de la conciencia. Estos últimos impulsos buscarán una descarga que no han obtenido debido a su naturaleza inconsciente a través de la trasferencia. Debido a esta dinámica, es normal que se vuelque sobre el analista la expectativa de aquello que ha quedado insatisfecho para el paciente.

Etchegoyen (2009) agrega que la transferencia es un fenómeno que ocurre tanto dentro como fuera del análisis. Su origen se encuentra en las experiencias pasadas que no han alcanzado su desarrollo psíquico completo y por ello han quedado ocultas o fuera de la conciencia. En la transferencia se puede encontrar ternura y hostilidad, por lo que es importante revelar al paciente las trasferencias que se van identificando en el curso del tratamiento, de manera que se guie la atención sobre eso que se trasfiere en el analista, para que se vuelva por sí misma material de análisis y se devele eso que esconde y que concierne a alguien más de la historia del paciente (Freud, 1905 [1901]).

Gracias a lo anterior, es posible guiar a que la trasferencia del paciente no se vuelva obstáculo de la cura o motivo de abandono del análisis, sino que se domine eso de la resistencia que surge a través de la trasferencia, dado que los impulsos que se dirigen hacia el analista pueden detener el flujo de la asociación libre del paciente e imposibilitará todo intento de aplicar la regla fundamental, ya que aquello que había estado en el olvido toma un lugar en el presente de manera distorsionada, el hecho de volver a escenificar los conflictos provoca displacer y abona a la trasferencia negativa. Transferir implica llevar al acto aquello que se evita recordar, aumentando su complejidad dado que para las personas es más difícil reconocer lo que ocurre en el presente (Etchegoyen, 2009).

Freud (1914a) agrega que aquello que se había evitado recordar se repite en la trasferencia, y “la trasferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la trasferencia del pasado olvidado” (p. 152).

El trabajo del analista ante la trasferencia es ayudar al paciente a unir su pasado y su presente para superar las represiones que los separan, ya que estos dos son inseparables por naturaleza. Este trabajo de análisis implica integrar en la historia de vida del paciente todo aquello que va recordando. La transferencia de cada paciente será distinta y funcionará conforme a la dinámica de cada caso, y el analista debe respetarla y comprenderla en la medida que le sea posible (Etchegoyen, 2009).

La trasferencia en el psicoanálisis es un fenómeno que ocurre dentro del contexto psicoanalítico, el cual consiste en que, de forma natural y sin manipulaciones o intenciones conscientes, el paciente repite en la relación analítica aquello que emerge de la represión (Freud, 1914a) y que es trasferido de los objetos originales al analista sin corresponder a su figura (Racker, 1960).

En cuanto a la trasferencia, Freud (1914a) y Racker (1960) mencionan que es uno de los puntos de partida de todo análisis, ya que dichas manifestaciones del inconsciente del paciente permiten que en la relación analítica surja contenido de la represión, cuyo origen está en otras relaciones anteriores que pueden ser positivas, como antiguos sentimientos de cariño y confianza, o negativas, como aquellas relaciones que evocan hostilidad y desprecio.

El fenómeno de la trasferencia es valioso en el proceso de análisis debido a que de ella depende que se pueda avanzar hacia la cura, de la trasferencia positiva deriva la confianza que el paciente tenga en el análisis, así como su disposición a colaborar en el mismo, Braier (2016) menciona que una trasferencia positiva posibilita que el paciente haga un esfuerzo por seguir la regla analítica de asociar libremente, ya que el paciente buscará ser amado por el analista y convertirse en un buen paciente; por otro lado, ante la trasferencia negativa, la cual se expresa en forma de cuestionamientos al analista, negarse a asociar libremente o desconfianza, deviene la tarea de analizar y superar las resistencias, así como los mecanismos de defensa que se interponen a la cura. Estos afectos negativos que surgen en la relación con el analista han de ser analizados en conjunto para movilizar las capacidades del paciente, ya que son la vía para vencer las resistencias. A medida que se avanza hacia la cura, el paciente logra darle un nuevo sentido a aquello que ha repetido y, por consiguiente, la situación actual encuentra mejoría al reelaborar la experiencia y darles un lugar en su vida (Freud 1914a; Racker, 1960).

Acerca de los mecanismos de defensa dentro de la trasferencia, cabe agregar que dentro del análisis retornan situaciones antiguas que han sido peligrosas para el yo, y en el intento terapéutico por hacer consciente algo del ello, las resistencias emergen como defensa ante aquello que perturba: la cura. Estas resistencias a la

cura pueden llegar a posicionar al tratamiento como peligroso por sí mismo dado el displacer que genera. El hecho de revivir eventos conflictivos puede hacer emergen trasferencias negativas y tener como efecto que el paciente decida cancelar la situación analítica por completo, esto quiere decir que el paciente niega las intervenciones del analista o las encuentra fuera de lugar o irrazonables, resistiéndose así al análisis en general y a la cura. Este efecto depende de la intensidad de las resistencias, como esa fuerza que se defiende incluso de la curación y se aferra a aquello que se padece, lo cual Freud (1937a) vincula con una forma de aferrarse a lo que genera culpa o necesidad de castigo, encausado en la relación del yo con el superyó, ante lo que la resistencia es entonces la vía para que las cosas permanezcan sin cambios.

La trasferencia es entonces el fenómeno en el que el paciente repite, dentro del vínculo analítico, afectos inconscientes de experiencias pasadas, lo cual puede derivar en trasferencia positiva o negativa y su análisis permite revelar los contenidos reprimidos y las resistencias que obstaculizan la cura. Según este segmento, el trabajo del analista es reconocer y elaborar junto con el paciente dichas repeticiones, para integrar la historia del paciente y su presente, favoreciendo la comprensión de su propio conflicto.

La Asociación Libre

La asociación libre o también llamada regla analítica fundamental del psicoanálisis, es el método propuesto por Freud (1924 [1923]). Este método refiere a aquello que debe ser seguido por el paciente durante las sesiones, se trata de la renuncia a las reflexiones conscientes, permitiendo la comunicación de toda ocurrencia espontánea que el paciente se permita comunicar sin pensarlo antes de

decirlo. A través de esto, el paciente puede acceder a lo inconsciente, es decir, aquello que no está planeado en el discurso y que escapa a las resistencias, poniendo de manifiesto aquello que se había olvidado.

Freud (1925/ [1924]) menciona que, a través de la asociación libre, se logra traer a la conciencia lo que se había mantenido lejos de ella y que se refugiaba tras las resistencias. Además, a través de la asociación libre, se conocen las resistencias del paciente, como es el caso de aquellos que se niegan a toda ocurrencia o a quienes no se les ocurre nada. Descubrir estas resistencias también abre paso a que sean superadas.

Es fundamental comunicar la regla de la asociación libre al paciente de manera gradual y flexible, evitando adoptar una postura autoritaria que pueda comprometer la técnica. El paciente debe comprender claramente que el espacio analítico es un entorno libre de censura, donde tiene la libertad de expresarse sinceramente (Thomä y Kächele, 1989).

Sobre esta técnica, Etchegoyen (2009) agrega que la asociación libre es la técnica por excelencia que permite el acceso al inconsciente de los pacientes, ya que, a través del diálogo, dentro de la situación terapéutica es que se logra que el paciente exprese libremente sus recuerdos y ocurrencias, así como pensamientos u opiniones con el fin de rebasar los límites de la censura y con ello llegar más cerca de la cura.

Para lograrlo, el autor plantea la importancia de que la postura del analista se mantenga en la abstinencia, es decir, que el analista mantenga una postura frente al analizante donde no devele opiniones propias ni preferencias personales o puntos de vista, para evitar proporcionar al paciente algún tipo de gratificación no intencionada, lo que podría interferir con el progreso del análisis, ya que las

intervenciones fuera de la abstinencia, como por ejemplo responder a preguntas del analizado, pueden funcionar como una forma de mantenerlo en una resistencia inducida por el analista. La asociación libre es la vía sobre la que las personas en análisis pueden comunicar libremente sus recuerdos y pensamientos sin censura, esta libertad funciona como la vía para que a través de la palabra se pueda acceder al inconsciente y descubrir las represiones que causaban resistencia y malestares, es decir, hacia la cura.

Siguiendo la propuesta de Etchegoyen (2009), la regla fundamental funciona en tanto que se comunique como una invitación flexible, adaptada a cada caso, dentro de los márgenes que no comprometan la técnica, para proveer de apertura y confianza, y así lograr que el analizante hable. El autor advierte que comunicar la regla de la asociación libre de forma autoritaria no es conveniente ya que puede generar el rechazo del paciente ante la misma y coartar la expresión libre de los recuerdos o pensamientos. Un ambiente de confianza es la mejor estrategia para el desarrollo de las labores de análisis.

En cuanto a la cura a través de la asociación libre, Racker (1960) agrega que la situación analítica debe favorecer que el paciente comunique toda ocurrencia para traer a la conciencia lo que había sido rechazado, como es el caso de los impulsos sexuales y agresivos, a través de esto, se logra acceder poco a poco a los derivados de los conflictos pasados, que en la mayoría de los casos son propios de la infancia, y traerlos a la conciencia de forma que sean comprendidos por el paciente.

De acuerdo con Braier (2016), si la asociación libre ocurre de la forma esperada en el análisis, a través de ella el paciente expresará sus pensamientos, afectos ligados a experiencias, deseos, defensas y necesidades inconscientes con mayor facilidad, pueden surgir conexiones significativas con eventos infantiles

reprimidos, reflejando trasferencias del pasado en el presente. Es por ello que desde el inicio del análisis es importante comunicar la regla fundamental, hacerlo de manera clara y como una invitación, y de ser necesario, reiterarla a lo largo del análisis y de esta forma el paciente aprende sobre la función analítica del terapeuta, así como la función de sus palabras en el análisis, dado que nada de lo que se dice se toma como casualidad o equivocación, sino que todo tiene un sentido que ha de ser descifrado, en ocasiones con contenido doloroso y otras inquietante, pero siempre valiosas en cuanto a que revelan una verdad del inconsciente sobre algo a lo que se le ha denegado acceso a la conciencia y que encuentra una vía de acceso a la misma a través de la asociación libre.

En el proceso de asociación libre, según el autor, las ocurrencias del analizando atraviesan un recorrido complejo en el que intervienen diversos mecanismos psíquicos. Este proceso está íntimamente ligado a las dos tópicas freudianas, pues implica el tránsito entre los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente, así como la interacción entre el ello, el yo y el superyó. Según la primera tópica de Freud (1900 [1899]), el aparato psíquico está dividido en consciente, preconsciente e inconsciente, y las ideas de la asociación libre emergen desde el inconsciente hacia la consciencia al superar una primera barrera de censura. En esta etapa inicial, surgen pensamientos, imágenes, sensaciones o recuerdos, que representan un contenido todavía no estructurado ni condicionado por la conciencia. Estas ideas aparecen de manera espontánea y, aunque hayan superado la censura inicial, aún no están exentas de resistencias.

En la segunda tópica, Freud (Freud, 1923a) introduce la dinámica entre el ello, el yo y el superyó. Aquí, las ocurrencias enfrentan una segunda censura, atribuida al superyó, que ejerce control sobre los contenidos que se toleran y los que

se descartan en la consciencia. Este momento es crucial, ya que si el analizando logra superar esta barrera, puede aceptar y sostener las ocurrencias en su conciencia, lo que le permitirá comunicarlas al analista. Sin embargo, cuando el superyó actúa con fuerza, el sujeto puede experimentar resistencias que dificultan o impiden esta comunicación. Estas resistencias, consideradas fundamentales en el proceso psicoanalítico, suelen manifestarse como silencios, bloqueos o una selección deliberada de lo que se considera aceptable compartir y lo que no se dice, hay pensamientos u ocurrencias que son reprimidas sin que el sujeto sea consciente de ello, lo que puede dar lugar a la impresión de que “no se le ocurre nada”. La labor del analista consiste en identificar y trabajar estas resistencias, permitiendo que las ocurrencias puedan emerger plenamente y revelar el contenido latente detrás de ellas, para dar lugar al *insight* sobre las mismas.

Interpretación

En el proceso de análisis, las interpretaciones son una forma de intervención del terapeuta, es un recurso y el instrumento más importante del analista (Racker, 1960). Se define por Freud (1937b) como todo aquello que el analista comunica a partir de los elementos del material que el paciente ofrece: una ocurrencia, una operación fallida, entre otros. Las interpretaciones se refieren a todo aquello que el analista comunica al paciente una vez que se ha establecido la trasferencia, dicho material interpretado dirige el curso del tratamiento y de la cura, ya que no atiende a la demanda del paciente, sino a lo que está detrás de esa demanda (Bustos, 2016).

La interpretación sucede únicamente dentro del análisis y es particular a cada analista y su estilo, así como a cada paciente y sus características. No hay una forma única de hacer interpretaciones ni reglas sobre qué interpretar, dado que cada

caso apuntará a interpretaciones distintas y de maneras particulares, sin embargo, toda interpretación tiene que apuntar a una intención terapéutica, es decir, no se interpreta todo ni todo el tiempo, sino que se interpreta aquello que implica al sujeto en lo que dice y desde lo cual surjan preguntas sobre sí mismo que la interpretación responda o que acerca de algún modo al sujeto a su verdad, al saber sobre su deseo. Dichas intervenciones están sujetas a la ética y la responsabilidad del analista, de manera que aunque el paciente se resista a las interpretaciones, pueda soportarlas (Bustos, 2016).

Hay ocasiones en que las interpretaciones son rechazadas por el paciente, es importante saber que en esos casos, lo que se comunica al paciente suele ser acertado, y aunque aparezca la resistencia, deja en el paciente un eco, con el propósito de que la interpretación ejerza fuerza en el analizado y lo impulse a reflexionar. El objetivo final de estas comunicaciones interpretativas es que el paciente pueda realizar construcciones mentales que le permitan explorar y comprender más profundamente su psiquismo y su historia personal (Freud,1937b).

Para que el paciente tome las interpretaciones del analista, es importante que se den en el momento adecuado, es decir, cuando el paciente esté cerca de llegar a ella, de manera que la interpretación aparezca en el momento oportuno como algo que el paciente no había pensado como tal pero que sabía que ahí estaba, a unos cuantos pasos (Bazzano et al., 2020).

El enfoque psicoanalítico, según Freud (1937b), las construcciones en el análisis son modos de intervención analítica que buscan que el paciente reconstruya eventos pasados olvidados y lagunas en la memoria, especialmente aquellos de las primeras etapas de la vida o la primera infancia, que han sido olvidados o reprimidos. Este proceso de recordar se alcanza mediante la colaboración entre el

trabajo interpretativo del analista y el esfuerzo del analizado por enfrentar y superar resistencias, resolver la transferencia, los síntomas, los recuerdos reprimidos y los actos fallidos. Entonces, en la clínica psicoanalítica, el objetivo es el de conceptualizar los eventos pasados y los conflictos tempranos que hayan dejado una marca en el paciente y que se expresan en el presente a través de mitos familiares, fantasías, rasgos de carácter, síntomas, la vocación y recuerdos encubridores.

En cuanto a las construcciones, estas corresponden a la elaboración de saber del paciente, que lleva al sujeto a nuevas asociaciones, nuevos recuerdos u otros tipos de movilización que confirman de forma directa o indirecta la construcción (Bazzano et al., 2020), estas derivan del contenido que el analista le devuelve al paciente en forma de interpretaciones, es decir, aquello que el analista rescata del discurso del paciente para luego devolverlo como piezas perdidas de su historia que se han ido recuperando. En la mayoría de los casos, estas construcciones son precisas y llevan a que el paciente genere nuevos recuerdos que enriquecen la comprensión de lo que se trajo a la conciencia; sin embargo, puede haber recuerdos que lleguen al paciente en forma de recuerdos encubridores, creencias o mitos familiares, lo cuales se irán desmontando y aclarando a medida que avanza el análisis, dichas construcciones se ajustan con el avance a lo que pueda haberse presentado como un falso recuerdo (Freud, 1937b).

Freud (1937b) agrega que existe la posibilidad de que el analista presente una construcción incorrecta, esta no perjudica al análisis, debido a que se desecha por el paciente y es como si nunca hubiera sido planteada, por lo que el analista no habría de detenerse en ello, por otro lado, es distinto cuando el paciente niega la construcción, Bazzano et al. (2020) menciona que la negativa corresponde a una de las formas de confirmación indirecta de la construcción, sin embargo ante ello, el

sujeto a cargo de la verdad es el paciente, por lo que la posición del analista no es la de exigir ni discutir, sino la de observar lo que se moviliza con dicha confirmación a través de la negativa.

El objetivo de la construcción en el proceso psicoanalítico, según Freud (1937b), es reconstruir fragmentos de la historia biográfica del paciente para que los recuerdos puedan emerger y permitir la recuperación de la verdad histórica, diferenciándola de las distorsiones. Este proceso implica ubicar esos recuerdos en el pasado de manera recontextualizada, mediante el análisis y el trabajo con la transferencia. Es un proceso complejo, que puede generar diversas reacciones en el paciente, como la intensificación de síntomas, debido a las movilizaciones psíquicas que se producen al resurgir lo reprimido y al momento de comunicarlo.

Atención Flotante

La atención flotante, se refiere a la forma en que el analista escucha al analizado, dicha manera es particular del analista, debido a que para lograr la escucha, éste debe dejar de lado sus propias preferencias, motivaciones, prejuicios e incluso el propio inconsciente para evitar que dirijan su atención y que ésta última sea parejamente flotante al discurso del analizante (Laplanche y Pontalis, 1983).

Como lo señala Racker (1960) retomando la idea de Freud, se refiere a la regla que el analista debe seguir en todo análisis como herramienta para la interpretación. En la escucha es importante mantener una atención flotante, es decir, que el analista debe escuchar al paciente sin dar prioridad a ningún elemento del discurso, dejando que su inconsciente actúe libremente y suspendiendo prejuicios, teorías o inclinaciones personales. Esta técnica, conocida como atención flotante, complementa la asociación libre del paciente, al permitir al analista captar

conexiones que surgen del inconsciente en muchos aspectos, incluso aquellos que parezcan insignificantes, para descubrir significados ocultos (Laplanche y Pontalis, 1983)

En el proceso de escucha a través de la atención flotante, Racker (1960) menciona que es importante que el analista evite que sus expresiones faciales puedan influir en las interpretaciones del paciente. Es crucial que el analista reconozca sus propias expresiones como respuestas contratransferenciales a la relación transferencial del paciente para hacer posible la interpretación. Luego de que el analista haya filtrado cualquier influencia personal, debe reintegrar esa parte de la personalidad del paciente y devolverla a través de la interpretación. Las expresiones del analista a menudo reflejan la respuesta de una parte interna del paciente y, en última instancia, de una parte, de su propio yo proyectada en el analista y que puede ser analizado dentro del proceso.

Para finalizar con este apartado acerca de la técnica psicoanalítica, el análisis de la técnica psicoanalítica, en el presente estudio de caso, permite apreciar que los elementos que conforman el proceso clínico (la transferencia, asociación libre, interpretación y atención flotante) se articulan y funcionan de manera interdependiente, sosteniendo así el desarrollo del proceso analítico. En conjunto, el estudio de estos elementos demuestra la relevancia del eje técnico para la comprensión del proceso clínico, evidenciando cómo cada herramienta contribuye al camino hacia la cura y al análisis de la subjetividad del paciente.

Cada proceso analítico es singular, por lo que la técnica debe adaptarse a las particularidades de cada paciente, consolidando la noción de una clínica personalizada y flexible. Finalmente, colocar la técnica psicoanalítica como eje de análisis en el presente estudio de caso, confirma que el estudio de la técnica

constituye un eje central en la clínica, ya que permite comprender cómo sucede la situación analítica y cómo se despliegan los mecanismos psíquicos y se generan efectos terapéuticos, dentro de las particularidades de cada caso.

Capítulo II. Método

Objetivos

Objetivo general

Comprender, a través de un estudio de caso clínico, cómo el conflicto entre el deseo inconsciente y los ideales normativos configura el llamado *síndrome de la niña buena* y determina su expresión en la clínica psicoanalítica.

Objetivos específicos

- Describir las manifestaciones clínicas del *síndrome de la niña buena* en el caso analizado.
- Analizar la dinámica entre el deseo inconsciente y los ideales normativos en la constitución subjetiva de la paciente.
- Examinar el papel del ideal del yo y las resistencias en el desarrollo del conflicto psíquico y en el curso del tratamiento.
- Reflexionar sobre los alcances y límites de la técnica psicoanalítica, en particular la interpretación, la transferencia, la asociación libre y la atención flotante, frente a este caso clínico.

Pregunta Guía

¿Cómo se articula, en la clínica psicoanalítica, el conflicto entre el deseo inconsciente y los ideales normativos en la configuración del *síndrome de la niña buena*, y qué implicaciones se identifican en su abordaje?

Método: Estudio de Caso

En el siguiente apartado se describen las características del estudio de caso como herramienta de investigación dentro de la psicología clínica.

El estudio de caso es una herramienta de investigación en las ciencias sociales. Inicialmente se usaba el estudio de caso en el ámbito médico, sin embargo, se popularizó su uso en las investigaciones sociales pedagógicas y psicológicas para conocer situaciones específicas a profundidad, dentro de su contexto. Hoy en día se ha convertido en método de investigación científica para la producción de conocimiento (Escudero et al., 2008). Dentro de la psicología, el estudio de caso tiene sus inicios en la práctica de la psicología clínica conductista y psicoanalista, ambas son ramas importantes de la psicología clínica que han logrado asentar las bases de las teorías psicológicas que hoy conocemos (Roussos, 2007).

El estudio de caso único busca establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica, en muchas ocasiones el estudio de caso puede ser un método que utilice el investigador para conocer los efectos de una técnica y sus resultados en la práctica clínica, de esta forma el estudio de caso permite conocer, revisar y evaluar un tratamiento en una situación particular para responder a las preguntas ¿cómo? y ¿por qué? sobre el caso (Escudero et al., 2008; Roussos, 2007).

La Asociación Estadounidense de Psicología [APA] (2006) propone el estudio de caso como una forma de conocer la relación del sujeto y su entorno así como los fenómenos que le acontecen, para lo cual los psicólogos clínicos son también investigadores, quienes a través del estudio de casos contribuyen a la mejora de la salud pública y la intervención, esto último refiere a que través del estudio de caso se deja de lado la aplicación de tratamientos empíricamente probados para dar lugar al comienzo del tratamiento con la llegada del paciente y su contexto, buscando la mejora para él mismo según sus parámetros, características culturales y preferencias. Para ello, el psicoterapeuta o analista conjuga una amplia cantidad de habilidades clínicas como la formulación del caso, la relación terapéutica, el

psicodiagnóstico, su propia formación continua, su constante autorreflexión, la evaluación del trabajo individual, entre otras para llevar a cabo su investigación.

El estudio de caso, dentro de la psicoterapia y el psicoanálisis, es elaborado con distintos objetivos según la naturaleza y las necesidades de la investigación para abordar problemas específicos desde sus particularidades.

Entre los objetivos más comunes del estudio de caso en psicología clínica se encuentran los siguientes (Cassari, 2020 y Roussos, 2007):

- Conocer el efecto clínico de una intervención.
- Teorizar sobre los detalles de un caso y su contexto.
- Profundizar en alguna particularidad de un caso que resulte relevante para su investigación.
- Develar las situaciones que llevan a la aparición de síntomas y el contexto en que aparecen.
- Como herramienta didáctica para ejemplificar conceptos ya conocidos.
- Entrenar a profesionales en cuanto a los estándares de la práctica clínica.
- Generar nuevas teorías o corrientes de pensamiento respecto a una situación.

A partir de lo anterior, el investigador se encarga de diseñar las fases de recolección de información y posteriormente recolectar la mayor cantidad de registros a su alcance, a mayor fuente de registros hay una mejor elaboración del caso. Con la elaboración del estudio de caso se logra poner a prueba los supuestos de la investigación y formular nuevos, así como conocer a detalle las estrategias terapéuticas llevadas a cabo.

Un caso clínico que decide hacerse público suele ser un caso peculiar, que ha despertado el interés del investigador o que se considera novedoso. Sin embargo,

es importante reconocer que la investigación hoy en día ha rebasado nuestras expectativas y es probable que existan vastas investigaciones en cuanto al caso que se pretende estudiar. Como primer momento y ante la novedad del caso es importante acotar los aportes del mismo, por ejemplo, si se trata de un caso novedoso para una población en particular, una época específica, una ubicación geográfica novedosa, entre otras (Vega, 2015).

Una vez seleccionado el caso del cual derivará el estudio, el investigador se encargará de averiguar las dimensiones éticas correspondientes al trabajo de investigación en cuanto a los factores humanos involucrados, salvaguardando la salud de los pacientes y siguiendo los lineamientos del código ético y con ello, cumplir con el compromiso profesional y proteger su práctica clínica (Código ético de psicoanalistas y psicoterapeutas, 2011).

Roussos (2007) menciona algunas características de los estudios de casos donde se busca conocer el efecto clínico de una intervención. En primer lugar, para elaborar un estudio de caso es importante el establecimiento de *rapport* y con ello hacer una recolección de datos para contar con una línea base que permita hacer mediciones repetidas, previas a la intervención, de manera que se cuente con un referente como punto de partida para conocer los alcances de la intervención. En ocasiones no es posible hacer dichas mediciones de primera mano, sin embargo, puede tomarse la información de referencia a través de la entrevista y así conocer la agudeza o cronicidad de la situación. En segundo lugar, es importante observar lo que sucede durante la intervención, ya que se espera que se pueda dar cuenta de los efectos. Finalmente se espera una evaluación y observación de forma continua de las técnicas terapéuticas o analíticas, así como la recolección de datos suficiente para comparar el efecto de la intervención en el paciente mismo y con ello poder

conocer los resultados de la intervención.

Existen diversos tipos de estudios de caso, la clasificación que se presentará es la propuesta por Roussos (2007), quien diferencia los tipos de investigación según el control que se ejerce sobre las variables y ofrece algunas estrategias de recolección de datos.

Uno de los tipos de estudios de caso es el diseño experimental de caso único. Este tipo de investigaciones son las ya mencionadas en el apartado anterior, se parte de una línea base y se evalúa el efecto de la intervención. Pueden llevarse a cabo con mediciones a lo largo del tiempo e incluso bajo distintas condiciones con el fin de obtener predicciones o probar supuestos.

Otro tipo son los diseños observacionales de caso único, el autor plantea que, en la psicología clínica, los estudios de caso de diseño observacional pueden ser de evaluación diagnóstica o de intervención terapéutica donde se evalúan los efectos de un tratamiento determinado y sus resultados. Este tipo de diseño de estudios de caso son característicos del psicoanálisis dado que no hay manipulación de las variables, sino que se observan los fenómenos y aunque se puedan usar instrumentos de medición, se trata de presentar el contexto natural de la intervención psicoterapéutica o analítica, por lo que el investigador selecciona las constantes del caso, por ejemplo: edad, género, etc.

Las estrategias de recolección de datos para los estudios de caso son diversas, entre las que destacan el manejo de datos clínicos, la descripción de las sesiones terapéuticas, clasificación del proceso terapéutico, sistemas computacionales de análisis de texto cualitativos o cuantitativos, escalas de medición estandarizadas e instrumentos para dar seguimiento al caso y la comparación entre casos.

El estudio de caso como una metodología de investigación, según Sastre (2004) es importante partir del planteamiento de algunas preguntas sobre la investigación en la psicología clínica: ¿cómo hacer del proceso de terapia un escenario de producción de conocimiento? y ¿cómo responder desde la investigación a los problemas de salud mental de la población?

La autora intenta responder a sus planteamientos a través de algunos aportes interesantes sobre la elección de una metodología de investigación en la psicología clínica, dado que enfatiza sobre la importancia de aplicar una metodología que busque comprender los problemas psicológicos desde su origen, mantenimiento y pronóstico en un contexto particular social, económico y político, los cuales a su vez sientan las bases para los alcances de las prácticas psicoterapéuticas y las formas de entender el conocimiento en la psicología clínica.

Para diseñar el estudio de caso, Sastre (2004) menciona que “es mucho más que una decisión tecnológica: implica no sólo la decisión de cómo se hace, sino de por qué se hace (metodológica), para qué se hace (epistemológica) y, quizás lo más importante, para quién se hace (ética)” (p. 73), y dentro de cada decisión, es necesario tener presente que cada caso es particular y que la intervención y la investigación suceden en los límites del lenguaje del paciente.

La APA (2006) reconoce el estudio de caso como metodología de investigación y una fuente de innovaciones y supuestos para generar nuevos conocimientos sobre relaciones causales de eventos y síntomas, recalcando la importancia de que todas las decisiones clínicas se lleven a cabo bajo el acuerdo mutuo en colaboración con el paciente.

Para llevar a cabo el diseño del estudio de caso, Cazabat (2013) propone las siguientes formas que permiten conocer los efectos de las técnicas terapéuticas o

analíticas aplicadas:

- A-B: en el cual la investigación parte de una línea base (A) y una fase de tratamiento (B) para conocer los efectos de la intervención.
- A-B-A-B: se trata de la misma aplicación del modelo A-B, seguido de una tercera fase la cual es poco recomendada, dado que se trata de suspender la intervención esperando que las mediciones vuelvan a su estado inicial, previo a la intervención y con ello develar la relación causal de alguna respuesta, por ejemplo, en estrategias de relajación o disminución de estrés.
- Diseño de tratamientos alternantes: consiste en alternar tratamientos para observar sus resultados conjuntos, por ejemplo, conjugar dos técnicas de relajación y conocer sus efectos en conjunto.
- Múltiple línea de base: se utiliza con pacientes que presentan diversas sintomatologías y cada una posee su propia línea base, por ejemplo, en contextos distintos o conductas distintas.
- Procesamiento de análisis de datos: busca hacer la intervención más a la media del paciente, de manera que se combinen

técnicas e instrumentos estandarizados con otros desarrollados acorde al paciente y se analizan a través de detección de cambios en los síntomas del paciente. No se trata de análisis numéricos o estadísticos, sin embargo, debe ser posible representar los resultados en cuanto al funcionamiento interpersonal, sintomatología y desempeño social de forma gráfica.

En resumen, el estudio de caso es una herramienta de investigación que fortalece a la psicología clínica, dado que provee de un método para hacer conocimiento de lo que acontece dentro del proceso psicoterapéutico o analítico y dar cuenta de los aportes a la salud mental del mismo, hacer propuestas para el

devenir del quehacer dentro del consultorio psicoterapéutico o analítico y favorecer la formación continua de quienes se profesionalizan en ella. En la formación como psicólogos clínicos, es necesario el conocimiento y elaboración del diseño de estudios de caso, dado que forma parte de la estructura del quehacer profesional que compete.

Participante

La participante de este estudio de caso, quien es referida con el pseudónimo de “Itzel”, es una mujer nacida en el año de 1996 en un pueblo de Michoacán y residente en una ciudad del Estado. Refiere ser licenciada en enfermería, católica y soltera. Su aspecto físico corresponde a su edad cronológica. Fue referida al Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) por una amiga suya, acudiendo a entrevista para canalización el 13 de noviembre de 2023, y estableciendo su primer encuentro clínico el día 27 del mismo mes. El proceso psicoterapéutico constó de 14 sesiones.

Escenario

Para la presente investigación, la entrevista inicial con la paciente se llevó a cabo en el Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP), de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, el día 13 de noviembre de 2023, con fines de canalización. El primer encuentro clínico tuvo lugar el 27 de noviembre del mismo año. Se acordó una frecuencia semanal de sesiones dentro del CIIP, programadas para los días lunes de 18:00 a 19:00 horas, ajustándose a los calendarios oficiales y periodos de suspensión escolar establecidos por la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Durante la primera sesión, se realizó la lectura y clarificación del consentimiento informado, abordando tanto los lineamientos éticos del proceso como los aspectos técnicos vinculados a la grabación de las sesiones. Una vez resueltas sus inquietudes, se procedió a la firma del consentimiento. Se acordó un costo por sesión de $150 pesos, establecido de manera fija por la institución, el cual debía cubrirse directamente en la recepción del CIIP.

En el momento de la atención, el CIIP contaba con una recepción, cinco consultorios equipados con dos sillas y una mesa, y dos consultorios aptos para la atención a niños (equipados con juguetes y mobiliario extra), una cámara de Gesell, baños, una sala de juntas, sala de espera, un cubículo de la coordinación del CIIP y cuatro cubículos de profesores.

Las sesiones se llevaron a cabo en distintos consultorios del CIIP, dichos espacios se encontraban sujetos a la disponibilidad del espacio institucional, lo que implicó la atención en diversas salas a lo largo de las sesiones que conformaron el proceso. En ocasiones fue necesario esperar la salida del terapeuta anterior para disponer del consultorio correspondiente. Los espacios físicos compartían características similares: paredes lisas, ambiente sencillo y funcional, y mobiliario básico consistente en dos sillas y una mesa, lo cual permitió mantener las condiciones mínimas necesarias para el encuadre clínico.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En este apartado se describen las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos en el presente estudio de caso, con el objetivo de documentar y sistematizar la información obtenida durante la evaluación y el proceso clínico de la paciente.

Se presenta la batería de pruebas psicológicas aplicadas y los reportes de las sesiones clínicas que permiten un seguimiento integral del caso. Asimismo, se abordarán las consideraciones éticas que orientaron la práctica profesional, asegurando que la evaluación y el tratamiento se desarrollen conforme a los principios y normativas que regulan la práctica psicológica. Este apartado también incluye la pertinencia del proyecto, las actividades de retribución social realizadas y las instancias de investigación y financiamiento que respaldaron la realización del presente estudio, reflejando un enfoque riguroso, ético y socialmente responsable en la recolección y manejo de los datos.

Ficha Técnica de las Pruebas Psicológicas

En este apartado se presenta la ficha técnica de las pruebas psicológicas utilizadas en el presente estudio de caso. La descripción de cada prueba permite detallar sus características, lo cual constituye un elemento fundamental para garantizar la validez y confiabilidad de la recolección de datos. Las pruebas aplicadas son las siguientes:

- MOCA – Full
- Escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana
- Escala de dificultades en la regulación emocional DERS para adultos michoacanos
- DASS–21
- Test de la Figura Humana
- Test de la familia

Cada prueba fue seleccionada por su pertinencia para el análisis del caso clínico y su aporte de información sobre los aspectos cognitivos, emocionales y

relacionales del paciente. Esto posibilita una comprensión de los resultados amplia y consistente.

Ficha técnica de la batería de pruebas:

El Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (apéndice C) es una prueba de cribado cognitivo breve y psicométrica diseñada para evaluar de manera rápida y eficaz el funcionamiento cognitivo global en adultos y adultos mayores con distintos niveles educativos. Desarrollada por Nasreddine et al. (2005), explora áreas como memoria, capacidad visoespacial, función ejecutiva, atención, concentración, memoria de trabajo, lenguaje y orientación. Consta de 30 ítems, tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos y se aplica de forma individual y presencial en un entorno silencioso. La puntuación total va de 0 a 30 puntos, considerándose que un puntaje igual o menor a 25 puede indicar posible deterioro cognitivo. Ha sido validada en múltiples países y cuenta con versiones adaptadas al español.

La Escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana (apéndice D) es un cuestionario psicométrico diseñado para evaluar el bienestar psicológico percibido en adultos de población mexicana, incluyendo estudiantes y población general. Originalmente desarrollada por Carol Ryff (1989) y adaptada por Van Dierendonck (2004), con validación en población mexicana por Medina-Calvillo et al. (2013), la escala explora seis dimensiones: autonomía, autoaceptación, control ambiental, crecimiento personal, relaciones positivas con otros y propósito de vida. Consta de 39 ítems, tiene una duración aproximada de 15 a 20 minutos y puede aplicarse de manera individual o grupal, en formato papel o digital. La puntuación se obtiene sumando los ítems por dimensión y el total general, donde una mayor puntuación indica mayor bienestar percibido. Presenta adecuada consistencia interna y alta confiabilidad test-retest.

La Escala de dificultades en la regulación emocional DERS para adultos michoacanos (apéndice E) es un cuestionario psicométrico diseñado para evaluar el estado de regulación emocional, aspecto clave en la regulación de la conducta, el estado de ánimo, los impulsos y el pensamiento. Fue desarrollada por Gratz y Roemer (2004) y adaptada a población michoacana por Carranza-Plancarte et al. (2022). Está dirigida a adultos mexicanos (validada en población de 16 a 68 años) y evalúa cuatro dimensiones: control de impulsos, aceptación de respuestas emocionales, malestar emocional para el logro de objetivos y dificultad en el manejo del malestar emocional. Consta de 21 ítems (versión reducida), tiene una duración aproximada de 15 minutos y se aplica de manera individual en formato papel o digital, en un ambiente tranquilo. La puntuación se obtiene sumando los ítems por dimensión y el total, donde una mayor puntuación indica mayores dificultades en la regulación emocional. Presenta alta confiabilidad ($\alpha = .916$) y validez de constructo confirmada mediante análisis factorial.

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (apéndice F) es un cuestionario de autorreporte diseñado para evaluar la sintomatología asociada a tres dimensiones afectivas: depresión, ansiedad y estrés. Fue desarrollada por Lovibond y Lovibond (1995) y validada en México por Gurrola, Balcázar, Bonilla y Viseda (2006). Está dirigida a adolescentes y adultos, y explora en la dimensión de depresión sentimientos de desmotivación, disforia y anhedonia; en ansiedad, tensión fisiológica, hipervigilancia y reacciones de miedo; y en estrés, irritabilidad, dificultad para relajarse y sensación de sobrecarga. Consta de 21 ítems, tiene una duración aproximada de 5 a 10 minutos y puede aplicarse de manera individual o grupal, en formato impreso o digital, en un ambiente tranquilo. La puntuación se obtiene sumando los ítems de cada dimensión por separado; a mayor puntaje, mayor

severidad del síntoma. Es un instrumento confiable para evaluar los constructos que mide.

El Test de la Figura Humana (TFH) es una técnica proyectiva desarrollada por Karen Machover (1949), cuya adaptación y referencia utilizada corresponde a Portuondo (2009). Su objetivo es explorar aspectos profundos de la personalidad a través de la representación gráfica del cuerpo humano, indagando en impulsos, ansiedades, conflictos, defensas y mecanismos de compensación. Puede aplicarse a niños, adolescentes y adultos, y evalúa tanto la dimensión cognitiva como emocional, así como la percepción de sí mismo y de las relaciones con otros. Su aplicación tiene una duración aproximada de 10 a 20 minutos y puede realizarse de manera individual o grupal en formato físico, en un ambiente tranquilo. La interpretación se basa en un análisis cualitativo de elementos como tamaño, ubicación, presión y proporciones del trazo, omisiones o énfasis en partes del cuerpo, rasgos faciales, postura y simbolismos defensivos; no cuenta con un sistema de puntuación cuantitativo estandarizado, por lo que requiere una valoración clínica especializada.

El Test de la Familia de Louis Corman es una técnica proyectiva propuesta por Louis Corman (1967), cuya adaptación y referencia utilizada corresponde a Solís (2011). Su objetivo es explorar las características de la vida afectiva y las relaciones dentro del contexto familiar, incluyendo dificultades de adaptación, conflictos edípicos, rivalidad fraterna y la percepción subjetiva que el sujeto tiene de su inclusión en el sistema familiar. Generalmente se aplica en niños, aunque también puede utilizarse en adolescentes y adultos en determinados contextos clínicos. Evalúa aspectos como relaciones familiares, psicodinámica familiar, comunicación y vivencias afectivas. Su duración aproximada es de 10 a 20 minutos y su

interpretación se basa en un análisis cualitativo del dibujo —elementos incluidos u omitidos, organización, interacción entre figuras y detalles relevantes— priorizando la representación subjetiva de la familia sobre su realidad objetiva. Se recomienda su aplicación en un ambiente tranquilo y sin distracciones.

Reportes de las Sesiones Clínicas

En este apartado se presentan los registros resumidos de las sesiones clínicas realizadas con la paciente, incluyendo la entrevista inicial de canalización y las 14 sesiones subsecuentes desarrolladas en un periodo de seis meses. Este reporte se elabora a partir de la información relevante que la paciente compartió durante cada encuentro, presentado a manera de narración y sin incluir diálogos terapéuticos textuales, pero reflejando los temas tratados de forma general. Se documenta de manera sistemática la evolución del proceso terapéutico, destacando algunos aspectos del proceso llevado con la paciente. Asimismo, se muestra cómo se trabajó bajo un marco ético y profesional, conforme a los protocolos del Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Las 14 sesiones en total, llevadas a cabo en un periodo de 6 meses y una primera entrevista para canalización, se distribuyeron de la siguiente forma:

Entrevista para canalización con fecha de 13 de noviembre de 2023, como parte de los procesos protocolarios del Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Primera sesión el día 27 de noviembre de 2023, la cual consistió en un primer contacto donde se estableció confianza, comprensión y cooperación entre ambas partes desde los primeros minutos del encuentro. Es fundamental tanto para motivar

al paciente a continuar en tratamiento como para el flujo de la palabra dentro de las sesiones. Esta relación se construyó a través de una actitud cálida, empática y respetuosa, expresada mediante el lenguaje corporal, el tono de voz, el contacto visual y la disposición del espacio físico, lo cual es conocido como *rapport*, este permitió que la paciente se sintiera cómoda, segura y escuchada, y se respondió con sensibilidad a las emociones del paciente, manteniendo al mismo tiempo una postura neutral y comprensiva. A través del discurso libre de la paciente se escuchó el motivo de consulta e información emergente en la sesión, para finalizar con el establecimiento del encuadre terapéutico, el cual consistió en sesiones semanales, cada lunes a las 18:00 horas, en sesiones de 45 minutos a una hora, siguiendo las fechas hábiles del calendario escolar vigente.

Durante la segunda y tercera sesión, el siguiente paso después de haber explorado el discurso libre del paciente, fue iniciar la historia del malestar actual. En esta fase se investigaron con mayor profundidad los problemas que motivaron la consulta, poniendo especial atención a la descripción de sus síntomas, su duración y los posibles factores estresantes asociados. Esta etapa es esencial en la entrevista inicial, ya que permitió delimitar con claridad el padecimiento actual (Morrison, 2015). A partir de esta información, se seleccionó la batería de pruebas a aplicar como parte del protocolo institucional del CIIP.

En ese momento siguió un periodo vacacional del mes de diciembre y enero de 3 semanas con vuelta el 8 de enero de 2024. Durante la sesión, se llevó a cabo la evaluación psicológica a través de instrumentos para recolectar, analizar e interpretar información relevante sobre el problema que presentaba la paciente, con el objetivo de diseñar un plan terapéutico. Esta evaluación cumplió múltiples funciones, entre ellas: identificar los problemas principales y los factores

relacionados, reconocer las variables que contribuyen al problema, conocer las expectativas de la paciente respecto al tratamiento y motivar a la paciente al involucrarlo en la comprensión de su propio malestar. Esta evaluación se enriqueció al considerar dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales. Así como sus condiciones ambientales, lo que permitió una conceptualización del problema más amplia y profunda, facilitando intervenciones según el estilo de vida de la paciente (Cormier y Cormier, 2020). Además de la recolección, se apertura el resto de la sesión para la escucha de la paciente.

Se canceló el 22 de enero debido a cambio de horario laboral y la sexta sesión se retoma el 29 de enero. En esta sesión se le explica que puede hablar libremente de cualquier tema que se le ocurra, dado que en el espacio analítico tiene la libertad de expresarse sinceramente (Freud, 1925/ [1924] y Thomä y Kächele, 1989) a lo que la paciente atiende y comienza a hablar.

El 5 de febrero fue suspensión de labores oficial y el día 12 del mismo mes se retoma la séptima sesión, y estas ocurren semanales hasta el 11 de marzo (5 sesiones) bajo la misma premisa de la regla fundamental. Posteriormente llegó el periodo de suspensiones y vacaciones de semana santa, por lo que se pausó por 3 semanas y se retomó el 15 de abril a la sesión número 12 y 13, después la paciente canceló la del día 29 de abril debido a sus labores en su trabajo y regresó el 6 de mayo a la última sesión que tomaría.

Consideraciones Éticas

En el proceso de evaluación y tratamiento psicológico, es fundamental garantizar el respeto por los derechos y la dignidad de los pacientes, así como adherirse a los principios éticos y normativos que regulan la práctica psicológica. El

consentimiento informado utilizado en este estudio (apéndice A) cumple con los siguientes requisitos establecidos para asegurar la autonomía del paciente, su derecho a la privacidad y la confidencialidad de la información proporcionada:

- Autonomía e información clara: La paciente fue debidamente informada acerca de que el tipo de atención recibida sería presencial, se le informó que su terapeuta sería una estudiante de maestría, supervisada por profesionales, y los procedimientos que se llevarán a cabo (entrevistas, evaluaciones, posibles grabaciones). Además, se garantizó su derecho a interrumpir el tratamiento en cualquier momento sin consecuencias negativas.
- Confidencialidad y protección de datos: El consentimiento asegura que toda la información proporcionada fue tratada con absoluta confidencialidad, conforme a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-024-SSA3-2012, que regulan la protección y resguardo de los expedientes clínicos. Además, se limita la divulgación de la información a los supervisores académicos y se protege la identidad del paciente en caso de utilizar grabaciones con fines didácticos o de investigación.
- Supervisión profesional: Se garantizó la supervisión constante de los estudiantes, por parte de psicoterapeutas profesionales y docentes de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, de manera grupal y con una frecuencia semanal.
- Cumplimiento de la normativa legal y ética: El consentimiento informado se ajusta a las normativas legales y éticas vigentes, promoviendo una práctica psicológica responsable y respetuosa de los derechos de la paciente.

Para lograr adherirse a los principios éticos y normativos, el consentimiento informado utilizado refleja un compromiso ético con el bienestar de la paciente,

asegurando la transparencia y el respeto por su privacidad y autonomía en todo momento, así como una práctica clínica regulada.

Pertinencia del Proyecto

En este apartado se describe la pertinencia del proyecto, entendida como la importancia y justificación de realizar el presente estudio de caso en relación con el contexto teórico, clínico y social en el que se ubica. Se explica cómo es que el análisis del caso clínico aporta conocimientos relevantes y cómo contribuye a la comprensión de los fenómenos estudiados, en este caso, desde la perspectiva del psicoanálisis y con una mirada a las construcciones culturales de género.

La pertinencia del presente trabajo radica en la necesidad de revisar los modos en que el psicoanálisis clínico ha pensado los malestares de las mujeres, en un contexto donde los debates sobre género y subjetividad tienen relevancia tanto en la teoría como en la práctica clínica.

A partir de la experiencia clínica como parte de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, este estudio de caso tuvo como finalidad, reflexionar y analizar las vicisitudes subjetivas del *síndrome de la niña buena* como un fenómeno relacionado con las construcciones culturales de género e identidad femenina, desde la perspectiva y mirada de la epistemología del psicoanálisis. La indagatoria de los procesos culturales y psíquicos pone en movimiento las reflexiones por la construcción de lo femenino, abordado desde el diálogo teórico de diversos autores del psicoanálisis, se sugiere que la construcción de la feminidad se configura a partir de modelos culturales, ideas y discursos que varían según la época y las prácticas sociales, así como por las desigualdades de género en las relaciones sociales y de poder.

Los resultados podrían orientar intervenciones clínicas más sensibles al género en lo que concierne a la salud mental, en marcos menos patologizantes.

Actividades de Retribución Social

Como parte del compromiso formativo del posgrado, se diseñó e implementó el *Círculo de lectura de temas selectos en psicoanálisis*, gestionado a través de la Coordinación de Tutorías y con apertura a estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Esta actividad surgió de la necesidad de generar un espacio de lectura, análisis y discusión en torno a textos del psicoanálisis, con el fin de profundizar en su relación con la práctica clínica, la interpretación de la cultura, la formación del analista y la dimensión ética de la disciplina.

En el círculo de lectura se promovió la articulación entre teoría y práctica, la problematización de conceptos clave y la apertura de interrogantes en torno a los desafíos contemporáneos del quehacer analítico. Mediante el intercambio de ideas y la puesta en tensión de distintas perspectivas, se buscó enriquecer la comprensión de los textos y fomentar un pensamiento crítico entre los asistentes.

El objetivo general fue propiciar un espacio de reflexión y análisis crítico de textos psicoanalíticos, abordando su relación con la clínica, la cultura, la formación del analista y la dimensión ética de la práctica.

La actividad se desarrolló en tres módulos temáticos: 1) El quehacer de la clínica psicoanalítica, donde se reflexionó acerca del texto de Freud (1902*) Consejos al médico* y el primer capítulo del libro de Miller (2006) *Introducción al método analítico,* llamado *Introducción a un discurso del método analítico*; 2) El rol femenino en la cultura, donde se abordó la introducción del libro de Vegetti (2002) llamado

Psicoanálisis en femenino, así como el capítulo llamado *Anna O. La primadonna del psicoanálisis* y el articulo de Tubert (2010) *Los ideales culturales de la feminidad*; y finalmente 3) La formación del analista en la actualidad, donde se reflexionó acerca de los textos de Freud *Sobre el Psicoanálisis Silvestre* de 1910 y *¿Debe el Psicoanálisis enseñarse en la Universidad?* de 1919 [1918], además del artículo de Acosta (2008) *Identidad y crisis del analista en formación*. La metodología incluyó lectura previa de textos, discusión grupal, exposición de ideas y articulación con la práctica cotidiana, así como la apertura de una plataforma en Google Classroom que permitiera a los participantes compartir materiales extra como videos y podcast que enriquecieran los módulos.

El círculo se llevó a cabo del 19 de marzo al 7 de mayo de 2025, los miércoles de 5:00 p.m. a 7:00 p.m., con una capacidad máxima de 15 participantes. Se emplearon recursos institucionales como una sala de reuniones y la plataforma Google Classroom para actividades complementarias, seguimiento y preparación. En total, se destinaron 40 horas al desarrollo del proyecto.

Esta actividad constituye una retribución social significativa, al fortalecer la formación académica y clínica de estudiantes de licenciatura, promoviendo un acercamiento riguroso y crítico al pensamiento psicoanalítico en un espacio institucional de diálogo y aprendizaje colectivo.

Instancias de Investigación

En este apartado se mencionan las instancias de investigación, entendidas como los espacios, apoyos y recursos institucionales y académicos que facilitaron el desarrollo del estudio de caso, incluyendo la supervisión, acompañamiento, acceso a bibliografía y participación en actividades relacionadas con la investigación.

La presente investigación se desarrolló en el marco del programa de Maestría en Psicología Clínica Especializada, de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, contando con el acompañamiento académico y supervisiones clínicas del cuerpo docente del posgrado.

Asimismo, se contó con el apoyo de la Coordinación de Tutorías de la Facultad de Psicología, instancia a través de la cual se gestionó y llevó a cabo el *Círculo de lectura de temas selectos en psicoanálisis*, actividad que formó parte de la retribución social del proyecto.

De igual manera, se contó con la apertura de espacio para prácticas profesionales dentro del Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, el cual tiene como misión brindar atención psicológica pertinente, eficiente y eficaz a la población de Michoacán. Su labor se basa en una actitud humanitaria y de servicio a la comunidad.

El acceso a bibliografía especializada se realizó a través de las bibliotecas físicas y digitales de la propia Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, así como de recursos compartidos por docentes y colegas del programa de posgrado.

En síntesis, el desarrollo de esta investigación se vio favorecido por la combinación de apoyos que permitieron integrar de manera efectiva los recursos del programa de Maestría en Psicología Clínica Especializada en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Financiamiento

El presente proyecto fue posible gracias al apoyo económico otorgado por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti) del Gobierno de México, a través del programa nacional de becas para estudios de posgrado.

La Secihti es la institución que formula y conduce la política nacional en materia de humanidades, ciencias, tecnologías e innovación. Entre sus múltiples funciones, se encarga de promover la formación para la investigación, mediante convocatorias de apoyos y becas que contribuyen al fortalecimiento del conocimiento, la investigación y el desarrollo tecnológico en el país.

Esta beca permitió la dedicación a las actividades académicas, formativas y de investigación requeridas para el curso del posgrado y la elaboración de la presente tesis, favoreciendo así la calidad y pertinencia del trabajo realizado.

Capítulo III. Análisis del Caso Clínico

En este capítulo se presenta el análisis del caso clínico de este estudio, con el propósito de comprender el desarrollo sintomático, las características psicológicas y el proceso terapéutico de la paciente. Se abordarán diferentes aspectos del caso, desde su presentación y evaluación inicial, hasta la descripción del tratamiento implementado, con el fin de ofrecer un panorama integral de la intervención en el contexto de la práctica clínica.

Presentación del Caso

En este apartado se describe a la paciente, considerando aspectos demográficos, familiares, sociales y personales relevantes para comprender su situación clínica. Se busca ofrecer una visión integral de la persona que permita contextualizar el caso y los motivos que llevaron a la búsqueda de atención psicológica.

Descripción de la paciente: pseudónimo de “Itzel”, mujer, soltera, de 27 años al momento del encuentro, proveniente de un pueblo de Michoacán de aproximadamente 16,000 habitantes y residente en la ciudad de Morelia. Es licenciada en enfermería y se desempeña profesionalmente como enfermera en el área de recién nacidos.

En cuanto a las actividades de su vida cotidiana se menciona que suele trabajar durante el día, en ocasiones realiza caminatas en espacios naturales y a manera de pasatiempo organiza sus pertenencias de manera ordenada. En cuanto a su aspecto físico, presenta una complexión delgada (aproximadamente 60 kg), piel

morena clara, cabello largo, lacio y de color café oscuro natural. Su rostro es redondo, con pómulos prominentes y barbilla afilada, ojos almendrados y nariz recta y proporcionada, sin alteraciones motrices evidentes. Generalmente, la paciente asistió a las sesiones sin maquillaje, con el cabello recogido en una coleta o chongo, ligeramente despeinado, manteniendo una higiene personal adecuada y sin accesorios visibles. Su vestimenta consiste en suéteres holgados, jeans ajustados, tenis blancos y un bolso.

En términos conductuales, la paciente se muestra colaboradora, respetuosa y participativa. En ocasiones presenta un comportamiento infantilizado, evidenciado al realizar bromas con tono aniñado. Su estado de alerta está orientado de manera adecuada en tiempo, espacio y persona. Su discurso, aunque coherente, presenta una organización limitada y un uso recurrente de frases hechas y dichos populares. Su expresión facial es limitada; incluso durante el llanto, conserva una expresión neutra, con lágrimas que recorren el rostro sin gesticulación marcada. En cuanto al estado afectivo, refiere sentirse triste y desmotivada, expresada en frases como “estoy al borde de explotar” o “a punto de que se me derrame el vaso”, sin presentar labilidad afectiva significativa. El contenido predominante de su discurso gira en torno a la vivencia de violencia por parte de su padre y su consumo de sustancias, así como al sentimiento de soledad y tristeza asociado a dichas experiencias.

Motivo de consulta: El motivo de consulta se refiere a dificultad para expresar sus emociones y sentimientos, lo que la hace sentir constantemente como si estuviera a punto de explotar o como si su vaso estuviera a punto de derramarse. Menciona que las personas le señalan que siempre parece enojada, incluso cuando no lo está. Además, expresa que no se considera atractiva en absoluto, dado que no le gusta su cuerpo y, por esa razón, evita hacer ejercicio, ya que siente que no se ve

tan bien como las chicas que van al gimnasio. También comenta que no suele arreglarse ni ponerse cosas bonitas porque no se percibe a sí misma como poseedora de algo bonito.

Se describe a sí misma como una persona complaciente, callada, reservada y tímida, con constante temor al señalamiento o al rechazo. Añade que tiende a hablar muy rápido, ya que en su hogar constantemente le piden que se calle, lo que la lleva a expresarse rápidamente para transmitir sus ideas.

Los síntomas o problemas específicos son ansiedad, desmotivación, sentimiento de soledad y la sensación de estar al borde de rendirse. El grado de afectación se refiere a experimentar la vivencia de soledad acompañada de tristeza, con episodios frecuentes de llanto debido a esa sensación. Además, tiene miedo a morir sola. En cuanto a sus recursos personales, muestra la capacidad de buscar ayuda, incluso cuando se siente sola. También busca herramientas para expresar sus emociones, como la escritura. Tiene la posibilidad de financiar una vida independiente. Además, existe la posibilidad de financiar el proceso en el CIIP.

Abordaje: El abordaje terapéutico consistió en un total de 14 sesiones distribuidas a lo largo de seis meses, iniciando con una entrevista para canalización, seguida de la primera sesión, que tuvo lugar el 27 de noviembre de 2023 y se centró en la construcción del vínculo terapéutico, favoreciendo un espacio de confianza, seguridad y escucha activa desde una actitud cálida y empática. Se estableció el encuadre terapéutico con sesiones semanales de una hora, los lunes a las 18:00 horas, conforme al calendario escolar.

Durante las siguientes sesiones, se abordó el motivo de consulta y se exploró el malestar actual, profundizando en la sintomatología y factores asociados. Esta etapa permitió delimitar el padecimiento y diseñar la batería de evaluación

psicológica correspondiente. La evaluación se realizó en enero de 2024, considerando dimensiones cognitivas, afectivas, conductuales y contextuales, para una comprensión amplia del problema y la planificación de la intervención. Tras algunas suspensiones por calendario institucional y motivos laborales de la paciente, las sesiones continuaron bajo el principio de libre asociación, brindando un espacio para la expresión espontánea del discurso. Esta modalidad se sostuvo de manera consistente hasta la última sesión realizada el 6 de mayo de 2024, en la que la paciente concluyó su proceso de forma voluntaria.

Resultados: A partir del análisis del caso clínico, se comprendió que el llamado *síndrome de la niña buena* opera como una configuración subjetiva atravesada por el conflicto entre el deseo y los ideales normativos interiorizados, particularmente a través de la conformación de un ideal del yo que se traduce en actitudes de exigencia hacia la perfección. Esta dinámica se expresó clínicamente en la paciente a través de la expresión de sentimientos persistentes de culpa, autoexigencia y una dificultad marcada para tomar decisiones, así como la aparición de síntomas como ataques de pánico. Asimismo, se observó una construcción del ideal del yo fuertemente sostenida en mandatos familiares y sociales transmitidos desde su madre y su abuela, lo cual posiblemente producía un posicionamiento subjetivo singular. La intervención con orientación psicoanalítica permitió abrir un espacio para que la paciente comenzara a cuestionar estas identificaciones y a nombrar sus propios deseos, aunque también se evidenciaron resistencias transferenciales significativas que derivaron en la interrupción del tratamiento. Estos elementos muestran tanto los alcances como los límites de la práctica clínica frente al caso estudiado, dado que cada proceso terapéutico es singular, complejo y no siempre lineal.

Evaluación del Caso

Enseguida se detallan los procedimientos y herramientas utilizados para evaluar a la paciente, se incluye la descripción de su historia clínica, los resultados de la evaluación psicológica y el diagnóstico clínico. Este apartado permite comprender el contexto de la paciente y los criterios utilizados para la planificación de su intervención terapéutica.

Descripción de la Paciente y Encuadre

La paciente, para fines de esta investigación, se identifica como Itzel, mujer de 27 años, soltera, proveniente de un pueblo de Michoacán y residente en una ciudad del mismo Estado, licenciada en enfermería. Acude a sesiones semanales de una hora, los lunes a las 18:00 horas, las cuales siguieron los lineamientos institucionales enmarcados en el consentimiento informado (apéndice B).

Historia Clínica

La familia de Itzel consta de su padre, su madre y tres hijos, incluyendo a Itzel. La madre está diagnosticada con hipotiroidismo. El padre está diagnosticado con hipertensión, alcoholismo y es posible consumidor de otras sustancias y la paciente menciona que, por sus conocimientos de enfermería, cree que posiblemente tenga diabetes.

El padre de Itzel cuenta con la carrera de ingeniería industrial, pero se encuentra desempleado desde que salió del anexo en el 2023; su madre, que trabaja como contadora, vende bordados y también se ocupa del hogar; tiene un

hermano mayor de 33 años, casado y con un hijo de un año; y una hermana menor de 25 años, quien es licenciada y está comprometida.

Sus padres residen en su pueblo de origen, junto con su hermano, quien vive en la casa de enfrente de sus padres. Por otro lado, Itzel vive en una ciudad, y su hermana reside en un municipio diferente.

Se describe el carácter de los miembros de la familia como un padre muy explosivo, impulsivo y que no entiende de límites, se refiere a que es difícil establecer acuerdos con él, refiriendo a que es probable que se obtenga una respuesta de violencia física ante el desacuerdo; a su madre la describe como noble; a su hermano con un carácter muy fuerte, “como un roble”, por su actitud ante las experiencias familiares difíciles, quien difícilmente llora; y a su hermana pequeña la describe con un temperamento noble y sencillo, agrega que a ambos los describe como empáticos y sociales y que ella se describe como sería y reservada.

La descripción del clima familiar de Itzel revela una situación difícil y tensa, marcada por la violencia y el machismo de su padre, así como la desvalorización de su madre. Se describe la conducta del padre como celoso, egocéntrico y soberbio, centrado únicamente en sus propias necesidades. La violencia física hacia la madre ha sido una constante a lo largo de la vida de Itzel, afectando a ella y a sus hermanos, quienes han sido testigos de estas agresiones. Itzel menciona que su madre continúa en vínculo con su padre debido a que ella percibe que su madre no quiere estar sola.

Las personas que se encontraban a cargo de Itzel durante su infancia fueron sus tías o abuelas, debido a que sus padres solían trabajar jornadas largas durante el día, quienes estaban siempre vigilantes de su comportamiento, el cual menciona en repetidas ocasiones como el *síndrome de la niña buena*, que se describe por ella

como el comportamiento de seguir las reglas, sentarse en la silla con las piernas cerradas, no jugar en la calle y estar en casa.

Se refiere una familia que constantemente se preocupa por el bienestar y el cuidado de las hijas, lo cual es percibido por Itzel como sobreprotección.

En cuanto a la relación con sus hermanos, se refiere haber tenido una relación muy cercana con su hermana menor, hasta que su hermana comenzó a tener una relación sentimental con su actual prometido y esto generó distancia entre ellas, y la paciente teme que su hermana repita los mismos patrones de violencia que su madre al llegar a casarse y además su relación genera en Itzel la confrontación con su propia soltería y su propia angustia en cuanto a la soledad, lo cual genera sentimientos de hostilidad ante la pareja de su hermana. Respecto de su hermano mayor, se describe una relación buena, sin embargo, hay una relación conflictiva con la esposa de su hermano, ya que dice que es una mujer mayor que su hermano, cuyos estudios llegaron hasta la primaria, por lo que Itzel considera que no es la mejor pareja para su hermano y tampoco la considera una buena madre con su sobrino.

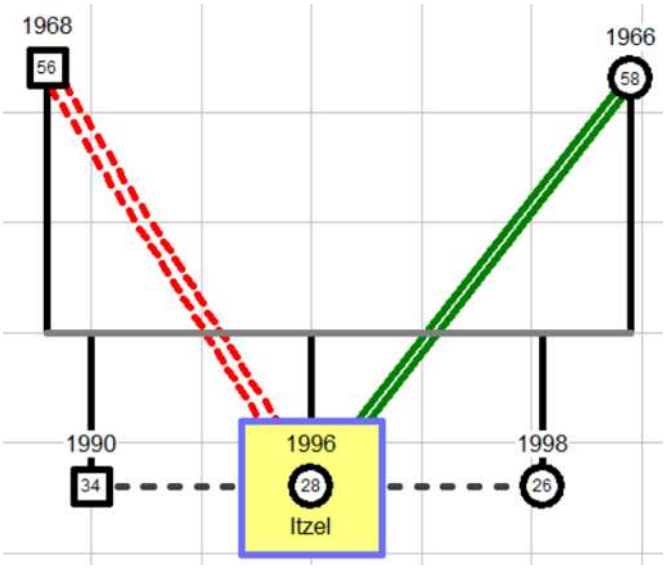
Itzel describe a su familia como arraigada en creencias tradicionales, procedente y residente de un pueblo, lo que Itzel reconoce que influye en las dinámicas y roles de género presentes en la familia.

Se describe una economía familiar con dificultades, dado que su padre no aporta económicamente. Itzel relata que las carencias económicas también se han derivado de las ocasiones en que han anexado su padre.

La estructura familiar y las relaciones familiares se ilustran en la Figura 1.

Figura 1

Familiograma



Sobre la descripción del padecimiento actual, Itzel refiere que Itzel mencionó que atraviesa una compleja situación emocional desde principios de 2023 cuando su padre, quien enfrentaba problemas de alcoholismo y posiblemente el consumo de otras sustancias, comenzó a exhibir síntomas de alucinaciones y agresividad. Lo anterior coincidió con el fin de su relación de pareja debido a la falta de apoyo en medio de las dificultades, lo que desencadenó en Itzel una sensación constante de soledad y tristeza y en una sola ocasión le pasó por la mente lo que ella menciona como “estaría mejor muerta”. A pesar de los esfuerzos de su hermano por ayudar a su padre a través de un anexo, en noviembre de 2023, Itzel experimentó un ataque de pánico en la calle, lo cual la llevó a percatarse de la ausencia de una red de apoyo en su vida y esta experiencia la llevó a iniciar su proceso terapéutico.

Se describe una experiencia de vida en soledad acompañada de tristeza, con episodios frecuentes de llanto debido a esa sensación. Itzel ha señalado que los síntomas han tenido un impacto significativo en su vida, ya que constantemente

siente que está “al borde de explotar”. Menciona que ha experimentado los inicios de ataques de pánico de manera frecuente, como palpitaciones, aceleración de la respiración y sensación de peligro súbito, pero ha aprendido a controlarlos mediante técnicas de respiración que aprendió en internet. Asimismo, destaca que encuentra alivio al escribir, expresando todo lo que pasa por su mente como una forma de controlar estos episodios.

Evaluación Psicológica

Lugar y fecha de aplicación: lunes 8 de enero de 2024. Consultorio del CIIP, un espacio con iluminación, privacidad, una mesa, sillas y silencio pertinente para la aplicación. En un horario de 6:00 pm a 7:00 pm

La siguiente batería de instrumentos se aplicaron para conocer a mayor profundidad la personalidad de Itzel, así como contar con un panorama sobre las situaciones expresadas por ella a lo largo de los encuentros, tales como: malestar en cuanto a su experiencia de soltería, angustia ante la soledad, malestar respecto de los problemas familiares y los vínculos entre los miembros y descontento sobre la percepción de su propio cuerpo.

Se observa una actitud de disposición y apertura. Durante la resolución de las pruebas, se observa una velocidad rápida en la ejecución, dando la impresión de que se encuentra contra tiempo para resolverlas. Al finalizar cada prueba, las entrega rápidamente mostrando una actitud que se percibe como de logro al haber respondido rápido o como si hubiese implicado poco esfuerzo. Durante la realización del test de Figura Humana, Itzel comenzó a sudar de las manos, marcando la hoja y la mesa con el sudor de las mismas, al finalizar el dibujo, la sudoración cesó.

Batería de pruebas:

- MOCA – Full.
- Escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana.
- Escala de dificultades en la regulación emocional DERS para adultos michoacanos.
- DASS–21.
- Test de la Figura Humana.
- Test de la familia.

Diagnóstico

Impresión diagnóstica: Itzel es una persona motivada en la búsqueda de compañía, en particular de compañía en pareja; sin embargo, sus planes durante el tratamiento no incluyen la búsqueda de una; es perseverante y proactiva en la búsqueda de su bienestar y salud física y mental; constantemente expresa su deseo de acompañamiento afectivo debido a la sensación de soledad que le genera malestar.

Itzel se caracteriza por poseer un carácter moralista y con rigidez para seguir las reglas, lo cual la hace una persona disciplinada, pero con dificultades para pensarse fuera de los esquemas sociales dados.

La dinámica familiar de Itzel le genera malestar debido a antecedentes de violencia y la dificultad para lidiar con dicho entorno. Se identifica una relación conflictiva particularmente con su padre, debido a la violencia que ha ejercido, aunado a su consumo desmedido de alcohol, también se expresa constante conflicto respecto de su percepción de su hermana, consecuencia de las constantes comparaciones entre ellas y la sensación de Itzel de no ser capaz de alcanzar los mismos objetivos de vida que su hermana, por ejemplo tener pareja, pensar y actuar

sobre lo que ella quiere aunque sea considerada rebelde o poco inteligente y ser elogiada por ser bella.

Diagnóstico Psicoanalítico: Neurosis histérica.

Itzel presenta características propias de una neurosis histérica, según las teorías de Breuer y Freud (1893-95):

1. Traumas psíquicos: las vivencias desagradables de Itzel, particularmente los conflictos con su padre y las comparaciones con su hermana pueden ser considerados traumas psíquicos. Estos traumas, que le han evocado experiencias angustiantes y dolorosas, se han acumulado y generan un malestar significativo en la actualidad.

2. Conflictos inconscientes: los síntomas pueden estar vinculados a pensamientos inconscientes que remiten a la experiencia afectiva pasada, por lo que los afectos dolorosos relacionados con las vivencias pasadas de Itzel, que no han sido procesados, resultan en síntomas histéricos.

3. Conversión: El malestar emocional de Itzel se manifiesta en su rigidez moral y necesidad de compañía constante, mecanismos que pueden ser vistos como formas de conversión, partiendo de la premisa teórica de que los conflictos psíquicos se transforman en síntomas somáticos y conductuales que generan malestar, como es el caso de Itzel. La rigidez moralista puede ser una defensa contra deseos y sentimientos reprimidos. En la histeria, los síntomas somáticos pueden aparecer como una forma de resolver estos conflictos intrapsíquicos sin enfrentar directamente los deseos inaceptables (Freud, 1924 [1923]).

4. Conflictos edípicos: el conflicto significativo de Itzel con su padre, caracterizado por violencia y consumo de alcohol por parte de él, puede reflejar una lucha edípica no resuelta. En la histeria, estos conflictos suelen manifestarse en

síntomas físicos y emocionales. La figura paterna, como fuente de miedo e inestabilidad, ha generado en Itzel sentimientos de culpa y ansiedad acerca del consumo de su padre, así como de la posibilidad de no cumplir con las expectativas que él ha puesto en ella al nombrarla su “hija inteligente”. Estos sentimientos refuerzan su rigidez moral y dificultad para pensar fuera de los esquemas familiares establecidos.

5. Expresión de la sexualidad: la percepción de competencia con su hermana, y en general con las mujeres, en términos de atractivo y éxito social podría estar ligada a conflictos inconscientes relacionados con la sexualidad y la identidad femenina. La comparación constante y la percepción de inferioridad podrían estar intensificando su ansiedad y su sensación de no ser suficiente.

6. Psicodinámica del caso (Yo, Ello y Superyó): El análisis psicodinámico de Itzel permite observar un yo que se encuentra en constante tensión entre las demandas pulsionales del ello y las exigencias rígidas de las particularidades del ideal del yo. El ideal del yo de Itzel parece estar fuertemente influenciado por la internalización de las normas familiares y la idealización de la figura paterna, lo que se traduce en una intensa autocrítica y en la rigidez moral que ella manifiesta. El ello se hace presente a través de deseos y afectos reprimidos (enojo hacia el padre, rivalidad con su hermana, anhelos de independencia), que no logran expresarse de otra forma que transformados en síntomas. El yo, en su papel mediador, recurre a defensas como la represión, la formación reactiva y la somatización para lidiar con la angustia que generan estos conflictos. Desde la clínica psicoanalítica, el diagnóstico se sostiene en la observación de estas manifestaciones: el discurso cargado de culpa, la dificultad para tolerar ambivalencia afectiva hacia sus objetos primarios y la constante búsqueda de aprobación. Todo ello confirma que su padecer responde a

la estructura de una neurosis histérica, donde el yo busca preservar el equilibrio psíquico frente a un ideal del yo difícil de alcanzar y un ello que pugna por expresar deseos reprimidos.

Basado en los puntos mencionados, Itzel puede ser diagnosticada con una neurosis histérica. Esta condición se manifiesta en una variedad de síntomas que incluyen somatizaciones, conflictos emocionales, y una dependencia emocional marcada.

De acuerdo con Castillo-Tamayo et al. (2020), desde el marco psicoanalítico, el funcionamiento psicológico de Itzel se encuentra dentro de sus funciones adecuadas, dado que hay contacto con la realidad, empatía con criterios sociales de la realidad e interacciones con los otros. En cuanto al sistema de valores de la paciente, hay rigidez moralista, la cual puede actuar como defensa represiva de sus deseos, limitando su capacidad de exploración y autonomía, lo cual forma parte de su organización del yo. A nivel de la dinámica vincular, se percibe un deseo constante de acompañamiento afectivo, pero también un conflicto en la relación con su padre, así como tensión entre su búsqueda de aprobación y su deseo reprimido de independencia. En la psicodinámica del caso, el yo de Itzel se encuentra en tensión entre las demandas del ello, que empuja por sus deseos, y el ideal del yo, internalizado desde los ideales familiares, lo cual provoca una constante lucha interna. Así, la funcionalidad psíquica, la dinámica vincular y la organización del yo se entrelazan en su estructura histérica, manifestándose en síntomas de somatización, culpa y dependencia afectiva.

Devolución del Resultado

Itzel muestra un rendimiento cognitivo dentro de los parámetros normales según el *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, con una puntuación de 26 puntos, aunque se observó una limitación en el área del lenguaje (0 puntos). En cuanto a la *Escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana*, se obtiene un resultado de un nivel moderado, destacándose por una alta puntuación en cuanto a crecimiento personal, pero con áreas como la autonomía puntuando bajo. En la *Escala de dificultades en la regulación emocional DERS para adultos michoacanos*, Itzel muestra un adecuado control de impulsos y aceptación de respuestas emocionales, sin embargo, enfrenta dificultades moderadas en el manejo del malestar emocional, afectando su concentración y aumentando los sentimientos de culpa debido al pobre manejo de emociones. Los resultados del *DASS-21* revelan la presencia de depresión leve y ansiedad y estrés moderados, correlacionados con afectividad negativa. El *Test de la Figura Humana* destaca rasgos de dependencia materna, falta de confianza en los contactos sociales y preocupación por la imagen corporal y su peso, por otro lado, revela adecuada estabilidad emocional.

Finalmente, en el *Test de la Familia* se presentan rasgos de un estilo de vida apegado a las reglas, poco espontáneo con timidez, inhibición y dificultad para afirmarse. Destaca su capacidad de adaptación, sensibilidad y sociabilidad, pero también una percepción de realidad sobrecargada de peligro y frustración. Se muestra probable temor al padre, baja autoestima, sentimientos de exclusión familiar y conflictos emocionales con la madre, además de necesidad de contacto y apertura.

Dentro de la información recabada, se observa una contradicción en las características evaluadas en Itzel, donde coexisten la estabilidad emocional y la presencia de niveles moderados de depresión y ansiedad. Esta dualidad puede ser

contradictoria en términos sintomáticos, debido a estados emocionales opuestos. Aunque Itzel muestra una capacidad adecuada para manejar impulsos y aceptar respuestas emocionales, según los resultados de las pruebas también experimenta niveles moderados de depresión y ansiedad.

De acuerdo con lo anterior, enseguida se muestra la integración interpretativa de los resultados:

En cuanto al área afectiva se observan sentimientos persistentes de tristeza, desmotivación y soledad, acompañados de episodios frecuentes de llanto. La paciente refiere sentirse “al borde de explotar” y presenta miedo a morir sola. Los resultados del DASS-21 muestran depresión leve y ansiedad y estrés moderados, correlacionados con afectividad negativa. En la escala DERS se observan dificultades moderadas en el manejo del malestar emocional, afectando su concentración y aumentando sentimientos de culpa, aunque mantiene adecuado control de impulsos y aceptación de respuestas emocionales. Se observa coexistencia entre estabilidad emocional reportada en pruebas proyectivas y presencia de sintomatología ansioso-depresiva moderada, lo cual muestra una tensión afectiva contenida.

Por otro lado, en el área vincular se identifica una dinámica familiar marcada por un padre que ejerce violencia y consumo de alcohol, así como clima familiar tenso. Se describe temor al padre, sentimientos de exclusión familiar y conflictos emocionales con la madre. En el discurso se manifiesta necesidad de contacto y cercanía emocional de otras personas, junto con búsqueda constante de acompañamiento afectivo y temor al rechazo. En el Test de la Familia se identifican rasgos de timidez, inhibición, dificultad para afirmarse y estilo de vida apegado a reglas. Asimismo, se identifica rivalidad y comparación con la hermana, lo cual

genera hostilidad, angustia ante la soltería y confrontación con su propia sensación de soledad.

El funcionamiento del yo se encuentra dentro de parámetros normales (MoCA 26 puntos), sin alteraciones en el contacto con la realidad. Se reporta orientación adecuada en tiempo, espacio y persona. El bienestar psicológico se ubica en nivel moderado, con alta puntuación en crecimiento personal y baja puntuación en autonomía. Se observa rigidez moralista, autoexigencia y construcción de un ideal del yo sostenido en mandatos familiares y sociales. El yo se encuentra en tensión entre las demandas pulsionales y los ideales interiorizados, recurriendo a mecanismos como represión, formación reactiva y somatización. Se identifican dificultades para la toma de decisiones, culpa persistente y baja autoestima.

En cuanto al área defensiva, predominan mecanismos defensivos como represión, formación reactiva, racionalización y somatización. La represión, entendida como el mecanismo mediante el cual el aparato psíquico mantiene fuera de la conciencia aquellos pensamientos o deseos que generan displacer (Freud, 1904 [1903]), permite comprender cómo ciertos afectos —como el enojo hacia la figura paterna, la rivalidad fraterna o los deseos de autonomía— no se expresan de manera directa, sino que reaparecen transformados en síntomas de ansiedad, culpa o tensión emocional. Asimismo, Freud (1914a) señala que la represión se articula con las exigencias culturales interiorizadas, lo que permite entender la rigidez moralista de la paciente como efecto de ideales familiares y sociales que refuerzan la contención del deseo.

Siguiendo con el área defensiva, la formación reactiva se manifiesta en la adopción de una posición de cumplimiento normativo y corrección moral que encubre ciertos afectos, mientras que la racionalización opera como intento de dar

coherencia lógica a conflictos de orden pulsional. Por su parte, la somatización se evidencia en la emergencia de síntomas físicos y ataques de pánico cuando el conflicto no logra tramitarse simbólicamente. En las pruebas proyectivas se observan rasgos de inhibición, timidez y apego a reglas, junto con adecuada estabilidad emocional, lo cual sugiere contención afectiva más que descontrol. No se reportan alteraciones del juicio de realidad ni desorganización del pensamiento, lo que reafirma un funcionamiento defensivo de tipo neurótico.

Finalmente, a partir de la integración clínica y psicométrica, puede afirmarse que el funcionamiento psíquico de la paciente se inscribe dentro de una estructura neurótica, dado que no existen alteraciones del juicio de realidad, el pensamiento se mantiene organizado (MoCA dentro de parámetros normales), hay capacidad de insight y los mecanismos defensivos predominantes corresponden a la neurosis (represión, formación reactiva, racionalización y somatización), sin evidencia de mecanismos primitivos.

Ahora bien, dentro del campo neurótico, los elementos estructurales observados permiten sostener formalmente una estructura histérica, en tanto el conflicto central gira en torno a la posición del sujeto frente al deseo del Otro y la cuestión de la falta. Para sostener esta delimitación, se hará uso de las características de la estructura histérica y su correlación con la lógica fálica de Dor (1991), quien hace uso de la palabra Otro, con mayúsculas, para referirse al lugar que estructura el deseo.

Dor (1991) propone que en la histeria hay una adhesión a un fantasma movilizado por la posesión supuesta del falo, lo cual implica que el sujeto organiza su economía psíquica en torno a aquello que supone que el Otro posee y que garantizaría valor, reconocimiento o completud. Esta posición comporta

simultáneamente la confesión implícita de no poseerlo. En el caso que se analiza, la paciente intenta apropiarse de atributos de los cual se considera injustamente desprovista, lo que se manifiesta en la comparación constante con la hermana, el sentimiento de insuficiencia, la necesidad de validación externa y la angustia ante la soltería. El malestar no radica únicamente en estar sola, sino en no ocupar el lugar de objeto elegido en el deseo del Otro, manifestado en la demanda a ser cuidada y acompañada por su hermana, sus padres, su hermano y su sobrino.

Uno de los rasgos estructurales más claros es la alienación subjetiva en relación con el deseo del Otro. El deseo propio aparece subordinado a lo que la paciente supone, anticipa o imagina que sus padres esperan de ella. Este imaginario configura un terreno favorable para la sugestión y la autoexigencia, observable en su baja autonomía y rigidez moralista, según los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, así como la posición de “niña buena”.

Según Dor (1991), la histeria se caracteriza por haber investidura de un Otro como ese que ocupa un lugar privilegiado y ante ello, la disposición subjetiva a responder a lo que cree que ese Otro espera. Ese lugar privilegiado corresponde al del Amo, instituido como tal por la propia paciente, en la medida en que supone que el Otro sabe algo sobre su deseo que ella misma desconoce. Esta dinámica puede observarse en la relación con la figura paterna, en la internalización de ideales y en la constante búsqueda de indicaciones sobre qué hacer dentro de las sesiones de análisis.

Se evidencia un marcado esfuerzo por ponerse al servicio del Otro, organizando su identidad alrededor del cumplimiento, la corrección moral y el afán de no decepcionar. Esta posición no es meramente adaptativa, sino estructural: el sujeto se ofrece como objeto para hacer brillar al Otro, encontrando satisfacción en

el reconocimiento que este pueda obtener. Aquí se articula de manera directa lo que la paciente describe como *síndrome de la niña buena* con la lógica histérica.

En la histeria, persisten vestigios de una queja arcaica vinculada a una reivindicación amorosa referida a la madre. La paciente se vive como no suficientemente amada o no plenamente validada, se experimenta como objeto incompleto o desvalorizado frente a un ideal de completud. Esta identidad parcial e insatisfactoria impulsa esfuerzos constantes por alcanzar una identidad ideal. De ahí la persecución de un ideal de perfección, observable en la autoexigencia, la preocupación por la imagen corporal y las fórmulas reiteradas de insuficiencia. La belleza y la perfección, en esta estructura, operan como estereotipos culturales que sostienen la exigencia estructural de ser el objeto ideal que supone no haber sido jamás.

En el ámbito amoroso se observa la tendencia a sostener expectativas elevadas respecto del compañero, buscando un hombre que encarne una versión idealizada y completa, como aquel que va a colmar sus faltas imaginarias. Esta elección responde a la lógica histérica de buscar un Amo que pueda sostener la ilusión de completud, al tiempo que se preserva la posibilidad de no encontrar nunca a alguien “a la altura”, manteniendo así intacta la estructura del deseo (Dor, 1991).

Descripción del Tratamiento

Enseguida se aborda la descripción del tratamiento del presente estudio de caso, el cual incluye el plan de tratamiento desde el enfoque psicoanalítico, se incluyen los objetivos terapéuticos, las estrategias de intervención y se explica la alianza de trabajo establecida con la paciente. Asimismo, se aborda el nivel de

conciencia de enfermedad y motivación hacia el tratamiento, elementos esenciales para contextualizar la eficacia del tratamiento y continuidad del proceso terapéutico.

Plan de Tratamiento

Para el abordaje del presente estudio de caso, se tiene como plan de tratamiento los siguientes puntos:

- Objetivo general del tratamiento: el tratamiento psicoanalítico tiene como objetivo principal hacer conscientes los contenidos inconscientes que encuentran la vía de descarga a través de síntomas y malestares, así como trabajar en la disminución y resolución de resistencias que impiden el acceso a estos contenidos, lo anterior a través de la técnica psicoanalítica (Freud, 1913, 1923[1922]). Asimismo, el tratamiento apunta a que el yo gestione las demandas del ello, el superyó y la realidad externa (Freud, 1937b). De este modo, el paciente desarrolla herramientas para hacer frente a los conflictos intrapsíquicos inherentes a la condición humana. Lo anterior permite al yo acceder a los contenidos reprimidos para poder gestionarlos y con ello, reducir la energía psíquica invertida en mecanismos de defensa y síntomas.

  El objetivo del tratamiento psicoanalítico en el presente caso se orienta a que, a través del uso de la palabra, la paciente acceda a los contenidos reprimidos y devele el origen de su malestar. Además, se busca que el yo pueda gestionar de manera más efectiva las situaciones conflictivas que le aquejan, teniendo en cuenta las características personales de la paciente y sus necesidades específicas que surjan a lo largo del proceso terapéutico.

- Hacer uso de la técnica de asociación libre como medio de exploración del inconsciente: con el objetivo de explorar los contenidos inconscientes, se hace

uso de la técnica de la asociación libre para que el paciente exprese sus pensamientos de forma fluida y sin censura. La técnica de la asociación libre permite al paciente acceder a los conflictos reprimidos, deseos y fantasías inconscientes que derivan en los síntomas y el comportamiento del paciente, lo cual brinda material para las intervenciones e interpretaciones dentro del espacio analítico.

En relación con la técnica de la asociación libre en el caso de Itzel, se observó que su desarrollo fue complejo y se logró sólo de forma parcial. A lo largo de las sesiones, se evidenciaron resistencias significativas que dificultaban el flujo espontáneo de la palabra. La paciente interrumpía frecuentemente el curso de sus ideas, recurriendo a justificaciones racionales y lógicas, lo que obstaculizaba el acceso a los contenidos inconscientes y limitaba el pleno despliegue de la asociación libre.

- El análisis de la trasferencia: consiste en dar lugar a que el paciente repita en la relación analítica aquello que surja de la represión, es decir, el contenido proveniente de figuras importantes en su vida, generalmente desde la infancia. Este contenido se proyecta en el analista para así analizar dicha transferencia como clave para hacer conscientes los conflictos reprimidos y trabajar con ellos.

Para llevar a cabo el análisis de la trasferencia del caso aquí presentado, se recurre a las relaciones objetales como un recurso teórico complementario, ya que su comprensión permite arrojar luz sobre la dinámica transferencial y la formulación diagnóstica. Kernberg (2023) establece que las relaciones objetales, desde la teoría psicoanalítica, se refieren a cómo las experiencias emocionales del pasado, vividas con figuras significativas, moldean la percepción del yo y su

vínculo con otros. Estas determinan la manera en que el yo se integra y se relaciona con los demás a partir de estas experiencias afectivas tempranas. Los conflictos inconscientes no solo emergen en las palabras del paciente, sino también en sus conductas y reacciones con el analista, es decir, de forma trasferencial. La transferencia, en la teoría de las relaciones objetales, se convierte en un espacio para revelar conflictos internos, permitiendo que el análisis de la transferencia se convierta en la vía principal para explorar y transformar esos conflictos.

La transferencia se manifestó a lo largo de diferentes momentos del tratamiento. Uno de los elementos trasferenciales identificados fue su asistencia puntual y constante a las sesiones, sin faltar en ninguna ocasión, lo que reflejaba un compromiso con el proceso terapéutico. Además, hubo continuidad del proceso tras ambos períodos de vacaciones, en los cuales la paciente expresó que, al dejar de asistir, se daba cuenta de que aún había temas que deseaba abordar, lo que evidenció una disposición para continuar con el trabajo terapéutico. Desde la perspectiva de las relaciones objetales, esto refleja una búsqueda del analista como un objeto confiable, estable y consistente. La paciente, al no faltar, internaliza al analista como un objeto estable que le brinda un lugar de seguridad.

En varias ocasiones, la paciente comparó el tratamiento actual con el anterior, mencionando que no había encontrado utilidad en el proceso previo y destacando que el actual se le parecía. Esto puede ser una manifestación de la transferencia negativa, en la que la paciente proyecta en el análisis actual lo que le faltó en su experiencia anterior. Aquí, el analista es investido con rasgos del objeto frustrante del pasado, es decir, la paciente proyecta la sensación de

insatisfacción que vivió en experiencias anteriores, generando una expectativa de decepción o de falta de apoyo.

La transferencia fue generalmente positiva, algunas intervenciones del analista eran atendidas por la paciente y generaban momentos de reflexión. Estas intervenciones lograban evocar recuerdos, pensamientos y ocurrencias que eran significativos para el desarrollo del análisis. Sin embargo, se observó que la paciente solicitaba constantemente ser guiada sobre qué hacer, lo que revelaba una dinámica transferencial vinculada a su relación con el padre, desde las relaciones objetales, esto revela que la paciente proyecta en el analista la figura del padre autoritario, quien dictaba las decisiones importantes en su vida. Esta repetición transferencial es una recreación de una relación de control y dependencia, donde la paciente busca en el analista una figura que, al igual que su padre, le indique cómo proceder. Dicha rrelación ha sido conflictiva y se ha caracterizado por un control absoluto de él sobre las decisiones de Itzel, como fue el caso de la elección de su carrera, pedir permiso para salir, y la prohibición de socializar con hombres o tener novio. Estos patrones transferenciales reflejan la influencia de la dinámica paternal en la forma en que la paciente se relaciona con la analista y la toma de decisiones.

- Interpretación y elaboración: a través de la interpretación, el analista busca llevar al paciente a reflexionar con el propósito de que otorgue sentido a sus palabras, sueños, y comportamientos, especialmente aquellos que revelan resistencias y mecanismos de defensa. La elaboración implica un proceso prolongado de trabajar repetidamente sobre las interpretaciones, las construcciones en el análisis y los *insights*, permitiendo que el paciente procese estos contenidos y lleve a la conciencia aquello que surge del inconsciente.

En cuanto a las interpretaciones del analista y el proceso de elaboración en el caso de la paciente, se observa que la paciente, de manera constante, se refiere a sí misma como una "niña", lo que lleva al analista a invitarla a reflexionar sobre su adultez. La paciente recibe estas intervenciones de manera reflexiva, indicando que está consciente del proceso por el cual desea atravesar: el de reconocerse como adulta. En este contexto, menciona que las "cicatrices" de su infancia provocaron una percepción de sí misma de poca valía, lo cual vincula a las dificultades en sus relaciones familiares, estas cicatrices las ve como un obstáculo para alcanzar una adultez plena y feliz, y que esas relaciones se encuentran fracturadas, ante lo cual constantemente habla de las experiencias que recuerda con tristeza de su infancia y cómo estas experiencias han determinado aspectos de su vida actual como por ejemplo su obediencia y temor a no ser elegida en el ámbito de pareja y en el laboral.

En relación con este proceso de reflexión, se le hacen algunas intervenciones a manera de interpretación que parecen no ser completamente asimiladas por la paciente. Por ejemplo en lo referente al estar en un periodo de “huelga emocional”, que la paciente describe como un periodo de 6 meses que consiste en no conocer personas con intenciones de formar una pareja y centrarse en sí misma, cuando se le menciona que una huelga es una protesta que implica un cese de actividad en espera de un cambio, y que parece contradecir la idea misma de huelga al estar "haciendo" muchas cosas, la paciente responde cambiando de tema, lo cual evidencia que el proceso de análisis de aquello que se aborda es complejo.

- Manejo de las resistencias: durante el tratamiento psicoanalítico, los pacientes se resisten a explorar ciertos temas o pensamientos. Parte del plan de

tratamiento implica interpretar y trabajar con dichas resistencias, que revelan las defensas del yo frente a contenidos inconscientes que se perciben de algún modo amenazantes.

En el caso de Itzel, las defensas del yo se manifiestan de diversas formas. Por un lado, interrumpe constantemente la asociación libre, justificando y racionalizando sus pensamientos, lo que impide que emerjan contenidos reprimidos.

En el curso de las sesiones, comenzó por evitar reflexionar sobre su adultez, constantemente viéndose a sí misma como una "niña", lo que le dificultaba enfrentar las exigencias y responsabilidades de la vida adulta, con el paso de las sesiones, fue posible encontrar en su discurso frases que aluden a sí misma como mujer y no como niña, además de describirse como independiente y con la posibilidad de hacer sus propias elecciones y tomar decisiones.

Otro mecanismo importante es su resistencia para confrontar sus fantasías donde se ve como una mujer que necesita ser rescatada, específicamente ante la llegada de una pareja. Cuando el analista la invita a cuestionar esta fantasía y la forma en que equipara las palabras “soltera” y “sola”, ella evita dichos señalamientos, evitando con ello abordar la posibilidad de una realidad más compleja.

También, en su huelga emocional, afirma que evita nuevas relaciones y se centra en sí misma, pero cuando se le señala que sus acciones contradicen esta postura, niega la contradicción.

Además, al comparar su proceso terapéutico actual con el anterior, Itzel menciona que no se sintió cómoda en ese tratamiento, lo que parece ser una resistencia al análisis actual, evitando revivir experiencias dolorosas. Finalmente,

en su huelga emocional, da un periodo de seis meses a su mejora, lo que pospone el enfrentamiento con sus conflictos emocionales, y podría ser un motivante para el abandono del tratamiento como una forma de evitar el trabajo profundo que este implica.

Alianza de Trabajo

Se trata de la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta y que resulta fundamental para el trabajo terapéutico. Es la relación, racional y colaborativa que permite al paciente trabajar de forma intencionada en su propio análisis, surge como resultado de que el analista escuche, haga un esfuerzo para comprender y pueda devolver el discurso del paciente, así como reducir la incertidumbre sobre el proceso terapéutico. Es clave adaptar la alianza a cada paciente de manera individual, dado que esta conexión hace posible la cooperación y debe ser el primer paso en el encuentro, ya que sentará las bases para que las interpretaciones sean recibidas por el paciente, además, facilita que el paciente comprenda los *insights* del analista. Este vínculo sostiene la motivación necesaria para que el paciente continúe con su proceso (González y Rodríguez, 2008; Greenson, 2004).

En el caso que aquí se presenta, la alianza terapéutica presentó algunas dificultades. La paciente esperaba que en las sesiones se le dijera qué hacer y cómo manejar sus emociones, ella mencionó en repetidas ocasiones que ya había acudido a un proceso terapéutico previo, éste se mencionaba constantemente dentro de las sesiones en referencia a que no le había gustado. Lo que más repetía era la idea de que anteriormente le pedían “hablar y hablar”, agregando que eso no le había servido, ya que ella esperaba que se le dijera qué hacer, a pesar de la constante aclaración sobre la importancia de escucharse a sí misma para hacer emerger lo que

ella desea, la paciente insistía en su demanda a que se le dieran indicaciones precisas. Otra de las dificultades fue que inicialmente la paciente planteó un periodo de 6 meses de “huelga emocional”, dentro del cual ella asistiría a las sesiones, lo cual conformó una limitante que no fue posible modificar. También se identifica la debilidad de la alianza terapéutica en la negativa de la paciente a ahondar en los temas abordados, así como la negativa para atender a las preguntas que se le planteaban con la intención de profundizar en temas que se repetían.

Los aspectos a favor de la alianza de trabajo fueron que la paciente acudió puntualmente a sus sesiones, en el día y horario programado, semana tras semana. Cuando se calendarizaron las vacaciones, los periodos se respetaron y, en ambos periodos vacacionales, la paciente retomó su proceso. Además, la paciente expresaba constantemente su motivación para acudir a las sesiones. Sin embargo, las limitantes mencionadas la desmotivaban, como cuando se le explicaba la naturaleza del proceso terapéutico y por qué no se le indicaría qué hacer, ella expresaba su desmotivación sin la apertura a profundizar en ello. Otro aspecto que favoreció la alianza terapéutica fue que la paciente mencionaba frecuentemente que el espacio le brindaba la sensación de ser escuchada y comprendida, lo que la motivaba a seguir acudiendo y a hablar aún con las dificultades.

Conciencia de Enfermedad

La paciente del caso que se presenta mostró una conciencia parcial de su malestar, ya que es consciente de los síntomas e inquietudes que experimentaba, como la ansiedad, la desmotivación, la sensación de soledad y las comparaciones constantes con otras mujeres. Además, identificó algunos de los factores que contribuyen a su sufrimiento, como la relación con su padre y el acoso laboral que

sufrió en una ocasión. Sin embargo, su conciencia estaba limitada a una percepción general de su malestar, sin un análisis más profundo de los conflictos que subyacen.

La paciente mencionó sus miedos, aunque aún se encontraba en el proceso de reconocer cómo estos miedos influían directamente en su vida actual. En este sentido, se observó una gran resistencia cuando se acercaba a contenidos que le resultaran dolorosos o amenazantes. La conciencia de enfermedad se veía opacada por las resistencias, lo cual dificultó sostener el proceso terapéutico, pues cada vez que se le invitaba a confrontar aspectos más profundos de sí misma, surgía un freno a manera de evitar responder preguntas, responder cambiando de tema o negando haber dicho sus propias palabras cuando se le repetían.

Su deseo de hacer una pausa en la terapia podría ser una forma de resistencia al trabajo continuo de exploración interna. Esta decisión de interrumpir el proceso terapéutico parece estar vinculada a la negativa de enfrentar aspectos más profundos o dolorosos de sí misma. En este contexto, la decisión de hacer una pausa podría verse como un mecanismo de defensa que busca evitar la angustia que podría generar el profundizar más en esos temas.

Motivación al Tratamiento

Para comenzar el tratamiento la paciente estuvo motivada por la búsqueda de alivio frente a un malestar persistente, como síntomas de ansiedad, sentimiento de desmotivación y soledad. El deseo de entender y manejar sus conflictos internos, especialmente relacionados con su relación con su padre y sus dificultades en las relaciones personales, la impulsaron a buscar ayuda. En las primeras sesiones, se mostró abierta a explorar estos temas, buscando respuestas a sus sufrimientos y tratando de comprender los factores que los provocaban.

Sin embargo, a medida que avanzaba el tratamiento, comenzaron a surgir resistencias que limitaron su apertura y disposición a profundizar en temas más complejos, derivando en su decisión de hacer una pausa en el tratamiento. Estas resistencias reflejan que su motivación al tratamiento estaba más centrada en aliviar síntomas inmediatos que en abordar de manera más profunda los conflictos subyacentes, lo que dificultó el avance del proceso terapéutico.

Otros Aspectos Técnicos

Para el desarrollo del presente trabajo, se atendieron diversos lineamientos establecidos por la institución en el marco de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, entre los cuales se destacan los siguientes:

- Se empleó el consentimiento informado correspondiente a dicha Maestría, conforme al formato institucional vigente (Apéndice A).
- Las sesiones fueron grabadas en apego al protocolo establecido para la elaboración de la tesis.
- Se respetó el calendario escolar oficial 2023–2024 emitido por la Secretaría de Educación Pública (SEP), siguiendo las suspensiones y periodos vacacionales indicados.
- Se dio cumplimiento a las indicaciones institucionales, llevando a cabo las sesiones exclusivamente dentro del espacio del Centro de Intervención e Investigación Psicológica (CIIP).
- Se procedió a la aplicación de una batería de pruebas psicológicas como parte del proceso de evaluación y conformación del expediente clínico.
- Se recabó la información necesaria para la integración del expediente clínico conforme a los lineamientos metodológicos establecidos por la Maestría.

Evaluación de la Eficacia del Tratamiento

En el presente estudio de caso, la evaluación de la eficacia del tratamiento se basó en criterios propios de la clínica psicoanalítica: cambios en el discurso, la elaboración de conflictos inconscientes, la transferencia y la resignificación de los síntomas. En función del plan terapéutico mencionado en el apartado anterior, cuyo objetivo principal fue disminuir las resistencias ante el contenido inconsciente y a su vez que el yo gestione las demandas del ello, el superyó y la realidad externa, con el fin de que la paciente pudiera enfrentar de manera más adecuada los conflictos psíquicos inherentes a la condición humana.

Para ello se empleó la técnica de asociación libre, la interpretación de los contenidos y la elaboración de estos, así como el manejo de resistencias conforme aparecían en el curso del tratamiento. La implementación de este plan se logró de manera parcial. Si bien se favoreció un primer movimiento subjetivo que permitió a la paciente interrogar algunos de los ideales rígidos que sostenían su posición de *niña buena*, persistieron resistencias que obstaculizaron la continuación del trabajo analítico.

Estas resistencias se manifestaron en forma de demandas dirigidas al analista para que le indicara qué hacer, interrupción de la asociación libre a través de racionalización de su elección de palabras, negar haber dicho algo que se le devolvía en sus mismas palabras, y omisión al responder preguntas que apuntaban a profundizar en su conflicto. A pesar de ello, el trabajo clínico permitió señalar estas resistencias en el espacio de la transferencia.

Aunque la interrupción del tratamiento impidió una elaboración más profunda de los conflictos de la paciente, se considera que el proceso cumplió parcialmente su

objetivo al propiciar un cuestionamiento inicial de los mandatos que sostenían al síntoma, la paciente comenzó a interrogar el mandato de cumplir con las expectativas ajenas, específicamente de su padre, y reconocer el costo psíquico de su obediencia, asociado a su malestar. También se trató de un acercamiento a la emergencia de una posición más activa frente a su propio deseo, lo que constituye un avance clínicamente significativo en el marco de una neurosis histérica, aunque incompleto debido a su interrupción.

Este movimiento, abre la posibilidad de futuros procesos de elaboración y de construcción de una vida menos determinada por el mandato de ser la *niña buena*.

Análisis del Caso

La escritura sobre la clínica psicoanalítica tiene implicaciones importantes. Gitaroff (2010) dice que “escribir sobre la clínica significa mostrarse en la intimidad del consultorio” (p. 101) lo cual despierta ciertas angustias en quien escribe, agrega que “al parecer, la clínica de la ‘profesión imposible’ es también imposible de llevar a la letra escrita. Sin embargo, bien vale la pena sortear las dificultades y hacer el intento” (p. 101). Sobre la escritura de análisis de casos para su publicación, la autora menciona que esta atiende a la búsqueda de las vicisitudes y fundamentos teóricos del tratamiento del cual se ha sido participe, desde una mirada siempre en retrospectiva.

A continuación, se lleva a cabo el análisis del caso, haciendo uso de las viñetas clínicas como recortes de la sesión que permiten ilustrar la situación clínica y crear hipótesis para llegar a algunas reflexiones sobre aquello que ha costado comprender y que ha dejado el deseo de elaborar investigación al respecto. Lo que corresponde hacer en el análisis del caso es incluir elementos de la vida cotidiana

del paciente, sus ocurrencias y recuerdos, así como traducir las señales del inconsciente que derivan de ello y teorizar al respecto (Gitaroff, 2010).

En este apartado se presenta el análisis del material clínico correspondiente al caso abordado a lo largo de este trabajo. Se organizará en torno a tres ejes que permiten articular lo presentado por la paciente con elementos significativos para la comprensión psicoanalítica de su experiencia subjetiva.

El primer eje aborda el fenómeno que hemos denominado *síndrome de la niña buena* y su relevancia en la vida psíquica de la paciente. El segundo eje es dedicado a examinar la construcción del ideal del yo como elemento del ser en las mujeres. Finalmente, el tercer eje se centra en la técnica psicoanalítica implementada durante el proceso terapéutico, destacando aspectos clave para la comprensión y la intervención en el caso. A través de la presentación de viñetas clínicas, se irán puntualizando estos ejes, señalando con la letra “T” las palabras de la terapeuta y con la letra “P” las palabras de la paciente, los tres puntos entre paréntesis “(…)” aluden a partes del discurso que fueron omitidas con el fin de esclarecer el análisis del caso.

La nomenclatura señalada entre paréntesis al final de cada viñeta facilita la identificación y referencia rápida de los fragmentos analizados. Esta notación incluye tres elementos: el número de viñeta (V), la sesión (S) y la fase (F) del proceso terapéutico. Por ejemplo, (V1, S2, F1) indica viñeta 1, sesión 2, fase inicial; (V3, S8, F2) corresponde a viñeta 3, sesión 8, fase intermedia; y (V16, S14, F3) representa viñeta 16, sesión 14, fase final. Esta codificación tiene como objetivo simplificar la lectura y referencia de los fragmentos clínicos a lo largo del texto.

Análisis del Eje 1: El Síndrome de la Niña Buena Desde el Psicoanálisis: el Conflicto Entre el Deseo y lo Normativo

A continuación, se desarrolla el primer eje de análisis, correspondiente al llamado *síndrome de la niña buena,* para su abordaje, se presentan las viñetas en las que la paciente expresa dicha posición, acompañada del análisis teórico correspondiente que permitirá articular el discurso en la clínica con los conceptos trabajados teóricamente dentro del marco teórico.

Para abordar el discurso de Itzel asociado al *síndrome de la niña buena*, enseguida se hace un abordaje de las formas en que la paciente ejemplifica cómo en su subjetividad surge el malestar ante dicho síndrome.

Para comenzar, la paciente fue quien inicialmente se identificó con el llamado *síndrome de la niña buena*, características que se asocian a diversos momentos de su tratamiento. *El síndrome de la niña buena s*e caracteriza por el comportamiento tradicional esperado de las mujeres, caracterizado por sumisión, ser servicial, la amabilidad e ingenuidad, lo que ha sido históricamente premiado en las mujeres en favor de complacer a los demás y evitar conflictos, así como cumplir con las expectativas de quienes las rodean, ser obediente a las normas y vivir en constante miedo a fallar, lo cual dificulta la toma de decisiones y reprime el enfado (PsicoAbreu, s. f. y Rubio, 2024). En Itzel se encontró dicho comportamiento cuando habló de su infancia y la forma en que se sentía limitada por el hecho de ser mujer.

> *“T: ¿Y cómo te hacían sentir estos juegos, que no eran lo que tus hermanos jugaban?*
>
> *P: (…) cuando estaba en casa de mi papá, era como de tengo que ir, pero voy a estar sentada y tengo que estar bien sentadita, no jorobada, tengo que cuidar qué palabras voy a utilizar y sobre todo pues por ejemplo, si traía*

vestidos, estoy sentada o como cuidar mi… como mi comportamiento, porque pues era la niña, ¿no? Era la que suponía que tenía que dar el síndrome de la niña buena, por así decirlo. Entonces, pues no me gustaba estar mucho en casa de mis tías." (V1, S2, F1).

Además de dar cuenta del llamado *síndrome de la niña buena* y lo que significó en la historia de la paciente, la paciente agrega lo siguiente en una sesión posterior.

"P: Anteriormente se acostumbraba dentro de la familia en la que me criaron, las mujeres no tienen… (hace una pausa) las mujeres siempre con la cabeza bajada y los hombres son los que toman las decisiones o que tienen la palabra y siempre tienen la razón." (V2, S6, F2).

La forma en que Itzel fue criada respecto al rol de mujer que le ha sido establecido inicialmente en su familia, es fundamental para lo que mencionan Laplanche y Pontalis (1983), quienes desde la teoría de Freud refieren a que las exigencias y prohibiciones de los padres se interiorizan, cuyo origen deviene de la imagen de los personajes temidos y corresponde a la autoridad, encarna la ley, por lo que se actúa como el propio juez. Esto se instaura como el ideal del yo y la función de prohibición. Es decir, aquello que se imponía desde el exterior, como mandatos de las tías de la paciente o los roles de las mujeres dentro de la familia, termina por formar parte de lo que la misma paciente se exige, desde prohibiciones que se vuelven propias.

Es importante tener en cuenta que dentro de la clínica, los llamados síndromes no sean el marco de referencia para describir y explicar el ser, ya que este queda reducido al discurso de la psicopatología que se limita a reconocer la apariencia y lo observable, dejando de lado aquello que el síntoma le significa a

cada una de las pacientes, sin abordar aquellas causas que en cada una le han determinado, a aquello que está detrás de lo aparente (Aliani, 2015 y Sanguinetti, 1978). Es por ello que se busca indagar cuáles son las particularidades del conflicto de Itzel y la forma en que esta construcción del ser mujer resulta conflictivo para la paciente.

> *"T: En el momento en el que surge la oportunidad de hacer una de estas actividades que tú quieres hacer, surge un motivo para no hacerlas. Viene un discurso interno que dice 'mejor no'.*
>
> *P: Sí, sí (…), es muy difícil ser yo porque trato de ser responsable y verme como alguien independiente, fuerte, pero por otra parte me siento como pues literalmente una niña destrozada, con el corazón hecho pedacitos que están tratando de rescatar esa parte de la infancia y colocar lo que le corresponde a cada quien como miembro de mi familia, porque para mí la familia es muy importante, pero también estoy tratando de resolverme a mí misma, en ese proceso.*
>
> *T: Y haces esta comparativa de quisiera yo 'parecer' como que hacia afuera, pero dices 'me siento como una niña'.*
>
> *P: Sí, como niña, pues sin lugar, sin su familia, sin a lo mejor esa cobijita que te hace sentir a gusto, segura, protegida."* (V3, S8, F2).

Aliani (2015) menciona que la clínica psicoanalítica plantea darle voz al síntoma, considerándolo el resultado de la articulación de deseos reprimidos y demandas insatisfechas que se ocultan tras su solicitud de alivio.

La lucha interna de Itzel con la culpa y la autoexigencia que derivan de las normas impuestas desde el ideal del yo, instancia que internaliza las expectativas sociales y familiares sobre cómo debe comportarse (Freud, 1923a), especialmente

en relación con el ideal de la *niña buena*, derivan en la dificultad para permitirse momentos de felicidad y la constante evaluación externa de sus decisiones, lo cual muestra la influencia de un superyó riguroso, que actúa como un juez interno crítico, reprimiendo la expresión plena del deseo y limitando la autonomía subjetiva (Laplanche y Pontalis, 1983) tal como se muestra en la siguiente viñeta.

> *"P: Tampoco no creo que sea una tan mala persona para que me sienta de esta manera todos los días, porque sí, repito, está bien no sentirme bien todos los días, pero ya todos los días, no, pues qué infeliz ya eres con tu propia vida y que no te puedes permitir ese ratito de felicidad. O qué tan mala persona soy para sentirme así siempre.*
>
> *T: Y que hablas de permitirse esa felicidad como si hubiera que pedir permiso para ser feliz.*
>
> *P: Pues es que muchas de las decisiones que he tomado prácticamente toda mi vida, siempre es como '¿cómo ves esta parte?, ¿Oye, y qué opinas de esa situación?' Nunca he tenido yo la decisión al 100 % de realizar algo."* (V4, S8, F2).

Tal como se plantea en el marco teórico, en el apartado titulado *El Deseo Frente a lo Normativo*, el conflicto entre el deseo de sentirse feliz, representado por el ello, y las normas internalizadas, desde el ideal del yo que en la paciente devienen en dificultad para tomar decisiones acerca de si misma seguido de sentimiento de culpa al respecto, lo que genera un malestar psíquico constante que se expresa como sentimientos de culpa y angustia, dificultando que la paciente encuentre un espacio para el goce y la autoafirmación (Freud, 1923a; Rodríguez, 2001). Asimismo, la tendencia a consultar constantemente la opinión de otros refleja la internalización de mandatos sociales que relegan la toma de decisiones al otro,

obstaculizando la apropiación de la palabra y la autonomía (Geréz, 2019; Tubert, 2010).

En la clínica psicoanalítica, este tipo de manifestaciones son abordadas como expresiones del síntoma que articulan deseos reprimidos y demandas insatisfechas, por lo que el trabajo terapéutico busca ofrecer un espacio donde la paciente pueda recuperar su voz y cuestionar las normas que la limitan, avanzando hacia una relación más auténtica consigo misma y sus deseos (Aliani, 2015; Rutenberg, 2018).

Para complementar el análisis del eje sobre el *síndrome de la niña buena* se evidencia la transmisión intergeneracional de mandatos sociales que perpetúan la subordinación femenina y limitan la autonomía de la paciente, ya que ella identifica cómo “las generaciones anteriores”, sus abuelas y madre, vivieron situaciones de subordinación y falta de poder sobre sus decisiones y sobre aspectos importantes de sus propias vidas, lo que ella ve como “efecto espejo” en su identidad y experiencias presentes.

> *“P: Me hace mucho ruido mi pasado, porque en algún libro leí que las personas que somos ahora son como los reflejos de nuestras generaciones anteriores. Pues yo tengo una generación algo lastimada, por así decirlo, porque me antecede mi mamá y no es como que tenga una bonita historia de vida. Me antecede mi abuela paterna y tampoco tiene una historia que dijeras puedo rescatar esto y esto me enorgullece. La historia de mi abuela materna es peor que la de mi paterno. (…) Pero digo, pues al final de cuentas el hecho de que a ellas les haya ido mal, no significa que a mí me vaya a ir mal, pero sin embargo sí es como el efecto espejo que me veo en ellas en muchas situaciones y que siento que también es parte de mis inseguridades, porque pues no dejemos de lado que vivimos en una sociedad donde a la mujer se le*

menosprecia, se menos valora por acciones, labores, política, por llamar alguna etiqueta de esa manera.

Creo que a la mujer siempre se la ha visto como menos. Entonces en casa es como de que, por eso los hombres tienen la última palabra o se podría decir que el criterio más fuerte como para poder decidir, porque no sé si te haya pasado en tu casa, pero en mi casa es lo que diga tu papá y tu papá es el de la última palabra o de, por ejemplo, a mí me pasó cuando me vine a estudiar aquí en la ciudad, que yo le decía a mi papá 'es que yo quiero estudiar administración o contabilidad', y él dijo 'yo no voy a estar tirando mi dinero a la basura para que al final termines cuidando niños y haciéndote cargo de alguna persona que no te valore y que sea mantenida de ti. Si vas a estudiar, vas a una carrera que yo elija', entonces él decidió que fuera enfermería y yo pues entré, sí y no me impuse porque fue como de 'ok, voy a estudiar enfermería' (…) Pues a mi abuelita paterna prácticamente la vendieron (…) pues no fue como de que mi abuelita diga 'bueno, me gustaba o me sentía cómoda con él' (refiriendo a su abuelo), sino 'fue la única persona que me quedó y al final de cuentas tuve hijos con él, pues era lo que me tocaba, ¿no? o sea, él me apoyó, tenía yo que pagar de alguna manera' y siento que las cosas no, no tuvieron que haber sido así. Al final de cuentas las decisiones que tomaron fueron las que trazaron su historia.

T: Y ¿qué de eso que se refleja en ti?

P: Creo que en la sesión pasada yo lo comenté, que por ejemplo me pasaba que ahora que mi hermana se, se comprometió o hicieron el compromiso, me decían muchos '¿y tú, para cuándo?' o ese tipo como de comentarios que llegamos a escuchar. Y yo lo que le comentaba a mi abuelita materna, le dije

está bien si mi realización no es casarme, tener hijos o terminar con una pareja y está bien y respetable." (V5, S9, F2).

Esta historia familiar se alinea con la función del ideal del yo, que posteriormente deviene en el superyó, instancia del aparato psíquico que alberga las normas, valores y principios éticos que la sociedad y la familia imponen, especialmente en lo relacionado con las expectativas de comportamiento que se acerquen al ideal del bien o la perfección (Freud, 1923a). Estas exigencias, una vez incorporadas por el sujeto, se convierten en parte de sí misma y operan como una medida interna que regula el comportamiento en función de ideales de perfección y moralidad. Dicha instancia no solo impone, sino que también expresa aquello que el sujeto ha hecho propio, lo que puede generar una fuerte exigencia sobre la paciente, dificultando la expresión auténtica del deseo y la autonomía personal.

La influencia del entorno social y familiar que "menosprecia" a la mujer y prioriza la autoridad masculina se refleja en la dificultad de la paciente para ejercer decisiones propias, lo cual se hace evidente cuando relata la imposición del estudio de enfermería por parte de su padre, ante lo cual ella cede. Este relato manifiesta la tensión entre el ello, que contiene los deseos de la paciente de decidir sobre sus estudios, y el autoritarismo de su padre, quien reprime esos deseos en función de las normas que impone como figura de autoridad.

Finalmente, la afirmación de la paciente respecto a que su realización personal "está bien y es respetable" aun cuando no siga las expectativas tradicionales de casarse o tener hijos, indica el asomo de un movimiento hacia la recuperación del deseo propio y el encuentro con la autonomía, y una posible resistencia a las imposiciones normativas familiares que generan malestar (Geréz, 2019; Tubert, 2010).

En cuanto a los vínculos de pareja de la paciente, aparece en el discurso nuevamente la toma de decisiones de su padre sobre ella. Los padres de Itzel ejercieron un control que anulaba su posibilidad de elegir, reproduciendo lo que Merlin (2021) describe como la lógica patriarcal que organiza la cultura. Desde una mirada psicoanalítica, la autora menciona que la lógica sitúa a la mujer en un lugar de sometimiento a los mandatos de la autoridad masculina, lo que restringe su deseo y su posibilidad de reconocerse frente a sus propios deseos y reconocerse frente a las expectativas de los demás. Las prohibiciones familiares, más que simples normas domésticas, operan como dispositivos que encarnan la ley patriarcal, condicionando el lugar que la mujer puede ocupar y reforzando su subordinación en el marco social y cultural, esto se ejemplifica en el discurso de la paciente, en la siguiente viñeta.

“T: Dices que fue a través de tus papás que decides terminar esa relación (son su expareja), ¿tomaste la decisión por tus papás, por esta presión que había?

P: Pues es que sí, porque a mí no me permitían relacionarme con hombres. O sea, ya la regañada marca diablo ya la tenía asegurada cuando llegaba a mi casa. Entonces cuando yo conocí a esta persona fue como de no manches, ¡no!, o sea, te digo, él llegó a ser equipo conmigo. Yo estaba muy a gusto con él y aparte, pues había obviamente atracción física en ambas partes y me sentía querida, me sentía protegida.

Entonces cuando mis papás me dicen ‘sabes que, es que es una persona que no te conviene por esto, por esto, por esto, por esto’, fue como de, pero si me… si me permitieran tomar esa decisión por mí, porque creo que han criado una niña con valores, no deberían de tener ese miedo, pero

creo que tenían más miedo por mis acciones en ese momento, que hoy que estoy aquí en la ciudad.

Mi papá me decía 'es que fíjate en dónde vas a pisar, porque una vez que pises una tabla que no esté bien puesta, te vas hasta el fondo y ahí no hay quien te saque', yo le decía 'papá, si la hubiera querido regar hace años lo hubiera hecho, sin embargo, no está en mis pensamientos en este momento y también pues ¿quién piensas que soy?', porque él tiene esa idea de que te vienes acá (refiriendo a la ciudad) y te pierdes, ¿no? (…)" (V6, S9, F2).

Aquí entra en juego el concepto psicoanalítico de la identificación, donde las personas asimilan un aspecto o atributo del otro y en consecuencia se apropian de dichos aspectos de manera que le resulten propios a su personalidad (Laplanche y Pontalis, 1983). Esto ocurre al responder al mandato familiar, al deseo del padre de conservar a la paciente cerca y garantizar que ella cumpla con el rol asignado en la familia, un reflejo de la dinámica en la que la paciente queda atrapada en la lógica de la abnegación y la entrega al orden social.

Aunado a este mecanismo, la experiencia de Itzel expresa la doble opresión que enfrentan las mujeres al construir su subjetividad, por un lado, enfrentan las normas sociales de género, que las condicionan a adoptar un comportamiento sumiso y moderado. Por otro lado, el superyó, instancia psíquica cuya función permite la vida psíquica y social al regular la conciencia moral y la integración social, les impone restricciones que prohíben el goce y la autoafirmación (Geréz, 2019).

Así, la posición de Itzel como hija no solo queda determinada por la internalización de normas y mandatos familiares, sino por la necesidad de cumplir con un ideal de feminidad marcado por la abnegación y la obediencia al orden

masculino. Esto guarda relación con lo que plantea Irigaray (2009) acerca de que la mujer encuentra su reconocimiento y valía ante la sociedad mediante su amor servil a su padre o su marido.

La experiencia de Itzel muestra cómo, al igual que otras mujeres en contextos donde la autonomía femenina representa una amenaza al orden establecido, la palabra de la madre o de la familia no garantiza un camino de autonomía, sino que muchas veces refuerza la falta de goce y la prohibición interna, siendo común que emerjan los diálogos entre madre e hija, donde la madre transmite consejos como por ejemplo quedarse en casa para evitar la amenaza de violación (Rutenberg, 2018).

> *"P: No, creo que me sirvió para darme cuenta de que, aunque intente quitar o taparme el sol con un dedo, pues no se puede ocultar lo que es más que evidente.*
>
> *T: ¿Qué es eso que es más que evidente?*
>
> *P: Que mi padre es, desde que estaba pequeña… en una etapa donde empiezas a socializar, conocer tu cuerpo, experimentar, socializar con personas del género opuesto, que antes, por ejemplo, en mi caso, que mis primos son hombres, es como de a jugar, ¿no? pero ¿qué pasa cuando ya los empiezas a ver atractivos, cuando empiezas a socializar con ellos?, no propiamente para formar una relación, sino para crear vínculos de amistad. Y creo que desde que recuerdo siempre se vio como esa parte oprimida, porque era como de 'no, tú no tienes tiempo para eso, tú para la escuela, para enfocarte, para ser alguien en la vida' y creo que ese microchip o secuencia de pensamientos los fui alargando 'es cierto, tienes razón, por algo me lo*

dice'. Y pues hasta la fecha creo que es algo que aún me cuesta." (V7, S10, F2).

La posición de Itzel frente al encuentro con otros, en específico con varones en su niñez, expresa un conflicto marcado por la dificultad para abrirse paso hacia un camino donde pueda elegir por ella misma, donde pueda habitarse como un ser deseante al margen de la autoridad paterna.

La paciente internaliza un sistema de normas y demandas que regulan la experiencia de su propio cuerpo y deseo, al punto de censurar su apariencia para responder a criterios de respetabilidad y decoro ligados a una concepción de la feminidad marcada por la sobreadaptación (PsicoAbreu, 2024 y Rubio, 2024). El hecho de que la paciente asocie ciertos gestos, como arreglarse o maquillarse, con la categoría de "mala persona" evidencia el peso de un ideal normativo donde la imagen del *síndrome de la niña buena* está íntimamente ligada a la abnegación y la renuncia al deseo propio (Engel, s. f. a).

"T: ¿Por qué relacionar esta dificultad para encontrar el disfrute, para encontrar la felicidad con ser mala persona?

P: Cuando estaba chiquita hacía mucho el énfasis, no sé si le pasó a usted, por ejemplo, que decía 'no, es que te tienes que portar, no tienes que hacer todo esto porque eso lo hace una persona mala, eso no lo tienes que hacer'. Sobre todo mi abuelita, porque yo fui "niña llavero", o sea, hoy te toca con la tía y te toca con la abuela y así me traía de llavero. Entonces las personas me daban como un prototipo de lo que está bien a la percepción de la sociedad y lo que está mal. Entonces eso no, porque eso lo hacen solamente las malas personas. Entonces como que siento que me di una idea de lo que no está bien visto por la sociedad, como el síndrome de la niña bien,

no sé si ha escuchado de que por ejemplo, no dice groserías porque pues no está bien visto, la que por ejemplo, a lo mejor no usa ropa muy pegada porque no está correcto o muy escotada, o por ejemplo, en mi familia unen el arreglarse y el maquillarse con las mujeres que tienen una profesión no tan propia, como son las prostitutas o toda esta parte en mi familia así lo ven. Entonces, pues el día de hoy yo no me maquillo, trato como de siempre tratar de mostrar lo menos posible de piel porque probablemente tengo muchos estigmas con mi cuerpo, pero creo que son alusión a lo mismo que siempre me han dicho eso es una mala persona, esto no es de una buena persona.

T: ¿Y qué piensas ahora al escuchar eso? ¿Son características y comportamientos de una mala persona, de una mala mujer, todo eso que describes?

P: No como de una mala mujer, pero sí de una mala persona poniéndose o anteponiéndose primero y no poniéndose después de todos. Siento que nunca me he dedicado el suficiente tiempo, la atención, el cariño y el amor propio para ser yo. Lo que diga mi papá, lo que diga mi hermano, pues yo tengo a lo mejor esta necesidad, pero siento que mi hermana es ahorita una prioridad, que es como en el caso de ahorita que ya está comprometida.

Hablando de días pasados con mis papás estábamos hablando de que se nos va a heredar como un terreno y lo están dividiendo. Entonces dije 'ay no, pues yo ahorita que estoy trabajando, voy a pedir mi crédito Infonavit y voy a ver si puedo construir aquí', y respondieron 'no, ahorita lo importante es tu hermana' entonces siento que de cierta manera me hacen menos por el hecho de que yo no estoy en una relación. Entonces inconscientemente o

conscientemente ellos no se dan cuenta de la persona que tiene sentimientos, que sufre al tener este tipo de comparaciones." (V8, S10, F2).

La posición de la paciente parece responder al entramado de una "ideología de la domesticidad" (Dueñas, 1999), donde a las mujeres se las obliga a adaptarse para garantizar un lugar legítimo en la familia y la comunidad. Asimismo, esta posición de sobreadaptación, descrita por Fernández-Poncela (1995) en su análisis de la narrativa oral tradicional, refleja un dispositivo cultural donde la obediencia garantiza un supuesto reconocimiento, al costo de inhibir el acceso a un goce legítimo y una autonomía subjetiva. Aunque, es precisamente en ese deseo insatisfecho donde, desde la mirada psicoanalítica, la histérica encuentra el goce, en el permanecer deseante (Maleval, 1994) y que esta postura podría poner la obediencia como forma de mantener su deseo intacto, sin confrontarlo, obedeciendo al deseo del otro, encontrando valía a través de sujetarse a la mirada y aprobación del padre, que ella expresa como "lo que diga mi papá" seguido de la frase "yo tengo esa necesidad" desde donde la paciente podría encontrar cierto sostén narcisista (Vegetti, 2002) pero que esta posición también se acompaña de malestar, la paciente expresó este pensamiento de la siguiente manera:

"P: Pero pues antes era como más retraída, como de si no te preguntan mejor no hables, tú te ves más bonita callada, o como esos estereotipos que la misma sociedad, o que mi entorno en ese momento de crianza me daba.

T: ¿Y cómo escuchas eso ahora?

P: Pues hay cosas con las que sí estoy de acuerdo y hay otras cosas con las que no estoy de acuerdo. Más, sin embargo, el no estar de acuerdo se vuelve un tanto desgastante porque son con personas mayores (…) ya para

todo, es como: yo siempre lo he hecho así y así, así vengan meteoritos, ovnis, lo que pase, mi forma de pensar no va a cambiar" (V9, S11, F2).

El posicionamiento de la paciente, como quien no tiene opciones frente a los adultos mayores que son necios en su forma de pensar, puesto en ellos como "mi forma de pensar no va a cambiar", podría ser una forma de responsabilizar a esos otros sobre lo que sucede con ella misma, el otro puesto como aquel que impone un comportamiento estereotípico de la crianza en las mujeres, y de esta forma alejarse de la situación que pueda ser conflictiva: el encontrarse con su propio deseo, que sostenga su valía personal y que dejaría entonces de lado aquella posición de goce ante la falta.

Con el paso de las sesiones es posible identificar algunos emergentes en el discurso respecto de la forma en que la paciente ha incorporado el llamado *síndrome de la niña buena*, y es posible visualizar lo que Moreno (2019) y Vegetti (2002) resaltan sobre la importancia de la recuperación de las historias silenciadas para develar el significado de la experiencia de cada caso, como parte de un movimiento emancipador de las mujeres ante las imposiciones sociales y de género que devienen generalmente en malestares, ya que estos determinan y limitan los espacios que ocupan las mujeres en todas las esferas de la vida. En el contexto de la clínica psicoanalítica, Vegetti (2002) señala la importancia de que este espacio permita que cada mujer sea escuchada para expresar y comprender su experiencia personal desde su propia historia y su singularidad.

Este proceso no sólo favorece una comprensión más profunda de su malestar, sino que también contribuye a valorar trayectorias de vida que, en muchas ocasiones, han quedado opacadas o poco nombradas debido al entorno cultural donde ciertas voces han tenido mayor visibilidad.

> *"P: estoy rodeada de generaciones que han venido lastimadas en el aspecto de la mujer, no me colabora nada el hecho de que mi papá es machista y que he vivido rodeada de todo ese aspecto y darle un lugar propio a lo que es ser mujer. Siento que se ve fracturada de esa parte de la comparación, mi familia apoyaba los comentarios, como por ejemplo de mis tíos o de familiares que decir es que ella (su hermana) es bonita y tú eres inteligente, es lo que hay (…) son los comentarios que yo escucho de mi familia, pues 'si disfrutó su carrera, se va a esclavizar, si le va bien, pues qué bonito y si no, pues no hay de otra, ella eligió eso y, y pues si vienen consecuencias de eso, sería la cruz que tendría que cargar porque ella lo eligió'. Teniendo opciones de esta perspectiva, siento que tengo las herramientas necesarias para no depender justamente de una figura masculina para sobresalir, porque pues tengo más de cinco años siendo independiente, solventando mis gastos."* (V10, S11, F2).

Desde la perspectiva psicoanalítica, el sujeto encuentra dentro de la clínica la posibilidad de apropiarse de aquello que pulsa en su cuerpo y su imaginación, restituyendo aquello que ha dejado fuera su cuerpo en malestar, su existencia en símbolos, ritos y pasiones. Se trata de un acompañamiento que permite al sujeto ir develando su deseo inconsciente, aquel que se expresa en malestares porque aún no ha encontrado otra forma simbólica de manifestarse (Aliani, 2015).

En este apartado se ha analizado las manifestaciones clínicas del *síndrome de la niña buena* en el caso aquí presentado, entendido este *síndrome* como una posición subjetiva marcada por la obediencia, la búsqueda de aprobación y la dificultad para decidir por sí misma. Las experiencias familiares de la paciente, en las que figuras como sus abuelas han sido privadas de decidir sobre sus vidas, así

como la dinámica en la que el padre toma decisiones sobre ella misma, configuran un ideal del yo caracterizado por el sometimiento, lo cual limita su posibilidad de reconocerse frente a sus propios deseos de autonomía y de sentirse satisfecha con la vida que lleva. Esta configuración subjetiva sostiene un deseo insatisfecho que, desde el psicoanálisis, puede comprenderse como una posición histérica, en la que se responsabiliza a los otros de su situación actual para sostenerse en el lugar de deseante, en falta. La clínica, en este sentido, se plantea como el espacio para que la paciente pueda poner en palabras ese malestar y develar su deseo inconsciente, abriendo la posibilidad de ir más allá del mandato de la *niña buena* y de decidir sobre sí misma.

Análisis del eje 2: La Construcción del Ideal del Yo Como Elemento del Ser en las Mujeres.

En este apartado se desarrolla el segundo eje de análisis, correspondiente la construcción del ideal del yo como elemento del ser en las mujeres. Para ilustrarlo, se presentan las viñetas del diálogo terapéutico, acompañadas del análisis teórico correspondiente que permitirá articular el discurso con los conceptos trabajados en esta investigación.

Respecto de la construcción del ideal del yo, Tubert (2010) menciona que la construcción de la feminidad se configura a partir de modelos culturales, ideas y discursos que varían según la época y las prácticas sociales, moldeados por las desigualdades de género en las relaciones sociales y de poder, los cuales ponen en desventaja a las mujeres, ya que no suelen apuntar a la satisfacción de sus necesidades, deseos y aspiraciones, sino que representan un medio de exclusión.

La autora agrega que la conformación del ideal del yo, es decir, de la identificación con los seres amados y el narcisismo propio en cuanto a la idealización de las cualidades y su valor, se suman los estereotipos de género que transmiten y modelan la personalidad, integrando en este ideal del yo los ideales culturales y las experiencias individuales dentro de cada contexto. Enseguida se muestra una viñeta donde la paciente relata su internalización de los estereotipos de género, de manera que es ser hombre y ser mujer se asocia a aquello que se puede hacer o no.

> *"P: Mi hermana siempre fue como de 'tú nunca jugaste conmigo, siempre estabas de malas, porque tú lo que querías era andar allá afuera, tú querías estar haciendo cosas de niño' entonces, pues siento que de cierta forma eso reafirmó mi personalidad, porque yo les digo a mis amigas, que yo en alguna otra vida, porque mi familia es católica, creo en la reencarnación, entonces creo que a lo mejor en otra vida pude haber sido un hombre o pude desarrollar actividades que hace un hombre y que ahora puedo llamar que son como deja vus, como episodios de la vida que viví, por ejemplo, con mi abuelito me ha pasado mucho que a veces vamos a sembrar y yo no recuerdo jamás haber encendido un tractor y lo supe hacer, pero no fue como de que a mí me explicara 'mira, le das, ahora así' sino que es como por razonamiento, ¿sabes?"* (V11, S2, F1).

La paciente menciona cómo desde la infancia se le ha señalado una diferenciación entre lo que se considera propio de los hombres y de las mujeres, identificándose con actividades culturalmente asignadas al género masculino, como jugar en la calle o encender un tractor. Ella misma reconoce que estas experiencias moldearon su personalidad y que su propio razonamiento le permitió realizarlas, sin tener que ser hombre, lo cual abre un espacio para cuestionar si estas actividades

son verdaderamente exclusivas de lo masculino o si responden a construcciones culturales que han definido su ideal del yo.

Como Rutenberg (2018) menciona, hay cierta desventaja socialmente impuesta a las mujeres por el hecho de serlo, ya que la diferencia sexual, identificada inicialmente desde la diferencia en el cuerpo, determina los roles bajo los cuales las personas se identificarán. La autora agrega que la base del superyó en las mujeres está marcada por la prohibición a disfrutar y experimentar placer en su propio cuerpo y esta dinámica psíquica da lugar a la prohibición sexual, que se refleja en síntomas como forma de satisfacer las pulsiones a pesar de las prohibiciones, manifestándose de manera alterada como lo describe la autora, 'una satisfacción mutilada', tal como se muestra en la siguiente viñeta.

> *"P: Se dio la oportunidad (de tener relaciones sexuales coitales por primera vez) y la viví, pero no fue como algo que me hiciera sentir cómoda. yo le decía a mi pareja que de cierta manera siento que él era más, no sé cómo decirlo, hay un escritor, que sitúa a los hombres que piensan con la cabeza de abajo, con su órgano y las mujeres son como más racionales o como yo digo, más a la seducción y ellos se adaptan. Entonces siento que mi pareja en esta ocasión no se complementó de esa manera. Ya lo viví, no me gustó."* (V12, S2, F1).

La dificultad de la paciente para gozar de su vida sexual puede deberse a la posición objeto de seducción que asume, la cual no es casual, sino que remite a la explicación de Gerez (2022) acerca de cómo surge el síntoma histérico de demanda de reconocimiento simbólico de la sexualidad. La autora explica que hay un avasallamiento histérico del yo frente al superyó, es decir, un yo sometido o dominado por las exigencias ligadas a una conciencia moral severa, esto se debe a

que el encuentro con el deseo despierta angustia o terror, lo que podría devenir en reprimendas o castigos de sí misma. De este modo, la paciente mantiene un síntoma: el de ser deseada por los hombres como única vía de sostener su femineidad, evitando enfrentarse al goce propio y con ello pacificar su conciencia moral.

Irigaray (2009), agrega que cuando la satisfacción se encuentra en el amor servil a la pareja, al padre, o a los hijos, surgen malestares debido a que esta posición deja a la mujer en un estado de dependencia de la aprobación y reconocimiento masculino.

En la conformación del ideal del yo convergen el proceso de identificación con las normas, el proceso de identificación con los padres, sumado al narcisismo primario que apunta a la idealización de las cualidades propias. En este proceso tiene importancia la internalización de las normas familiares y sociales como punto de referencia al que el sujeto intenta acercarse, creando un balance entre lo que el individuo desea y lo que se espera de él en la sociedad, lo cual puede desembocar en una integración social o en malestares, según sea aquello que se ha internalizado. El ideal común de la familia a la que se pertenece, en conjunto con las normas de la sociedad que les rodea, desembocan en intentos por ajustarse a las exigencias y requerimientos de su tiempo y entorno (Freud, 1921), como lo mostró Itzel en las siguientes viñetas.

“T: Incluso en este momento comienzas a describir grandes logros como si no fueran nada.

P: Pues es que fui resolutiva y creo que cualquier persona en mi estado lo pudo haber hecho.

T: Sin embargo, en otras sesiones has mencionado cómo independizarte implicó mucho esfuerzo y ha sido producto de tu realización, de tu trabajo. ¿Por qué no reconocerlo?

P: Porque siento que no es algo de alardear, sino de reconocimiento, como dices tú (…)

T: ¿De quién esperabas ese reconocimiento?

P: De mis papás (…)

T: Y que entonces suena a que conoces tu esfuerzo, lo sientes, lo sigues haciendo, incluso en situaciones adversas, pero sigue estando presente esta mirada que dice 'eso no tiene ningún valor'.

P: Razón por la que no tengo espejo en mi cuarto.

T: ¿Cuál sería la razón?

P: Porque me da miedo, ahí en el espejo, verme con miradas de reproche, cosas que dije que jamás voy a hacer y las estoy haciendo.

T: ¿Como cuáles?

P: Pues estar estática en un lugar. Siempre dije "voy a viajar, voy a conocer muchas cosas". Y después de tres años, tuve la oportunidad de viajar y simplemente a poner prioridades, mi familia, mis hermanos. Y es de: ahora estas tú y me pregunto ¿qué resuelves contigo?, pero me construí poco a poco, cuando mi todo se fue.

T: En ese 'todo' no te mencionaste a ti misma

P: Nunca, no.

T: ¿Qué habría que hacer para que te voltees a ver a ti misma, porque tú eres tu todo?

P: No sé cómo hacer eso... Tengo 27 años formando, intentando formar una familia, parejas, una relación entre padres e hijos e hijos entre padres y nunca me tomo de tiempo para hacerme esa pregunta.

T: ¿Y ahora tendrás el tiempo para hacerte esa pregunta?

P: Sí, yo creo que es buen momento." (V13, S5, F2).

Esta viñeta pone en evidencia la búsqueda de obtener reconocimiento específicamente por sus padres, de quienes espera ser mirada de manera distinta, lo cual genera conflicto al no ser obtenido. Sesiones más adelante, la paciente retoma este tema, haciendo regresión a etapas infantiles, desde donde advierte la dificultad de voltear a verse a sí misma.

"P: Pero a lo que voy con este comentario es que no siempre se puede sola y a lo mejor a mí me crearon esa semillita como chip que a veces inconscientemente nos vamos creyendo, me decían 'bueno, es que tú eres la inteligente, tu hermana es la bonita, te va a costar muchísimo más trabajo encontrar un buen partido porque no eres bonita'. Y todo este tiempo que me lo dijeron en mi infancia, siento que la parte más importante es la infancia porque es donde absorbes todo, que a veces yo les cuento a mis hermanos que es como de no, no hagan eso con mi sobrino, porque aunque ustedes piensen que el niño no piensa y no razona, es una esponja, todo lo aprende de nosotros, de nuestros patrones, de nuestra forma de ser, de responder a ciertos estímulos." (V14, S9, F2).

Entendido al ideal del yo como una parte de la estructura del superyó, se trata del modelo al cual el sujeto intenta adecuarse (Laplanche y Pontalis, 1983). Gérez, (2019) agrega que las funciones de un superyó mesurado permiten una vida psíquica y social en la que haya conciencia moral y posibilidad de integración social,

pero un superyó vigilante actúa en la psique como una voz ajena que genera malestar y síntomas histéricos, esto provoca una dificultad para sentirse dueña de sí misma debido a ese superyó dominante, sumado a aquello que emerge del ello que intentan burlar las resistencias y abona a los síntomas. Según Freud (1905 [1901] y 1926 [1925]) eso que se inhibe en los casos de histeria está fuertemente ligado a la vida sexual del paciente, particularmente en lo que atañe a las corrientes afectivas que entran en tensión y conflicto debido al complejo de Edipo (Freud, 1920), lo que puede ser el motivo psíquico que lleve a la paciente a adoptar las normas sociales que, aunque conflictivas, habilitan un ideal del yo que brinde la posibilidad de satisfacción desde la postura femenina idealizada como servicial, pasiva y obediente, es decir, una satisfacción a través de la satisfacción del deseo del otro.

En las siguientes viñetas, Itzel muestra como hay lugar en las sesiones para cuestionar aquello que constituye su ideal del yo:

“T: Y que dices ahí una frase muy interesante de ‘no soy el patito feo que todo el mundo me decía que era’.

P: Y vaya que cuesta desprogramarse, de verdad, ¡vaya que cuesta! (habla con voz entusiasta). (…) Siento que fue como dicen, agradece que fue una gota que derramó el vaso para que dijeras oye, esto no está bien (…) creo que a veces nos castigamos mucho como por los estereotipos sociales, vaya, propiamente en la sociedad en la que vivimos. Muchas de las veces no es solamente algo que he leído últimamente, que la belleza no es simplemente una cara bonita o unas curvas perfectas. La belleza depende de los ojos con que la mires. (…)

T: Dices, entonces Itzel ya no es ese patito feo que todos le decían que era, ¿entonces quién es Itzel?

P: Pues sigo buscándome." (V15, S12, F2).

La paciente alude a los estereotipos sociales como el motivo para castigarse, aunque desde la mirada psicoanalítica, dichos castigos pueden provenir de la identificación con los estereotipos sociales mencionados, que devienen en una conciencia moral severa, en un superyó que, a través del castigo, evita el encuentro con el deseo (Gerez, 2022). Por otro lado, según Freud (1923[1922]) es desde el psicoanálisis que los pacientes se permiten explorar los procesos culturales de sus contextos y comprender mejor las dinámicas sociales para analizar y cuestionar cómo se constituye su subjetividad, lo que puede aparecer en la clínica como esa búsqueda de sí misma a la que refiere la paciente.

Enseguida se ejemplifica dicho proceso de búsqueda de sí misma y encuentro con aquellos ideales con los que la paciente se ha identificado.

"P: Es bien difícil, es bien difícil resetearse y cambiar el chip, de verdad, porque te había comentado ya que no tenía espejo (se ríe), pues ahora como ya tengo espejo digo, es que es bien complicado.

T: (la interrumpo) ¿y en qué estuvo que llegó ese espejo ahí?

P: (se ríe) este, (se ríe) es que fue algo bien tonto, tenía que disfrazarme para ir a la guardería y dije 'es que no me puedo ver, necesito un espejo o algo en qué verme para que no se vea mal y no perder como la presencia', entonces fue como llegó el espejo.

T: (la interrumpo) y dices 'para no perder la presencia'.

P: (interrumpe) La esencia, la esencia (…)

T: Y decías que te daba miedo el espejo grande.

P: Pues es que todos tenemos en su momento un niño interior, a lo mejor es cliché porque ahora fue el día del niño, pero es que sí es cierto,

todos tenemos un niño dentro y yo espero que en unos años esa niña se sienta orgullosa de la mujer que soy (…)

T: ¿cómo ha sido ahora tener ese espejo… y verte?

P: Pues hay muchas cosas que sí me agradan y otras con las que no estoy conforme, pero al decir que no estoy conforme no significa que sea malo, sino siento que son áreas de oportunidad en las que puedo trabajar para verme mejor o para sentirme mejor (…)

T: ¿Qué es lo que habría que trabajar sobre esas partes del cuerpo que…?

P: (interrumpe) siento que, por completo la aceptación, es lo que tienes." (V16, S14, F3).

El quehacer dentro de la clínica psicoanalítica procura que cada paciente recupere y reconstruya su historia, lo cual abre las puertas a develar el significado de la experiencia y reducir los malestares a través del discurso (Vegetti, 2002), esto implica confrontarse con aquello que se dice. Cuando la paciente niega haber hablado de su "presencia", aparece la resistencia ante ese contenido que no se quiere revelar ni enfrentar (Freud, 1920) lo cual pueda indicar la dificultad para hacer análisis de eso que ella misma va hablando: el no poderse ver. Es probable que el no "verse" o "aceptarse", tenga que ver con las anteriores mencionadas "*miradas de reproche*" (en la V13, S5, F2) provenientes de ella misma al mirarse en el espejo, que remontan a un superyó severo que, según Gerez (2022) evita el encuentro consciente con la hostilidad sentida hacia los padres, la cual se vive como actitudes de servicialidad y sentimientos de culpa. Verse, implicaría entonces encontrarse con "lo que tienes", con el propio conflicto, por lo que la aparición de la resistencia tiene

la función de proteger a la paciente de dicho encuentro y sostener el ideal del yo internalizado: ser la *niña buena*.

> *“T: Y que constantemente dices esta frase sobre ‘la belleza está desde los ojos que la miren’, y también la belleza de Itzel estará desde los ojos con los que Itzel se vea.*
>
> *P: Sí, y ahí es donde entró más en mi propia confrontación, porque siento que es algo muy recurrente también, conmigo soy como muy dura, y tal vez no lo había pensado.”* (V17, S14, F3).

La paciente refiere que ella llega a ser dura consigo misma, esto puede ser el resultado de la internalización de la construcción social de la feminidad, que ha sido históricamente privada de beneficios importantes (Tubert, 2010), aunado a los intentos de la paciente por satisfacer a su padre, a quien ha descrito como como una figura autoritaria, violenta, explosiva y poco accesible al diálogo. Lo anterior puede derivar en la búsqueda de la propia supervivencia ante la violencia, lo cual implica habitar el silencio y reprimir el deseo (Chávez, 2023), sumado a las exigencias del rol femenino que determinan las restricciones superyóicas internalizadas (Geréz, 2019). Como resultado se configura un superyó riguroso y vigilante que impone prohibiciones, negando el permiso al yo de alcanzar satisfacciones o éxitos, de modo que la energía pulsional encuentra salida a través del síntoma de dureza hacia sí misma. En términos freudianos, el síntoma surge como sustituto de la satisfacción pulsional, producto del proceso represivo (Freud, 1926 [1925]).

Con este análisis de los diálogos emergentes en la clínica, es posible hacer una mirada profunda sobre la construcción del ideal del yo en este caso, lo cual contribuye a comprender la posición de la paciente frente al conflicto y permite una mirada sobre el devenir de su subjetividad, así como una aproximación a la

comprensión de la dinámica entre el deseo inconsciente y los ideales normativos en la constitución subjetiva de la paciente.

Análisis del eje 3: La Técnica Psicoanalítica

En este apartado se desarrolla el tercer eje de análisis, correspondiente la técnica psicoanalítica. Para hacer dicho análisis, se presentan las viñetas del diálogo terapéutico, acompañadas del análisis teórico que permitirá articular el discurso dentro de las sesiones con los conceptos de la técnica psicoanalítica trabajados en esta investigación.

En primer lugar, se encuadró la forma de trabajo y se hizo del conocimiento de la paciente el contenido del consentimiento informado, así como la forma de trabajar a través del uso de la llamada regla fundamental del psicoanálisis (Freud, 1924 [1923]), la cual anuncia a la asociación libre como el método que guía al paciente a expresar todo lo que se le ocurra sin filtrarlo, renunciando a la reflexión consciente. Este proceso permite acceder al inconsciente y revelar lo que había sido olvidado, escapando a las resistencias. A través de la asociación libre, es posible traer a la conciencia lo que permanecía oculto y también identificar las resistencias, como, por ejemplo, cuando el paciente se niega a compartir ocurrencias o dice que no se le ocurre nada, lo cual abre la posibilidad de superarlas (Freud, 1925 [1924]).

Es fundamental comunicar la regla de la asociación libre al paciente de manera gradual y flexible, evitando adoptar una postura autoritaria que pueda comprometer la técnica (Thomä y Kächele, 1989). La asociación libre es la vía sobre la que las personas en análisis pueden comunicar libremente sus recuerdos y pensamientos sin censura; esta libertad funciona como la vía para que a través de la

palabra se pueda acceder al inconsciente y descubrir las represiones (Etchegoyen, 2009).

En algunas sesiones con la paciente se hacía referencia a la regla fundamental, en un primer momento como parte del comienzo de las sesiones de escucha, posteriores al llenado de expediente y la aplicación de la batería de pruebas, de manera que esto esclareciera la dinámica dentro de las sesiones.

> *"T: Pues ya terminamos estas actividades (aplicación de la batería de pruebas) ¿hay algo que quieras abordar en estos minutos que nos quedan?*
>
> *P: Pues me gustaría saber cómo es la siguiente etapa de trabajo en terapia. Creo que en algún momento le comenté que fui a terapia, pero ya no me sentí tan cómoda para seguir yendo. yo sé que ha pasado pues prácticamente un mes que no he venido (debido a las vacaciones), y siento que ese tiempo de cierta manera me ha estancado a mí para seguir trabajando en algo que a lo mejor pudiera llegar a trabajar (…) me gustaría saber realmente cuál es la siguiente etapa a llegar, porque si me siento como un poquito estancada en esa parte de que fueron muchas vacaciones que las sentí así, muchas vacaciones como para estar como mi zona de confort.*
>
> *T: Desde el psicoanálisis trabajamos lo que tú traigas a sesión a trabajar. Una manera de explicar la terapia es, como esa imagen que tienen una bola de hilo, así toda enredada y que en terapia se va acomodando. Es eso, que tú estás haciendo aquí. ¿Cómo se avanza en este proceso? Pues llevamos una línea de trabajo donde el punto de venir aquí, de encontrarnos aquí, es que tú te sientas segura, que te sientas escuchada."* (V18, S4, F1).

Posterior a haber establecido la regla fundamental, se presentaron ocasiones en que la paciente pedía que se le dijera qué decir al inicio de la sesión, ante lo que

se le recordaba la forma de llevar las sesiones desde la clínica psicoanalítica. Dado que la paciente ya conocía la regla fundamental, se puede situar la dificultad para hablar como una manifestación de las resistencias.

"*T: Te escucho.*

P: No sé por dónde empezar, ¿y si me pregunta algo y ya lo contesto?

T: Pues puedes hablar de, como te comentaba en las sesiones pasadas, algo que te haya saltado y que quisieras pensarlo un poco más, o cualquier cosa que se te ocurra.

P: Pues no hay como algo que me haya hecho pensar porque creo que la decisión ya la tomé. Sin embargo, sigo trabajando en cómo tomar la decisión o finalizarla porque no me considero una persona que la sobrepasen los sentimientos o las emociones en el momento. Siento que soy una persona que repiensa y repiensa y repiensa y repiensa hasta que llega a una conclusión. La semana pasada que no tuvimos terapia el día jueves, viernes, para mí fue como una catástasis en mi trabajo (continúa hablando sobre su trabajo)" (V19, S7, F2)

El presente caso se caracterizó por presentar diversas formas de resistencias, las resistencias suelen manifestarse como silencios, bloqueos o una selección deliberada de lo que se considera aceptable compartir y lo que no se dice, hay pensamientos u ocurrencias que son reprimidas sin que el sujeto sea consciente de ello lo que puede dar lugar a la impresión de que "no se le ocurre nada" (Braier, 2016). Otro ejemplo acerca de la dificultad para hablar cuando la sesión comenzaba es la siguiente viñeta:

"*T: Te escucho.*

P: (entre risas) No sé, más bien usted empiece.

T: ¿Pues qué te gustaría trabajar el día de hoy?

P: No sé, todo empieza por algo, todo tiene un principio un final. Ahora sí estoy en blanco.

T: Podrías hablar de algo que venga a la mente, de algo que haya acontecido que hayas dicho 'eso como que lo podría hablar en terapia' o algo que te haya dejado pensando o simplemente algo que se te ocurra en este momento.

P: Pues algo como tal que me haya pasado, no, siento que es normal, es parte de la rutina. Algo que estoy pensando en este momento que hay mucho tráfico, algo que he hablado pues antes de terapia, he hablado con mi mamá, es como que mucho la complicidad que yo considero que tengo o que existe, más, sin embargo, pues creo que en la sesión pasada le platiqué que yo me sentía un tanto desplazada porque pues ella (la hermana de la paciente) está en una relación que el sábado, este sábado pasado, bueno, antier ella ya se comprometió, se va a casar en diciembre. Entonces pues como muchas emociones, pero prevalecen tanto como la de desaprobación de mi parte (continúa hablando sobre el compromiso de su hermana)." (V20, S6, F2).

Continuando con las manifestaciones de las resistencias, otro ejemplo sobre la forma en que operaron durante las sesiones del presente caso es en las ocasiones que la paciente negaba las intervenciones de la terapeuta.

"T: Y que constantemente mencionas este sentimiento de exclusión de la vida de tu hermano.

P: Sí, desde hace muchos años.

T: ¿Y consideras que buscas la atención de él?

P: No, ni tampoco su aprobación.

T: Sin embargo, mencionas estas dificultades que has vivido para intentar formar parte de su vida, de convivir con tu sobrino, de comunicarle cómo te sientes, de incluso ahora querer saber o buscar este momento para comunicarle este enojo que tuviste.

P: (…) no espero que eso suceda con mi sobrino. Si mi hermano, de manera consciente no quiere estar en mi vida, la respetaré, pero mi sobrino todavía no puede decidir.

T: ¿Y qué buscas al intentar formar un vínculo con tu sobrino?

P: Pues es mi sobrino y creo que cuando estábamos más chicos con mis hermanos, por la diferencia de edades (…) nunca se prestó para esa situación. Entonces siento que con mi sobrino sí puedo empatizar desde pequeñito para que él, si en algún momento llega a pensar en incluirme en su vida, lo haga de manera auténtica, natural, sin que tengan que imponérsela a alguien más porque siempre mi mamá es como de 'son hermanos se tienen que llevar bien', pero qué pasa, si somos, no vamos a dejar de ser hermanos, pero no nos llevamos bien ¿solamente porque somos hermanos, vamos a aguantar, o qué? (…)

T: ¿Y entonces estarías buscando con tu sobrino un vínculo de hermano?

P: No, porque estoy consciente que él es mi sobrino.

T: Y hago esta pregunta porque a la pregunta sobre qué tipo de vínculo buscas con tu sobrino, describes la relación de un hermano, dices 'como una relación de complicidad, a lo mejor algo que no se dio con tu hermano' ¿podrá suceder?

P: (…) estoy consciente que él es mi sobrino, no es mi hermano, ni tampoco va a llegar a cubrir el lugar que mi hermano y yo no tuvimos." (V21, S7, F2).

Los ejemplos anteriores sobre las resistencias muestran cómo es que estas aparecen cuando se abordan contenidos que la paciente no quiere revelar ni enfrentar, la forma en que la resistencia trabaja es, por ejemplo, a través de negarse a hablar de ciertos temas, recuerdos o deseos, y en su lugar se reprime todo lo que le viene a la cabeza. Esto sucede debido a que la psique evita el malestar que el recuerdo genera, de esta forma se protege a sí misma de enfrentar un recuerdo o impulso que genere malestar o que resulte doloroso (Freud, 1910). En el caso de la viñeta anterior, la paciente niega toda intervención hecha desde la consciencia, sin acceder a aquello que pueda haber más allá, es decir, que la intención de establecer un vínculo cercano con su sobrino, pueda estar motivada por aquello que careció en el vínculo con su hermano.

Freud (1914a) menciona que aquello que se había evitado recordar se repite en la trasferencia, y la trasferencia misma es una forma de repetición de aquel pasado olvidado. Transferir implica llevar al acto aquello que se evita recordar, aumentando su complejidad dado que para las personas es más difícil reconocer lo que ocurre en el presente (Etchegoyen, 2009). En la clínica la trasferencia es un elemento que puede funcionar como motor del proceso, pero también como obstáculo. Para que la trasferencia del paciente no se vuelva obstáculo de la cura o motivo de abandono del análisis, sino que se domine aquello de la resistencia que surge a través de la trasferencia, teniendo siempre en consideración que el hecho de volver a escenificar los conflictos provoca displacer y abona a la trasferencia negativa (Etchegoyen, 2009). En el discurso, la paciente pone en evidencia algunos

elementos transferenciales hacia el proceso terapéutico, en los que se deposita confianza en el proceso, lo cual pudo haberla motivado a acudir durante los seis meses de sesiones.

"P: Sí, porque pues siento que bueno, ahora ya estoy consciente de lo que es la soledad y no estar con alguien, porque antes yo lo relacionaba mucho, pero creo que parte de terapia es entender que son cosas muy diferentes. Y creo que parte de mi miedo o trasfondo más así, más oscuro es terminar sola. Terminar sola, destruida y sola.

T: ¿A qué te refieres con destruida y sola?

P: Pues sí, no tener mi trabajo, no tener una casa, mi familia no tenerla.

T: Claro. Y que es un miedo que tiene fundamentos, que es un miedo que está ahí como latente, como presente continuamente. ¿Pero cómo hacerle frente o cómo aliviar ese miedo?

P: No sé, por eso estoy aquí

T: Si actualmente tienes trabajo, puedes tener estos planes en el futuro ¿por qué ese miedo seguiría ahí?

P: Porque siento que en algún momento todo se va a tornar en caos. Siempre cuando más tranquila está la situación, siempre hay algo que lo derrumba.

T: Y que esto que dices de cuando todo de repente pareciera está bien, podría derrumbarse, ¿no te suena a lo que has platicado en sesiones anteriores sobre la estabilidad y momentos de inestabilidad? (la paciente había mencionado la estabilidad e inestabilidad familiar cuando refirió al tiempo en que su familia decidía anexar a su padre debido a su consumo de alcohol).

P: Siento que han pasado cambios positivos, pero que no me los creo. Es como dirán pues a lo mejor es ahorita, ¿qué va a pasar? Y tengo que estar como en alerta. No todo puede ser malo, pero tampoco todo puede ser bueno. (la paciente cambia de tema)" (V22, S8, F2).

En la viñeta anterior, a pesar de que la paciente expresa su interés por develar lo que hay detrás del miedo a estar sola, como una de sus motivaciones para acudir a las sesiones, cuando se aborda el conflicto mencionado en encuentros previos, relacionado a las crisis familiares caracterizadas por la inestabilidad económica y emocional, generada al anexar a su padre por su consumo excesivo de alcohol, aparece un cambio abrupto de tema, lo cual puede leerse como una forma de resistencia, según Freud (1910), ante los recuerdos dolorosos que dicha situación evoca. Si bien se identifica la trasferencia positiva al depositar confianza en el proceso al que acude y reconocer que ha habido reflexiones importantes en ella, parece que dicha trasferencia no sostiene a la paciente lo suficiente para indagar más allá en un tema que se ha mencionado como fuente de conflicto: el consumo de su padre y su relación con su miedo a encontrarse destruida y sola.

Otro ejemplo de la trasferencia positiva puesta en el proceso es el siguiente:

"P: Creo que sí es importante saber que el día de mañana si tú tienes un problema, a lo mejor no lo van a resolver, pero te van a escuchar. Y a mí realmente venir a terapia me ha servido para mejorar, usted ha sabido, me ha ayudado un poco. Es que a lo mejor ni tiene idea, pero sobre el hecho de hablarlas y de expresarlas es como de 'wow', yo no tengo que seguirlas cargando, que eso es lo que creo que he sacado de terapia." (V23, S10, F2).

El trabajo del analista ante la trasferencia es ayudar al paciente a reintegrar todo aquello que va recordando su historia para superar las represiones. La

transferencia de cada paciente será distinta y funcionará conforme a la dinámica de cada caso, y el analista debe respetarla y comprenderla en la medida que le sea posible (Etchegoyen, 2009).

En el caso de la paciente Itzel, se manifestaron formas de trasferencia positiva y negativa. Hubo trasferencia positiva en cuanto a la sensación de alivio que generaba en la paciente el proceso mismo, sumado a la confianza de que el espacio terapéutico era el espacio para encontrar algunas respuestas a sus interrogantes, sin embargo, también es posible identificar cómo es que operaron las resistencias ante las intervenciones que buscaban integrar el pasado y el presente respecto del conflicto, a través del cambiar de tema ante la intervención, lo cual indica una trasferencia negativa, debido a que no da lugar a dicha integración.

Por otro lado, en el proceso psicoanalítico, según Freud (1937b), tendrán lugar las construcciones, las cuales se tratan de reconstruir fragmentos de la historia biográfica del paciente para que los recuerdos puedan emerger y permitir la recuperación de la verdad histórica, diferenciándola de las distorsiones. Este proceso implica ubicar esos recuerdos en el pasado de manera recontextualizada, mediante el análisis y el trabajo con la transferencia, como se muestra enseguida con las viñetas subsecuentes, donde se ejemplifica un fragmento en que, a pesar de que en un primer momento se rechaza la intervención de la terapeuta, se logra develar que la emoción de enojo y la mencionada envidia hacia la hermana de la paciente, encubría una demanda de atención y aprobación de sus padres.

> *“T: Eso lo platicas, yo te escucho como con cierto enojo o como con cierto coraje, como de que ella (su hermana) tenga esa red de apoyo en la cual caer.*

P: No es enojo porque también ella lo ha hecho, así se ve. No es enojo, a lo mejor no sé si sea envidia porque no considero que sea así, pero siempre ha habido distinciones, siempre, siempre. Entonces siento que de esas distinciones la menos favorecida siempre he sido yo y no se me hace justo que sea así.

T: Y que podrá venir entonces como desde un deseo tuyo de querer tener también una red que sostenga cualquier decisión que tú tomes.

P: Sí, creo que es eso.

T: Y que entonces eso no tendría que ver con tu hermana y lo que ella tenga o las decisiones que ella tome o deje de tomar, sino contigo misma y con las redes con las que cuentas o con las que no cuentas.

P: (en lágrimas, sin llanto) Sí, porque siento que me llevó a derrumbarme por completo, a todos les dará igual.

T: Y qué decías al inicio de la sesión como siempre has llevado eso que tú nombras como unos nudos en la garganta. ¿Cuáles serían esos nudos en la garganta?

P: Pues es que siento que en mi intento desfavorido o no desfavorido de atraer la atención de mis papás, de mis hermanos, les he dado una idea errónea que siempre puedo con todo y que no necesito ayuda. Entonces siento que esos nudos intermitentes de inseguridades, de faltas de aprobación por mi parte, las he ido como socavando." (V24, S10, F2).

En una sesión posterior, la paciente retoma el momento descrito en la viñeta anterior e identifica su propia resistencia al haber negado la intervención de la terapeuta, resistencia que ahora reaparece y es asumida por ella misma.

> *P: Me dejó mucho pensando la sesión pasada que usted me hizo, me decía así como de 'pero es que lo hablas desde el enojo, desde que estás enojada porque tu hermana sí y tú no', y que dije ay, no lo había pensado de esa manera. Entonces siento que a raíz de eso siento que tengo que ir nombrando las emociones que estas provocan."* (V25, S11, F2).

El objetivo de comunicar a la paciente su demanda de tener sus propias redes de apoyo, le evoca a decir que se trata de una búsqueda de apoyo específicamente de sus padres y de ser aprobada por ellos. Comunicar a los pacientes las interpretaciones de lo que ponen en el discurso los lleva a comprender mejor su psiquismo y realizar construcciones sobre su historia personal (Freud,1937b). Aunque en el caso de Itzel, no se llegó a reconstruir en el discurso alguna referencia a un conflicto en etapas tempranas de su vida, en este ejemplo únicamente se logran diferenciar las distorsiones respecto a el enojo dirigido a su hermana, que encubría una demanda hacia sus padres, y esto permitirá movilizaciones psíquicas.

A través de un proceso complejo, dichas movilizaciones según las teorías aquí abordadas, desde la identificación según Laplanche y Pontalis (1983), la conformación del ideal del yo de Freud (1921), el encuentro con el reconocimiento y la valía según Irigaray (2009) y la angustia y reprimendas características de la histeria de acuerdo con Gerez (2022), se puede llegar a la conjetura de que el haber dado a sus padres la idea de que Itzel no necesitaba ayuda, se debía a la identificación con el ideal del yo de ser la *niña buena* quien, al habitar el silencio y satisfacer al otro a través de su amor servil, lograba calmar la culpa de encontrarse con los sentimientos de hostilidad conflictivos hacia sus padres, y cómo dicha evitación acrecentaba el malestar. De haber tenido la posibilidad de revelar lo anterior, es posible que la paciente lograse identificar el impacto que ha tenido en su

subjetividad la identificación con el ideal de *niña buena*, y entonces lograr "verse" como ella lo había planteado anteriormente (en el análisis de la Viñeta 16), con menos reproches o culpa (mencionado en la Viñeta 13) , disminuyendo así sus malestares expresados en forma de síntomas.

Continuando con en análisis de lo que concierne a la técnica psicoanalítica, se abordará lo respectivo a las interpretaciones. Se trata de aquellas intervenciones del terapeuta, las cuales se refieren a todo aquello que se comunica al paciente una vez que se ha establecido la trasferencia, dicho material interpretado dirige el curso del tratamiento y de la cura, ya que no atiende a la demanda del paciente, sino a lo que está detrás de esa demanda (Bustos, 2016). Freud (1925/ [1924]) menciona que, a través de la asociación libre, se logra traer a la conciencia lo que se había mantenido lejos de ella y que se refugiaba tras las resistencias y eso es lo que se interpreta.

Hay pensamientos u ocurrencias que son reprimidas sin que el sujeto sea consciente de ello, en la segunda tópica, Freud (1923a) menciona que las ocurrencias enfrentan una segunda censura, atribuida al superyó, que ejerce control sobre los contenidos que se toleran y los que se descartan en la consciencia. Este momento es crucial, ya que, si el analizando logra superar esta barrera, puede aceptar y sostener las ocurrencias en su conciencia, lo que le permitirá comunicarlas al analista. La siguiente viñeta pone de manifiesto la complejidad mencionada.

"T: Comparas como tú tienes más experiencia y más conocimientos de más áreas y ella (su compañera del trabajo) no, ¿por qué seria eso, como dijiste, 'arrogante'?

P: Tengo la idea de que la arrogancia es 'yo todas las puedo, a ver, a mi tráiganme a (se ríe) … y les voy a enseñar al padre nuestro' no es eso.

T: ¿Por qué habrá salido ahí el 'padre nuestro'?

P: ¡Ah!, es una frase que dice mi abuelita, soy mucho de dichos por ellos (risas).

T: Y ¿a qué te suena en esta situación?

P: Porque estuve platicando con mi abuelita y siento que de alguna forma me trajo un recuerdo, el decirlo así textual.

T: Y ¿qué escuchas en este relato sobre la compañera, la lealtad, ser arrogante, la experiencia, la relación con el hijo del jefe, el padre?

P: Pues siento que… si en el camino te puedes encontrar con amistades, qué padre y si no, no pasa nada (cambia el tema)" (V26, S13, F2).

En esta viñeta se le señala a la paciente la aparición de "el padre" en el discurso, lo cual pudo haber llevado a una interpretación de lo que subyacía detrás del ser vista por el hijo de su jefe y su relación con su propio padre. Según Freud (1937b), aunque aparezca la resistencia y se cambie de tema, lo señalado deja en el paciente un eco, con el propósito de que lo dicho lleve, en otro momento, a una interpretación que ejerza fuerza en el analizado y lo impulse a reflexionar y le permitan explorar y comprender más profundamente su psiquismo y su historia personal.

En este caso en que la ocurrencia fue reprimida, podría tratarse de un ejemplo de la represión secundaria o propiamente dicha, la cual no actúa sobre la representación original de la pulsión (como en la represión primaria)**,** sino sobre otras representaciones o pensamientos asociados con ella, por ejemplo, ideas derivadas de contenido ya reprimido que emerge como retoños psíquicos, en este caso, algo referente al padre en la viñeta donde la paciente relataba el ser vista por el hijo de su jefe.

Estas nuevas representaciones, emergentes, son reprimidas también porque se relacionan con algo que ya fue reprimido. Freud lo llama un "esfuerzo de dar caza", donde la conciencia va rechazando todo lo que se parezca o se conecte con lo ya reprimido (Freud, 1915), en el caso de la viñeta anterior, se rechazó aquello sobre “el padre nuestro” o más precisamente “el padre” que pudiera evocar algo más.

Finalmente, la paciente decide pausar su proceso, lo cual podría deberse a diversos motivos. Por un lado, la paciente estableció un periodo de “huelga emocional” de seis meses lo cual conllevaba, según su idea, a cuidar de sí misma a través de posponer o evitar relacionarse emocionalmente y románticamente con alguna pareja, y de esta forma evitar el enfrentamiento de sus conflictos emocionales, lo cual pudo constituir un factor que contribuyó al abandono o retraso en su proceso terapéutico, el cual, por sí mismo, implica enfrentar y visibilizar los conflictos emocionales que subyacen a sus dificultades relacionales.

Por otro lado, durante el proceso terapéutico se observaron resistencias recurrentes por parte de la paciente, manifestadas a través de cambios abruptos de tema, negación de la intervención de la terapeuta y minimización de recuerdos dolorosos. Estas resistencias dificultaron el abordaje de sus conflictos y representaron un factor que limitó la profundización del trabajo analítico, pudiendo contribuir a la interrupción o abandono de su proceso terapéutico.

La siguiente viñeta ilustra el momento en que sucede el dialogo acerca de la interrupción del tratamiento:

> *“P: Quería plantear en esta sesión dar una pausa de la terapia creo que, en esta parte ya entendí qué es lo que debo de estructurar para poder continuar, además de que ya tenía tiempo pensando en algunas mejoras*

> *(habla extendidamente sobre comprar un colchón nuevo) tal vez no sea algo que tenga que comprar ya de urgencia, pero es algo que a lo mejor he dejado de lado y creo que es el momento de revisar lo que necesito para seguir bien, y obviamente si algo no está bien, se refleja en el transcurso del día y de mi trabajo, en otros aspectos, entonces siento que en lo que tengo ese gasto voy a tomar una pausa, no digo que ya no voy a regresar a terapia (…) el día de hoy hablando con mi hermana justamente estaba haciendo como esa mención de que tengo esas carencias emocionales de mi crianza pero ya no puedo culpar a mis papás o a mi crianza, sino que creo que al final de cuentas decido yo si las tomo bien o si las tomo para mal, entonces siento que este primer ciclo de terapia me sirvió como para decir que no puedo minimizarme tanto porque ve todo lo que has hecho y todavía estás preparada para hacerlo, o eso digo yo (se ríe) (…)ya hice una lista (se ríe) tengo una lista de las cosas que tengo que ir trabajando, por eso digo que no digo que esto sea una despedida ni un final, pero sí va a ser una pausa por las prioridades que tengo, porque lo del colchón ya lo he dejado de lado, pero es como arrastrar eso de que también es importante mi descanso, mi casa es un lugar donde yo debo sentirme a gusto, porque estoy formando mi propio hogar"* (V27, S14, F3).

En este punto, resulta fundamental destacar la importancia de que el analista pueda detectar y aprovechar las manifestaciones resistenciales para usarlas como material de análisis. Según Freud (1905 [1901]) con el señalamiento de la resistencia se permite que el paciente tome conciencia de aquello que, al ponerse en juego en la transferencia, revela un contenido inconsciente que a menudo remite a la relación con alguien importante de la historia del paciente. Es precisamente en este trabajo

de elaboración donde el dominio de las resistencias se va logrando progresivamente. Sin embargo, en el presente caso clínico, las resistencias manifestadas por la paciente no fueron introducidas en el análisis como material interpretativo por la terapeuta, lo cual indica una limitante en el uso de la técnica, que posiblemente obstaculizó la posibilidad de desplegar este recurso.

Es importante señalar las resistencias como material de análisis, ya que según Freud (1937a), en el análisis surgen recuerdos difíciles de tramitar por los pacientes, lo cual evoca al surgimiento de resistencias que, de ser lo suficientemente fuertes, llevan al paciente a rechazar la cura misma, ya que es percibida como amenazante y esto es uno de los motivos de cancelación del análisis, en lugar de continuar con el trabajo sobre ese displacer que generan los recuerdos o conflictos, el paciente rechaza el análisis en general, lo que pudo ser un fuerte motivante para el abandono del mismo.

Algunos emergentes acerca de la técnica psicoanalítica están relacionados a aquellas comunicaciones interpretativas que según Freud (1937b), permiten a la paciente explorar y comprender más profundamente su psiquismo y su historia personal, aunque rechazadas, dejan eco, con el propósito de que la interpretación ejerza fuerza en el analizado y lo impulse a reflexionar.

> *“T: ¿Qué dices que es más claro ahora? ¿Qué se despejó?*
>
> *P: Pues se despejaron muchas ideas, creo que antes inconscientemente evitaba esa pregunta, y lo replanteé con una persona cercana, no puedo decir que es amiga porque aún no sé si le puedo dar ese título, pero me dijo ‘es qué tú mencionas mucho a tus a tus hermanos y a sus parejas, y tú dices que ahorita no quieres estar con alguien, pero ¿te das*

cuenta que es algo para ti importante?' Y le dije que no me había dado cuenta de eso, que a lo mejor en terapia la pregunta era clara pero yo la evadía (…)

T: Dices que no sabes si esa pregunta ya había salido aquí en consulta y que tal vez tú la evadidas, ¿qué piensa sobre eso, piensas que es un tema que se evadía?

P: Siento que en su momento sí a lo mejor se abordó, pero yo la tomé por la tajante, más de no no no, no no es esto lo que me quieres preguntar, y es algo que he aprendido en el trabajo, a saber leer entre líneas." (V28, S14, F3).

En el caso de esta paciente, el abandono del tratamiento puede comprenderse como el resultado de diversos factores previamente mencionados, entre los que se incluyen la huelga emocional instaurada como una regla rígida a seguir y la emergencia de resistencias trasferenciales. Tal como lo plantea Freud (1905 [1901]), cuando ciertos sentimientos hostiles o reprimidos del pasado se reactivan y se transfieren a la figura del analista, estos pueden actuar como un obstáculo para el análisis y llegar incluso a generar un corte en el proceso terapéutico. En lugar de ser recordadas, estas experiencias se repiten en acto dentro del vínculo analítico, lo que puede producir displacer e interferir con la asociación libre.

Según Etchegoyen (2009), esta escenificación de conflictos inconscientes suele complejizarse aún más porque lo transferido aparece disfrazado, y es más difícil de reconocer para el paciente, quien tiende a reaccionar frente a lo que ocurre en el presente sin percatarse de que se trata de una repetición. Ante ello, el papel del analista es el de intervenir a tiempo sobre el contenido resistencial que emerge a

través de la transferencia, ya que este puede fortalecerse y derivar en una ruptura o abandono del tratamiento.

A nivel contratransferencial, la limitante que apareció en el transcurso de los encuentros fue lo que Racker (1060) menciona como la respuesta contratansferencial de filtrar cualquier influencia personal para hacer posible la devolución del material presentado al paciente, a través de la interpretación, ya que lo que el analista devuelve refleja la respuesta de una parte interna de la paciente proyectada en el analista y puede ser analizado dentro del proceso.

El análisis de la técnica psicoanalítica en el presente estudio de caso, permitió hacer un acercamiento sobre la forma en que se desplegaron la transferencia, la asociación libre, la interpretación y la atención flotante a lo largo de las sesiones. Este análisis hizo posible valorar tanto los alcances como las limitaciones que estas herramientas tuvieron en el proceso, ya que son los pilares fundamentales de la práctica psicoanalítica y su eficacia depende de la manera en que se logran introducir en el vínculo analítico. De esta forma, el presente eje permitió cumplir con el objetivo de reflexionar sobre el lugar de dichos aspectos de la técnica frente a las particularidades de este caso clínico.

De acuerdo con la pregunta guía inicial, sobre ¿Cómo se articula, en la clínica psicoanalítica, el conflicto entre el deseo inconsciente y los ideales normativos en la configuración del *síndrome de la niña buena*, y qué implicaciones se identifican en su abordaje? A partir de la lectura del caso, el *síndrome de la niña buena* puede comprenderse como una configuración subjetiva donde se articula el conflicto entre el deseo de la paciente, de ser reconocida y amada y los ideales normativos interiorizados en el ideal del yo a través de la exigencia a cumplir con aquel ideal que la aleja de su singularidad.

En el caso analizado, esta dinámica se expresó en sentimientos de culpa, autoexigencia y dificultad para ejercer una autonomía plena en cuanto a la toma de decisiones sobre su vida, posiblemente derivados de una construcción del ideal del yo sostenida en mandatos familiares y sociales inculcados, mencionados en el discurso de la paciente como la historia acerca de los matrimonios de sus abuelas y cómo ello la ha determinado, las expectativas de su padre y su madre acerca de la vida de la paciente y sus hermanos; lo anterior sumado al deseo latente de complacer las expectativas de sus padres para ser vista y reconocida por ellos.

La intervención clínica, mediante el encuadre psicoanalítico, permitió abrir un espacio donde la paciente comenzó a cuestionar estas identificaciones, recuperar su palabra y nombrar sus deseos. Sin embargo, también se hicieron visibles los límites de la intervención, particularmente sobre las resistencias transferenciales y contratransferenciales que derivaron en la interrupción del tratamiento. Ello evidencia que el trabajo clínico implica un proceso singular, sostenido, y siempre abierto, donde emergen construcciones subjetivas significativas.

Capítulo IV. Conclusiones

En este apartado se presentan las conclusiones que integran los hallazgos obtenidos a lo largo de esta investigación, la cual consistió en un estudio de caso donde se manifestó el llamado el *síndrome de la niña buena* en el contexto de la clínica psicoanalítica. El propósito de este último capítulo es ofrecer una visión general de los resultados obtenidos del estudio de caso, así como las consideraciones finales que a manera de cierre de este trabajo.

En la clínica psicoanalítica, el *síndrome de la niña buena* se configura como una expresión subjetiva del conflicto estructural entre el deseo inconsciente, portador de la singularidad del sujeto, y los ideales normativos adoptados desde las primeras figuras parentales y posteriormente reforzados por la inserción del sujeto en diversos espacios sociales. Este conflicto se manifiesta en la clínica a través de los malestares que expresa la paciente, en este caso, se encontró una reiterada búsqueda de aprobación de sus figuras parentales, en particular de su padre, la cual le dificultaba tomar decisiones, seguido del constante sentimiento de desamparo y soledad, otra forma en que se encontró este conflicto fue a través de la inhibición de deseos que podrían amenazar el lugar de “buena hija” o “buena mujer”, como es el caso de las dificultades de la paciente por asumirse como una mujer adulta para dejar atrás su rol de niña, entender su estado de independencia y asumir la responsabilidad sobre su propio bienestar, sin delegarla a sus padres o en ocasiones al terapeuta a través de la demanda de que se le dijese qué hacer. Dentro de esta dinámica, el ideal del yo, entendido como esa instancia que regula y vigila al yo para que cumpla con los modelos internalizados, operó aquí como un organizador psíquico que asegura la adaptación, pero al costo de un empobrecimiento del deseo.

La articulación mencionada, en el abordaje clínico, implica que el trabajo analítico se dirija a cuestionar y desanudar las identificaciones que sostienen el ideal del yo y producen el malestar de la paciente. El llegar a cuestionar dichas identificaciones hace posible que la paciente revele y reconozca su propio deseo más allá del mandato de “ser buena” y de satisfacer el deseo del otro. Sin embargo, el proceso dentro de este estudio estuvo atravesado por resistencias transferenciales, las cuales la paciente colocó al inicio del tratamiento como su llamada huelga emocional, denominando así a su negativa por vincularse emocionalmente con otras personas, probablemente entre ellas a la misma terapeuta, lo que anunciaba el abandono del tratamiento después de seis meses que así había determinado la paciente en dicha huelga emocional. El abandono del tratamiento por sí mismo es una expresión de las resistencias, que pueden entenderse como defensas frente al riesgo de traicionar la imagen idealizada que garantiza el amor del otro, así como una resistencia al tratamiento que apuntaba a colocarse como sujeto responsable de su posición como mujer frente a su contexto y su familia, así como de responsabilizarse de sus propios introyectos para hacerse cargo de los mismos, lo que permite no solo integrarlos, sino también transformarlos y resignificarlos dentro de la propia vida psíquica.

Ante lo anterior, en este estudio de caso, la paciente abandonó el tratamiento como ella misma había anunciado, esta decisión fue posiblemente motivada por sus propias resistencias, aunado a las resistencias del terapeuta, que limitan el alcance del tratamiento. Es importante señalar que el trabajo del analista es el de sostener un encuadre que posibilite que estas resistencias se elaboren, respetando el tiempo del sujeto, pero señalando las repeticiones y abriendo un espacio donde el deseo

pueda ser simbolizado de diversas formas, las cuales la paciente habría de descubrir en el curso del mismo tratamiento.

A lo largo de esta investigación, se pudieron identificar actitudes y conductas de la paciente como la sumisión, la búsqueda constante de aprobación, la inhibición de impulsos, las expresiones de autocensura y control rígido sobre la propia conducta y la internalización de mandatos parentales, las cuales se sitúan dentro del llamado *síndrome de la niña buena* y sientan las bases para el análisis del conflicto entre deseo y lo normativo, lo cual abre el panorama a un abordaje desde la clínica psicoanalítica, llevando el análisis más allá de aquellas conductas mencionadas y clasificadas como síndrome, develando así el posible conflicto psíquico asociado al malestar.

Al haber analizado la dinámica entre el deseo inconsciente y los ideales normativos en la constitución subjetiva de la paciente, se concluye que esta dinámica se manifestó en las formas en que la paciente experimentaba tensiones internas entre sus deseos (vinculados a la búsqueda de ser reconocida y amada sin tener que abandonar aquello que le generaba satisfacción personal o felicidad, como por ejemplo estudiar una carrera, salir de su pueblo para vivir en una ciudad o construir una vida en pareja) frente a lo que sentía debía cumplir según los ideales internalizados, provenientes de los mandatos y expectativas familiares (como por ejemplo, la responsabilidad puesta en ella, por parte de sus padres, de cuidarlos en su vejez, la desaprobación de su padre por su salida del pueblo y su manera de llevar una vida con independencia, así como el constante llamado de su madre a abandonar su trabajo y regresar a casa), lo cual generaba malestares significativos, incluyendo culpa y vergüenza por la vida que había decidido llevar y que no era como aquella que sus padres reconocían como valiosa.

Los conflictos mencionados se expresaban a través de ansiedad que la paciente percibía con síntomas en el cuerpo (palpitaciones, manos sudorosas y que en dos ocasiones la llevó a experimentar ataques de pánico) y limitaciones en la expresión emocional, lo que permitió comprender la formación del *síndrome de la niña buena* desde una perspectiva psicoanalítica, donde los ideales normativos interactúan con los deseos de la paciente e impactan en la subjetividad de la misma. Dado que la internalización de las figuras parentales y las identificaciones primarias determinan la búsqueda del cumplimiento de aquello que conforma el ideal del yo, es ahí donde se identifica el origen de la tendencia de la paciente a evaluar constantemente el propio desempeño en relación con estas normas internalizadas en la constitución del yo ideal a partir de la figura materna y su posterior desplazamiento hacia la figura paterna como sostén narcisista, lo que condiciona la dependencia afectiva y la necesidad de validación externa, consolidando así la tensión entre el deseo inconsciente y los mandatos normativos.

Por otro lado, se examinó el papel del ideal del yo y las resistencias en el desarrollo del conflicto psíquico y en el curso del tratamiento. Se identificaron elementos como la huelga emocional, los constantes cambios de tema de la paciente y el abandono del tratamiento, que funcionaron como resistencias frente al proceso terapéutico, así como las resistencias de la terapeuta. Dichas resistencias dentro de la clínica, se articulan con la teoría sobre la complejidad de develar y abordar los conflictos psíquicos, ya que, ante aquello que resultaba doloroso de la historia de la paciente, aparecían resistencias que evadían su abordaje y que la regresaban al lugar conflictivo de ser una buena mujer, una buena hija e incluso una buena paciente, limitando así el curso del tratamiento.

Debido a ello, el presente caso, se trató de un análisis interrumpido y por lo tanto incompleto, se concluye que esto puede deberse a que los contenidos reprimidos, generalmente ligados a la vida sexual y afectiva, generan gran conflicto al ser puestos en palabras y esto puede llevar al yo a renunciar a algunas de sus funciones como forma de protección, un fenómeno que se refleja en las resistencias observadas en la paciente. En el caso analizado, la búsqueda de alcanzar el ideal del yo regulaba la conducta de la paciente, mientras que las resistencias representaban defensas frente a la angustia que generaba confrontar sus deseos frente a las expectativas internalizadas. Estas dinámicas contribuyeron a explicar la dificultad de la paciente para encontrar formas distintas de simbolizar y satisfacer su deseo y sostener un sentido de valía personal.

Sobre el análisis incompleto es posible reflexionar sobre los alcances y límites del uso de la técnica psicoanalítica, en particular la interpretación, la transferencia, la asociación libre y la atención flotante, frente a este caso clínico. Se concluye que las limitaciones de la técnica psicoanalítica desde la perspectiva de la terapeuta, se identificaron particularmente en lo que respecta a la contratransferencia, dado que este caso generó un interés particular debido al hecho de tratarse de un caso que también formaría parte del estudio de caso para la obtención de grado, por lo tanto se puede determinar que ello influyó en el involucramiento afectivo y cognitivo durante el proceso terapéutico aquí descrito.

Debido a lo anterior, se identificó que en ocasiones aparecía cierta frustración de la terapeuta frente a las resistencias de la paciente, lo cual dificultó la aplicación fluida de la técnica; en otras, surgió un deseo de proteger a la paciente de su propio malestar, y ciertas conductas y expresiones de la paciente evocaban ternura por la posición de niña que adoptaba y que se ha ido mencionando a lo largo de esta tesis,

lo que influyó en la percepción clínica. Asimismo, al ser una de las primeras pacientes atendidas en el marco de la formación del posgrado, se generó cierta incertidumbre en cuanto a los procedimientos, como la aplicación de pruebas psicológicas y la devolución de resultados. Esto se debió a que se trataba de un protocolo nuevo en el programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, del cual se tenía un interés particular por parte de la terapeuta, dada la relevancia de dichos requerimientos. Estas experiencias evidencian cómo la contratransferencia puede limitar el alcance de la intervención e incluso se puede sugerir que llega a motivar a su interrupción, por lo que requiere una reflexión constante por parte del terapeuta, aunado a las supervisiones pertinentes y llevado de la mano del proceso de análisis personal, para minimizar el impacto en el proceso terapéutico y garantizar la fidelidad a la técnica. La experiencia clínica permitió valorar la utilidad de la técnica en la identificación y manejo de las resistencias tanto de la paciente como de la terapeuta y en la comprensión de la dinámica subjetiva del *síndrome de la niña buena*.

Esta investigación permitió identificar cómo se manifiesta el *síndrome de la niña buena* en la clínica psicoanalítica, dentro de lo que se puede determinar que existe tensión entre el deseo inconsciente y los ideales normativos, mostrando cómo el ideal del yo y las resistencias influyen en la constitución subjetiva de la paciente y en el avance del tratamiento. Además, se abordó el caso desde la perspectiva específica de una paciente mujer, considerando las particularidades que contextualizan el ser mujer en la sociedad actual y cómo estas normas, expectativas y desigualdades de género impactan en la formación del yo, la estructuración de los deseos y las formas de manifestación y satisfacción de estos, así como la aparición de conflictos y resistencias. Los hallazgos también reflejaron las particularidades de

la contratransferencia, al evidenciar cómo las intenciones académicas y percepciones del analista pueden afectar la aplicación de la técnica. Asimismo, se destacó la utilidad y los límites de la técnica psicoanalítica en la comprensión del conflicto psíquico, la elaboración de deseos y la intervención clínica, aunado a los retos de integrar teoría y práctica en un contexto de investigación aplicada.

Este estudio de caso sobre el *síndrome de la niña buena* en la clínica psicoanalítica permite visibilizar cómo los conflictos entre el deseo y lo normativo, la construcción del ideal del yo y el ejercicio de la técnica psicoanalítica se entrelazan en el abordaje clínico de la subjetividad de las mujeres, mostrando que la comprensión del malestar psíquico se enmarca en contextos sociales específicos y ante los cuales el género tiene un papel importante en la determinación de las subjetividades. En ese sentido, los resultados de esta investigación invitan a pensar la práctica clínica desde una mirada más sensible a las particularidades de ser mujer en nuestra cultura, reconociendo cómo los mandatos sociales se instalan en la constitución del deseo y en la forma en que las pacientes se relacionan consigo mismas y con los demás.

Todo lo anterior permite concluir que con este trabajo se apunta a ampliar la sensibilidad en el ejercicio de la clínica psicoanalítica ante los factores sociales y culturales que impactan en la constitución subjetiva de las mujeres, para favorecer una práctica clínica reflexiva y contextualizada, desde los fundamentos del método psicoanalítico. Finalmente, este estudio deja consigo la apertura a continuar explorando, en futuras investigaciones, las articulaciones entre la clínica psicoanalítica y las dimensiones sociales que atraviesan la experiencia del sujeto.

Limitaciones y Sugerencias

En este último apartado se presentan las limitaciones y sugerencias que derivan de esta tesis, como elementos que son necesarios a considerar en toda investigación y que pudieran servir como punto de partida para continuar con nuevas reflexiones en otros espacios.

Este estudio se encuentra delimitado por su naturaleza de estudio de caso clínico, lo que significa que los análisis y resultados aquí entretejidos, aplican únicamente al caso que se analiza, cuyas conclusiones derivan de la singularidad del proceso analítico y del vínculo transferencial establecido, factores que necesariamente condicionan la interpretación, por lo que no se trata de un estudio generalizable sino que devela la particularidad de una relación paciente-terapeuta especifica en un marco contextual singular.

Por otro lado, la articulación entre el psicoanálisis y la perspectiva de género representa un campo que, por un lado, amplía las posibilidades de comprensión del malestar psíquico, pero, por otro lado, dicho trabajo conjunto se trata de un campo en construcción en la actualidad. Esta mirada a los estudios de caso pretende que los fundamentos del método psicoanalítico entren en diálogo con la incidencia psíquica de los determinantes socioculturales en la constitución de la subjetividad, lo cual representa una oportunidad de comprender los fenómenos clínicos contemporáneos.

Como sugerencia derivada de la presente tesis, se considera importante abrir el camino a futuras investigaciones que aborden nuevos casos clínicos, permitiendo contrastar y ampliar la comprensión de los conflictos psíquicos aquí descritos, desde diversas subjetividades. En esta misma línea, es valioso continuar a exploración de las articulaciones entre la teoría psicoanalítica y las dimensiones sociales y

culturales que atraviesan la experiencia femenina, contribuyendo así al fortalecimiento de una práctica clínica más reflexiva, sensible y contextualizada.

Referencias

Acosta, B. (2008). Identidad y crisis del analista en formación*. Psicoanálisis, 20*(2), 139–142.

Aliani. N. (2015). *Psicopatología, psicoanálisis y orden médico*. Mar por medio.

Aguilar-Navarro, S., Mimenza-Alvarado, A., Palacios-García, A., Samudio-Cruz, A., Gutiérrez-Gutiérrez, L. y Ávila-Funes, J. (2018). Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *47*(4), 237-243. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271

Bazzano, B., Gandolfo, R., Travesi, M., Fenik, A., Zorrilla, G., Lobo, P., y Hernández, M. (2020). La interpretación y la construcción en psicoanálisis. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (37), 37-61.

Braier, E. A. (2016). El diálogo psicoanalítico ayer y hoy. ¿Qué ha sido de la asociación libre y de la atención flotante? Primera parte: Asociación libre. La regla fundamental psicoanalítica. *Intercambios/Intercanvis: Papers de Psicoanálisis*, (36), 7–28.

Breuer, J., y Freud, S. (1893-95/2021). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. II). Amorrortu.

Bustos, Á. V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: Una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe, 33*(1), 97–112.

Cárcamo, C. E. (Prefacio). (1954). En Freud, A. *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós. Buenos Aires.

Carranza-Plancarte, J., Navarro-Contreras, G., Correa-Romero y González-Torres, M. (2022). Validación psicométrica de la escala de dificultades en la regulación emocional DERS para adultos michoacanos. *Revista de Educación y Desarrollo, 61*, 39-48.

Cassari, L. (2020). Diseños Cuantitativos de Investigación en Psicología: Una introducción. *Investigaciones en Psicología*, *25*(2), 17-26.

Castillo-Tamayo, R., Labbé-Arocca, N., Steiner-Segal, V., y Careaga-Díaz, C. (2020). Diagnóstico de la organización de la personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 58*(4), 372–383.

Cazabat, E. H., (2013). De Clínico a Investigador: La aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *22*(3), 239-248.

Chávez, E. G. (2023). *El feminicidio: La última expresión del silenciamiento de las mujeres en relación con la pedagogía de la masculinidad* [Tesis de licenciatura, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo].

Código ético de psicoanalistas y psicoterapeutas. (2011). *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *13*(2), 221-226.

PsicoAbreu. (s. f.) *El síndrome de la niña buena o sobreadaptación.* Recuperado el 19 de junio de 2024 de https://www.psicologos-malaga.com/sindrome-de-sobreadaptacion-nina-buena/#:~:text=Incapacidad%20para%20decir%20NO%2C%20dejando,el%20derecho%20de%20poner%20límites.

Cormier, W. H., y Cormier, L. S. (2020). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Desclée de Brouwer.

Díaz, V. E. (2022). Un trabajo interdisciplinario para (re)pensar la noción de histeria en psicoanálisis. *Psicoanálisis*, *44*(1), 173–194.

Dor, J. (1991). *Estructuras clínicas del psicoanálisis*. Amorrortu Editores.

Dueñas, G. (1999). La buena esposa: ideología de la domesticidad. *En otras palabras…*, (6), 32-39.

Etchegoyen, H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu Editores.

Engel, B. (s. f. a). *Beverly Engel*. Beverly Engel LMFT. Recuperado el 15 de mayo de 2024 de https://beverlyengel.com/

Engel, B. (s. f. b). Acerca del autor. Amazon. Recuperado el 15 de mayo de 2024 de https://www.amazon.com.mx/stores/author/B000APNBP6/about

Escudero, J., Delfín, L. A., y Gutiérrez, L. (2008). El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales. *Ciencia Administrativa. 1*. 7-10.

Esquivel, G., y Ancona, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño.* Editorial Pax México.

Fernández-Poncela, A. M. (1995). Las niñas buenas van al cielo y las malas... Género y narrativa oral tradicional. *Nueva Sociedad*, *135*, 104-115. https://nuso.org/articulo/las-ninas-buenas-van-al-cielo-y-las-malas-genero-y-narrativa-oral-tradicional/

Freud, S. (1900 [1899]/2021). *La interpretación de los sueños*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. IV). Amorrortu.

Freud, S. (1902/2021). *Consejos al médico*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XII). Amorrortu.

Freud, S. (1904 [1903]/2021). *El método psicoanalítico de Freud*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. VII). Amorrortu.

Freud, S. (1905 [1901]/2021). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. VII). Amorrortu.

Freud, S. (1910/2021). *Sobre el psicoanálisis silvestre.* En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XI). Amorrortu.

Freud, S. (1912/2021). *Sobre la dinámica de la trasferencia*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XII). Amorrortu.

Freud, S. (1913/2021). *La iniciación del tratamiento*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XII). Amorrortu.

Freud, S. (1914/2021a). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II).* En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XII). Amorrortu.

Freud, S. (1914/2021b). *Introducción del narcisismo*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu.

Freud, S. (1915/2021). *La represión*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu.

Freud, S. (1919 [1918]/2021). *¿Debe el psicoanálisis enseñarse en la universidad?* En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XVII). Amorrortu.

Freud, S. (1920/2021). *Más allá del principio de placer*. *Obras completas* (Vol. XVIII). Amorrortu.

Freud, S. (1921/2021). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XVIII). Amorrortu.

Freud, S. (1923/2021a). *El yo y el ello.* En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XIX). Amorrortu.

Freud, S. (1923 [1922] /2021). *Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido»* En Freud, S. Obras completas (Vol. XVIII.) Amorrortu.

Freud, S. (1924 [1923]/2021). *Breve informe sobre el psicoanálisis.* En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XIX). Amorrortu.

Freud, S. (1925 [1924]/2021). *Presentación autobiográfica.* En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XX). Amorrortu.

Freud, S. (1926 [1925]/ 2021). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Freud, S*. Obras completas* (Vol. XX). Amorrortu.

Freud, S. (1930 [1929]). *El malestar en la cultura.* En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XXI). Amorrortu.

Freud, S. (1937/2021a). *Análisis terminable e interminable*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XXIII). Amorrortu.

Freud, S. (1937/2021b). *Construcciones en el análisis*. En Freud, S. *Obras completas* (Vol. XXIII). Amorrortu.

Gerez, M. (28 de septiembre de 2019). *Voces del Super yo en la clínica y el malestar contemporáneo* [Sesión de conferencia]. Conferencia en las 37º Jornadas de Psicoanálisis, Brasil. https://www.youtube.com/watch?v=jjlxbmJhMwE

Gerez, M. (2022). *Las voces del superyó: En la clínica psicoanalítica y en el malestar en la cultura* (9.ª ed.). Letra Viva.

Gitaroff, G. (2010). *Claves para escribir sobre psicoanálisis: Del borrador al texto publicado*. Letra Viva.

González, J. y Rodríguez, M. (2008). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Plaza y Valdés Editores.

González, P., Medina, Y., Zayas A. y Gómez, R. (2018). Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios.

Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores, *2*(1). 67-76.

Greenson, R. (2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis* (14.ª ed.). Siglo Veintiuno Editores.

Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M. y Viseda, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21 en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, *8*(002), 3-7.

Irigaray, L. (2009). *Este sexo que no es uno* (Edición original publicada en 1977). Akal Ediciones.

Kernberg, O. (2023). *Hatred, emptiness, and hope: Transference-focused psychotherapy in personality disorders*. American Psychiatric Association.

Maleval, J. (1994). Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 14*(49), 269–290.

Martínez, M. (2024). *El síndrome de la chica buena*. Zenith.

Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C. y Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, *10*(27). 25-37.

Merlin, N. (2021). Feminismo y psicoanálisis. La desobediencia de las mujeres. *Desde el Jardín de Freud*, 21, 381–390. https://doi.org/10.15446/djf.n21.101248

Miller, J.-A. (2006). *Introducción al método analítico*. Paidós.

Moguillansky, C. (2022). Hacia la construcción de la realidad en el desarrollo psíquico. Examen del deseo y de las funciones psíquicas –yo y superyó– en la construcción de la realidad. *Psicoanálisis, 44*(2), 137–168.

Moreno, R. (Ed.). (2019). *Feminismos: La historia*. Ediciones Akal.

Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. Editorial Manual Moderno.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(4), 695–699. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Laplanche, J., y Pontalis, J.-B. (1983). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

León, M. (2022). Un estudio de caso de malestar y displacer en la feminidad. *Revista Letra en Psicoanálisis, 8*(1), 159-181.

Portuondo, J. (2009). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover.* Biblioteca nueva.

Pulvet, M. A. (2023). *Vigencia de la histeria en la época actual*. En XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXX Jornadas de Investigación, XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional y V Encuentro de Musicoterapia, Buenos Aires, Argentina.

Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós.

Rodríguez, J. R., (2001). El superyó y la posición femenina. *Fundamentos en Humanidades*, *2*(4), 45-59.

Roussos, A. J., (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *16*(3), 261-270.

Rubio, D. (2024). *Qué es el síndrome de la niña buena y cómo evitarlo*. Diario Público. Recuperado el 08 de marzo de 2024 de

https://www.publico.es/psicologia-y-mente/que-es-el-sindrome-de-la-nina-buena-y-como-evitarlo/

Rubistein, A. M., (2009). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales. *Anuario de Investigaciones, 16*, 147-156.

Rutenberg, M. S. (2018). *El superyó en las mujeres desde el psicoanálisis y el feminismo: Revisión clínica y crítica*. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.

Sanguinetti, L. (1978). *Semiología, Semiotécnica y Clínica Propedéutica.* Editorial López Libreros.

Sastre, A. (2004). El desafío metodológico de la investigación en Psicología Clínica: saber interrogarse. *Aletheia*, (20), 65-76.

Solís, R. (2011). *Manual de Aplicaciones del Test de la Familia de Louis Corman*. http://bloguamx.byethost10.com/wp-content/uploads/2015/04/manual-corman1.pdf?i=2

Thomä, H., y Kächele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Editorial Herder S.A.

Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de Psicologia*, *12*(2), 161-174.

Vega, J. (2015). Cómo escribir y publicar un caso clínico: Guía práctica. *Revista médica de Chile, 143*(4), 499-505. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400012

Vegetti, S. (2002). *Psicoanálisis en femenino*. Editorial Síntesis.

Apéndices

Apéndice A – Consentimiento informado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA
Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)

Consentimiento informado para recibir atención psicológica (atención adultos)

Yo _____
(nombre del paciente)
estoy solicitando atención psicológica al *Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)* de la Facultad de Psicología y doy mi consentimiento para recibirla de forma presencial o en línea. A partir de este momento, acepto y autorizo al personal de la institución comenzar con las entrevistas y evaluaciones convenientes para mi atención.

Así mismo, declaro que es de mi conocimiento que el *CIIP* está adscrito a una institución educativa, y sirve como un centro de práctica y entrenamiento para los estudiantes del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, cuyo objetivo es la formación de psicoterapeutas profesionales.

Acepto que seré atendido por alguno de los estudiantes que cursan el programa de maestría mencionado en el párrafo anterior, los cuáles son Licenciados en Psicología con cédula profesional y se forman actualmente como psicoterapeutas en alguno de los enfoques clínicos que ofrece el programa de maestría.

Tengo conocimiento de que los estudiantes son supervisados, en cada uno de los casos que atienden, de forma cuidadosa y cercana por sus profesores, quienes son psicoterapeutas profesionales y con probada experiencia.

Por ser un centro de enseñanza, soy consciente de que las sesiones podrán ser videograbadas o audiograbadas y doy mi autorización para que sean utilizadas con fines didácticos o de investigación, guardando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que yo comparta y protegiendo al máximo mi privacidad.

Acepto que la información que yo brinde en las entrevistas, las evaluaciones que se realicen y el progreso de mi tratamiento psicoterapéutico se integren en un expediente clínico en formato físico o electrónico, apegándose a las Normas

Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012 respectivamente.

Al firmar este consentimiento, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a paricipar activamente en los estudios que me realicen, así como en mi tratamiento. De la misma manera, si una vez comenzado el tratamiento, es mi deseo interrumpirlo, sé que tengo plena libertad para hacerlo, dando aviso a la persona responsable de mi atención y sin perjuicio alguno para mi persona.

Por el contrario, si dejo de asistir a mis consultas sin previo aviso, seré dado de baja después de la segunda inasistencia, para darle a otra persona la posibilidad de ser atendida.

En caso de que se presente alguna urgencia o situación en la que mi vida o la integridad física o de alguien más, estén en riesgo, autorizo al personal del centro para que contacte a _____, quien es
(nombre de la persona

mi _____ al teléfono _____
(relación o parentesco)
y se le informe sobre mi estado y sobre el riesgo detectado.

Es de mi conocimiento que en el *CIIP*, no se atienden urgencias psicológicas, brindándose atención psicológica únicamente en los horarios establecidos.

Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

Nombre y firma del paciente	**Nombre y firma del psicólogo responsable de la atención**

Vo.Bo. Supervisor
Nombre y firma

Apéndice B – Consentimiento Informado Firmado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA
Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)

Consentimiento informado para recibir atención psicológica
(atención adultos)

Yo [redacted]
(nombre del paciente)
estoy solicitando atención psicológica al *Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)* de la Facultad de Psicología y doy mi consentimiento para recibirla de forma presencial o en línea. A partir de este momento, acepto y autorizo al personal de la institución comenzar con las entrevistas y evaluaciones convenientes para mi atención.

Así mismo, declaro que es de mi conocimiento que el *CIIP* está adscrito a una institución educativa, y sirve como un centro de práctica y entrenamiento para los estudiantes del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, cuyo objetivo es la formación de psicoterapeutas profesionales.

Por ser un centro de enseñanza, soy consciente de que las sesiones podrán ser observadas, videograbadas o audiograbadas y doy mi autorización para que puedan ser utilizadas con fines didácticos o de investigación, guardando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que yo comparta y protegiendo mi privacidad.

Acepto que seré atendido por alguno de los estudiantes que cursan el programa de maestría mencionado en el párrafo anterior, los cuáles son Licenciados en Psicología con cédula profesional y se forman actualmente como psicoterapeutas en alguno de los enfoques clínicos que ofrece el programa de maestría.

Tengo conocimiento de que los estudiantes son supervisados, en cada uno de los casos que atienden, de forma cuidadosa y cercana por sus profesores, quienes son psicoterapeutas profesionales y con probada experiencia.

Acepto que la información que yo brinde en las entrevistas, las evaluaciones que se realicen y el progreso de mi tratamiento psicoterapéutico se integren en un expediente clínico en formato físico o electrónico, apegándose a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012 respectivamente.

Asimismo, se me informa que todas mis sesiones de evaluación y tratamiento, se llevarán a cabo en las instalaciones del CIIP y bajo ninguna circunstancia podrán realizarse fuera de las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Al firmar este consentimiento, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a participar activamente en los estudios que me realicen, así como en mi tratamiento. De la misma manera, si una vez comenzado el tratamiento, es mi deseo interrumpirlo, sé que tengo plena libertad para hacerlo, dando aviso a la persona responsable de mi atención y sin perjuicio alguno para mi persona.

Por otro lado, si dejo de asistir a mis consultas sin previo aviso, seré dado de baja después de dos inasistencias, continuas o intermitentes, para darle a otra persona la posibilidad de ser atendida.

Se me informa que el planteamiento inicial para mi atención psicológica comprende 12 sesiones, al final de las cuales se revalorará mi alta clínica o la continuidad del tratamiento.

En caso de que se presente alguna urgencia o situación en la que mi vida o la integridad física o de alguien más estén en riesgo, autorizo al personal del centro

para que contacte a [redacted] quien es (nombre de la persona) mi [redacted] (relación o parentesco) al teléfono [redacted] y se le informe sobre mi estado y sobre el riesgo detectado.

Es de mi conocimiento que el *CIIP* no atiende urgencias psicológicas, y brinda atención únicamente en los horarios establecidos y fechas de acuerdo al calendario de la institución.

Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

[redacted]

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del psicólogo responsable de la atención

Vo. Bo. Supervisor
Nombre y firma

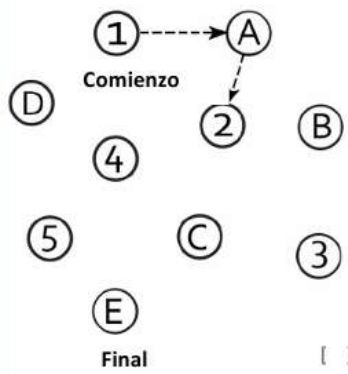
Apéndice C – MOCA - Full

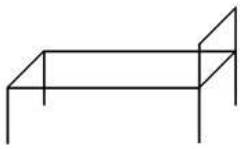
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)
Versión en Español 8.3

Nombre:
Escolaridad: Fecha de Nacimiento:
Sexo: FECHA:

VISUOESPACIAL/EJECUTIVO — PUNTOS

Copiar la cama





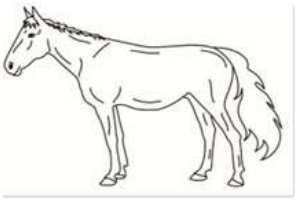
[ ] [ ]

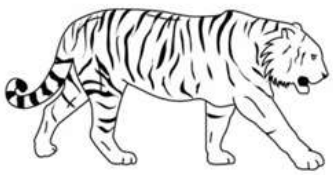
Dibujar un reloj (diez y cinco)
(3 puntos)

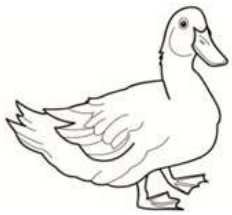
[ ] Contorno [ ] Números [ ] Manecillas

__/5

DENOMINACIÓN







[ ] [ ] [ ]

__/3

MEMORIA Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdeselas 5 minutos más tarde.

	PIERNA	ALGODÓN	ESCUELA	TOMATE	BLANCO
1er INTENTO					
2do INTENTO					

Sin Puntos

ATENCIÓN Lea la serie de dígitos (un número/seg.).
El paciente debe repetirla en orden directo [ ] 2 4 8 1 5
El paciente debe repetirla en orden inverso. [ ] 4 2 7
__/2

Lea la lista de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B
__/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 60. [ ] 53 [ ] 46 [ ] 39 [ ] 32 [ ] 25
4 o 5 sustracciones correctas: **3 puntos**, 2 o 3 correctas: **2 puntos**, 1 correcta: **1 punto**, 0 correctas: **0 puntos**
__/3

LENGUAJE Repetir: El niño paseaba a su perro en el parque después de medianoche. [ ]
El artista terminó su pintura en el momento exacto para la exhibición. [ ]
__/2

Fluidez verbal. Nombre el máximo número de palabras en un minuto que comiencen con la letra B. [ ] ____ (N ≥ 11 palabras)
__/1

ABSTRACCIÓN Similitud entre ej. plátano - naranja = fruta [ ] martillo - desarmador [ ] cerillos - lámpara
__/2

RECUERDO DIFERIDO — __/5

Puntuación Índice de Memoria (MIS)	(MIS)	Debe recordar las palabras sin pistas	PIERNA	ALGODÓN	ESCUELA	TOMATE	BLANCO	Puntos por recuerdo SIN PISTAS únicamente
	X3		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	X2	Pista de categoría						MIS = ____ / 15
	X1	Pista elección múltiple						

ORIENTACIÓN [ ] Día [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la Semana [ ] Lugar [ ] Ciudad
__/6

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org

MIS: /15
(Normal ≥ 26/30)
Añadir 1 punto si tiene <12 años de escolaridad

TOTAL __/30

Administrado por:_____

Se requiere formación y certificación para garantizar la exactitud.

MOCA –Versión 8.3 June 28, 2017 ©Z. Nasreddine MD
Versión en español/México 03 mayo 2020
Adaptado por: L. Ledesma PhD.

Apéndice D - Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en Población Mexicana

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF (1995)

Evaluador:_____

Fecha:_____

Nombre y Apellido	sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Nivel de Instrucción

INSTRUCCIONES

Aquí encontrará 39 afirmaciones. Su tarea es indicar su nivel de acuerdo con cada afirmación, utilizando una escala donde 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 algunas veces de acuerdo, 4 frecuentemente de acuerdo, 5 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Por favor, lea atentamente cada afirmación y complete en el espacio correspondiente.

Recuerde que no hay ni buenos ni malos resultados en esta prueba, por lo tanto seleccione el número que mejor le describe para cada afirmación. Los resultados son anónimos, así que por favor conteste de la manera más honesta posible. Intente contestar a todas las afirmaciones, y en caso de que tenga alguna duda consúltelo con el evaluador.

Nº	ÍTEMS	1 Totalmente en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Algunas veces de Acuerdo	4 Frecuentemente de Acuerdo	5 De Acuerdo	6 Totalmente De Acuerdo
1.	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2.	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3.	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6.	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7.	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9.	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10.	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.						
11.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi						

This document is available free of charge on studocu

	gusto.						
12.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
13.	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.						
14.	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
15.	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
16.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17.	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
18.	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
19.	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20.	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
22.	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23.	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
24.	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
25.	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.						
26.	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
27.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
28.	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						
29.	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.						
30.	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
31.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
32.	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
33.	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						

34.	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35.	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						
36.	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
37.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
38.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
39.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						
	Sumatoria:						
					Puntuación Total:		

Apéndice E – Escala de Dificultades en la Regulación Emocional DERS Para Adultos Michoacanos

Anexo

DERS-EAM

Por favor indica qué tan frecuentemente te ha pasado lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda, puedes tomar en cuenta que cada respuesta tiene el siguiente significado:

Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)

	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayo-ría de las veces	Casi siempre
2. Cuando me siento mal, se me dificulta pensar en algo más.	○	○	○	○	○
3. Cuando me siento mal, me enojo conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.	○	○	○	○	○
5. Cuando me siento mal, creo que así me sentiré por mucho tiempo.	○	○	○	○	○
7. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control.	○	○	○	○	○
8. Cuando me siento mal, pierdo el control de cómo me porto.	○	○	○	○	○
9. Cuando me molesto, me toma tiempo entender lo que en realidad estoy sintiendo.	○	○	○	○	○
10. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo concentrarme.	○	○	○	○	○
11. Cuando me enojo me siento fuera de control.	○	○	○	○	○
14. Cuando me molesto, me siento avergonzado de sentirme así.	○	○	○	○	○
16. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento.	○	○	○	○	○
18. Cuando me enojo pierdo el control.	○	○	○	○	○
20. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo controlar lo que hago.	○	○	○	○	○
22. Cuando me molesto creo que voy a terminar sintiendome depri-mido(a).	○	○	○	○	○
24. Cuando me siento mal, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.	○	○	○	○	○
26. Cuando me enojo, me siento avergonzado por sentirme así.	○	○	○	○	○
31. Cuando me siento mal, siento que soy débil.	○	○	○	○	○
32. No tengo idea de cómo me siento.	○	○	○	○	○
33. Cuando me siento mal, me toma mucho tiempo sentirme mejor.	○	○	○	○	○
34. Cuando estoy molesto, siento que mis emociones me dominan.	○	○	○	○	○
36. Cuando me siento mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	○	○	○	○	○
37. Estoy confundido(a) por cómo me siento.	○	○	○	○	○

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice F - DASS-21

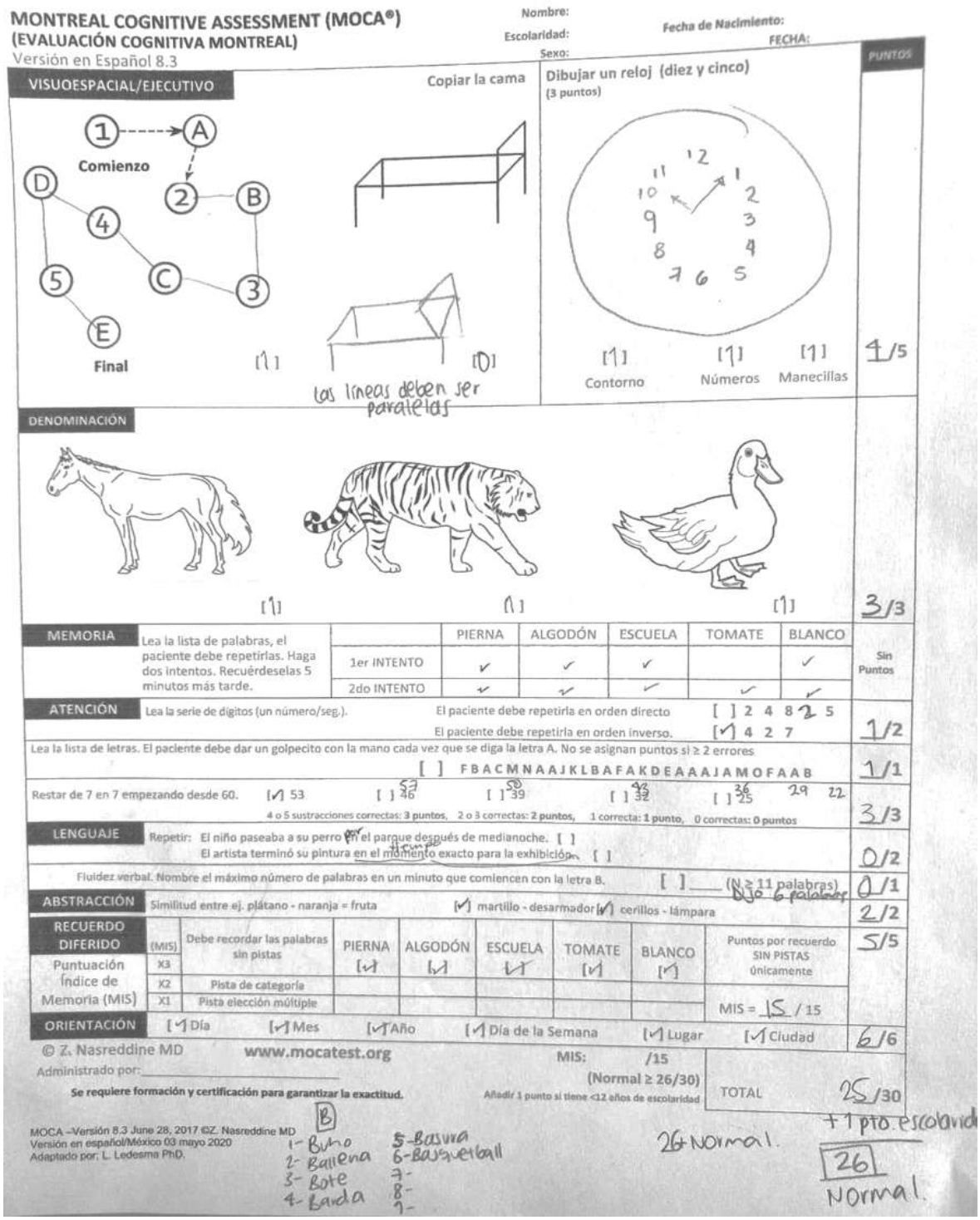
DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:
0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Apéndice G – Registro de Respuestas de la Batería de Pruebas

Registro de MOCA - Full



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)
Versión en Español 8.3

Nombre:
Escolaridad:
Sexo:
Fecha de Nacimiento:
FECHA:

PUNTOS

VISUOESPACIAL/EJECUTIVO

Copiar la cama

Comienzo, Final

[1] [0]

Las líneas deben ser paralelas

Dibujar un reloj (diez y cinco)
(3 puntos)

[1] Contorno [1] Números [1] Manecillas

4/5

DENOMINACIÓN

[1] [1] [1]

3/3

MEMORIA — Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdeselas 5 minutos más tarde.

	PIERNA	ALGODÓN	ESCUELA	TOMATE	BLANCO
1er INTENTO	✓	✓	✓		✓
2do INTENTO	✓	✓	✓	✓	✓

Sin Puntos

ATENCIÓN — Lea la serie de dígitos (un número/seg.).

El paciente debe repetirla en orden directo [ ] 2 4 8 2 5
El paciente debe repetirla en orden inverso. [✓] 4 2 7

1/2

Lea la lista de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

1/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 60. [✓] 53 [ ] 46 [ ] 39 [ ] 32 [ ] 25 29 22

4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos

3/3

LENGUAJE — Repetir: El niño paseaba a su perro por el parque después de medianoche. [ ]
El artista terminó su pintura en el momento exacto para la exhibición. [ ]

0/2

Fluidez verbal. Nombre el máximo número de palabras en un minuto que comiencen con la letra B. [ ] ___ (N ≥ 11 palabras) Dijo 6 palabras

0/1

ABSTRACCIÓN — Similitud entre ej. plátano - naranja = fruta [✓] martillo - desarmador [✓] cerillos - lámpara

2/2

RECUERDO DIFERIDO

	(MIS)	Debe recordar las palabras sin pistas	PIERNA	ALGODÓN	ESCUELA	TOMATE	BLANCO
Puntuación Índice de Memoria (MIS)	X3		[✓]	[✓]	[✓]	[✓]	[✓]
	X2	Pista de categoría					
	X1	Pista elección múltiple					

Puntos por recuerdo SIN PISTAS únicamente

MIS = 15 / 15

5/5

ORIENTACIÓN — [✓] Día [✓] Mes [✓] Año [✓] Día de la Semana [✓] Lugar [✓] Ciudad

6/6

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org

Administrado por:

Se requiere formación y certificación para garantizar la exactitud.

MIS: /15 (Normal ≥ 26/30)

Añadir 1 punto si tiene <12 años de escolaridad

TOTAL 25/30

MOCA –Versión 8.3 June 28, 2017 ©Z. Nasreddine MD
Versión en español/México 03 mayo 2020
Adaptado por: L. Ledesma PhD.

B

1- Bimo
2- Ballena
3- Bote
4- Banda
5- Basura
6- Basquetball
7-
8-
9-

26 Normal.

+1 pto. escolaridad

26
Normal.

Registro de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en Población Mexicana

INSTRUCCIONES

Aquí encontrará 39 afirmaciones. Su tarea es indicar su nivel de acuerdo con cada afirmación, utilizando una escala donde 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 algunas veces de acuerdo, 4 frecuentemente de acuerdo, 5 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Por favor, lea atentamente cada afirmación y complete en el espacio correspondiente.

Recuerde que no hay ni buenos ni malos resultados en esta prueba, por lo tanto seleccione el número que mejor le describe para cada afirmación. Los resultados son anónimos, así que por favor conteste de la manera más honesta posible. Intente contestar a todas las afirmaciones, y en caso de que tenga alguna duda consúltelo con el evaluador.

Nº	ÍTEMS	1 Totalmente en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Algunas veces de Acuerdo	4 Frecuentemente de Acuerdo	5 De Acuerdo	6 Totalmente De Acuerdo
1.	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.			★			
2.	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.					★	
3.	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.					★	
4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	★					
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.			★			
6.	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.			★			
7.	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.		★				
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.					★	
9.	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	★					
10.	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.					★	
11.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi		★				

This document is available free of charge on studocu

	gusto.						
12.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
13.	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.						
14.	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
15.	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
16.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17.	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
18.	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
19.	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20.	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
22.	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23.	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
24.	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
25.	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.						
26.	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
27.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
28.	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						
29.	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.						
30.	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
31.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
32.	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
33.	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						

34.	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.		*				
35.	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						*
36.	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						*
37.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						*
38.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						*
39.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.			*			
	Sumatoria:						
						Puntuación Total:	139

Autoaceptación
Ítems: 1, 7, 13, 19, 25, 31 = 18 pts. (Medio)

Dominio del entorno
ítems: 5, 11, 16, 22, 28, 39 = 22 pts. (Medio)

Relaciones positivas
ítems: 2, 8, 14, 20, 26, 32 = 23 pts. (Medio)

Crecimiento personal
ítems: 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38 = 35 pts. (Alto)

Autonomía
ítems: 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, 33 = 22 pts. (Bajo)

Propósito en la vida
ítems: 6, 12, 17, 18, 23, 29 = 19 pts. (Medio)

Rangos 2 + 3 + 24 = 29
+ 75
+ 35
139

This document is available free of charge on studocu
Descargado por Yazmin Cortes (yaz.cort@gmail.com)

Registro de Escala de Dificultades en la Regulación Emocional DERS Para Adultos Michoacanos

Anexo

DERS-EAM

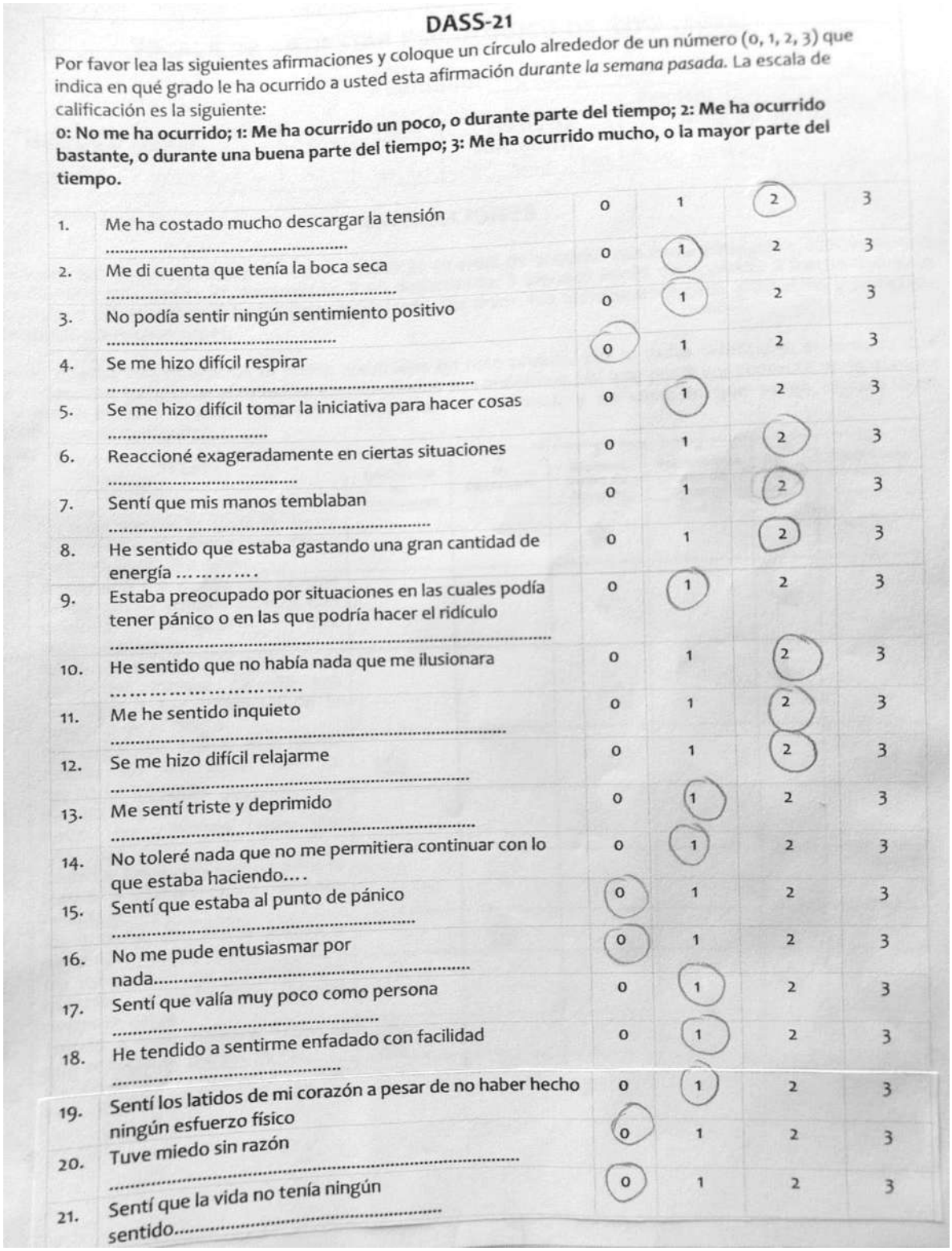
Por favor indica qué tan frecuentemente te ha pasado lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda, puedes tomar en cuenta que cada respuesta tiene el siguiente significado:

Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)

	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
2. Cuando me siento mal, se me dificulta pensar en algo más.	○	○	◐	○	○
3. Cuando me siento mal, me enojo conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.	○	○	○	◐	○
5. Cuando me siento mal, creo que así me sentiré por mucho tiempo.	○	○	◐	○	○
7. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control.	◐	○	○	○	○
8. Cuando me siento mal, pierdo el control de cómo me porto.	◐	○	○	○	○
9. Cuando me molesto, me toma tiempo entender lo que en realidad estoy sintiendo.	○	◐	○	○	○
10. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo concentrarme.	○	◐	○	○	○
11. Cuando me enojo me siento fuera de control.	○	◐	○	○	○
14. Cuando me molesto, me siento avergonzado de sentirme así.	◐	○	○	○	○
16. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento.	○	◐	○	○	○
18. Cuando me enojo pierdo el control.	◐	○	○	○	○
20. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo controlar lo que hago.	◐	○	○	○	○
22. Cuando me molesto creo que voy a terminar sintiendome deprimido(a).	◐	○	○	○	○
24. Cuando me siento mal, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.	○	◐	○	○	○
26. Cuando me enojo, me siento avergonzado por sentirme así.	◐	○	○	○	○
31. Cuando me siento mal, siento que soy débil.	◐	○	○	○	○
32. No tengo idea de cómo me siento.	○	◐	○	○	○
33. Cuando me siento mal, me toma mucho tiempo sentirme mejor.	○	◐	○	○	○
34. Cuando estoy molesto, siento que mis emociones me dominan.	◐	○	○	○	○
36. Cuando me siento mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	◐	○	○	○	○
37. Estoy confundido(a) por cómo me siento.	○	○	◐	○	○

Fuente: Elaboración propia

Registro de DASS-21



DASS-21

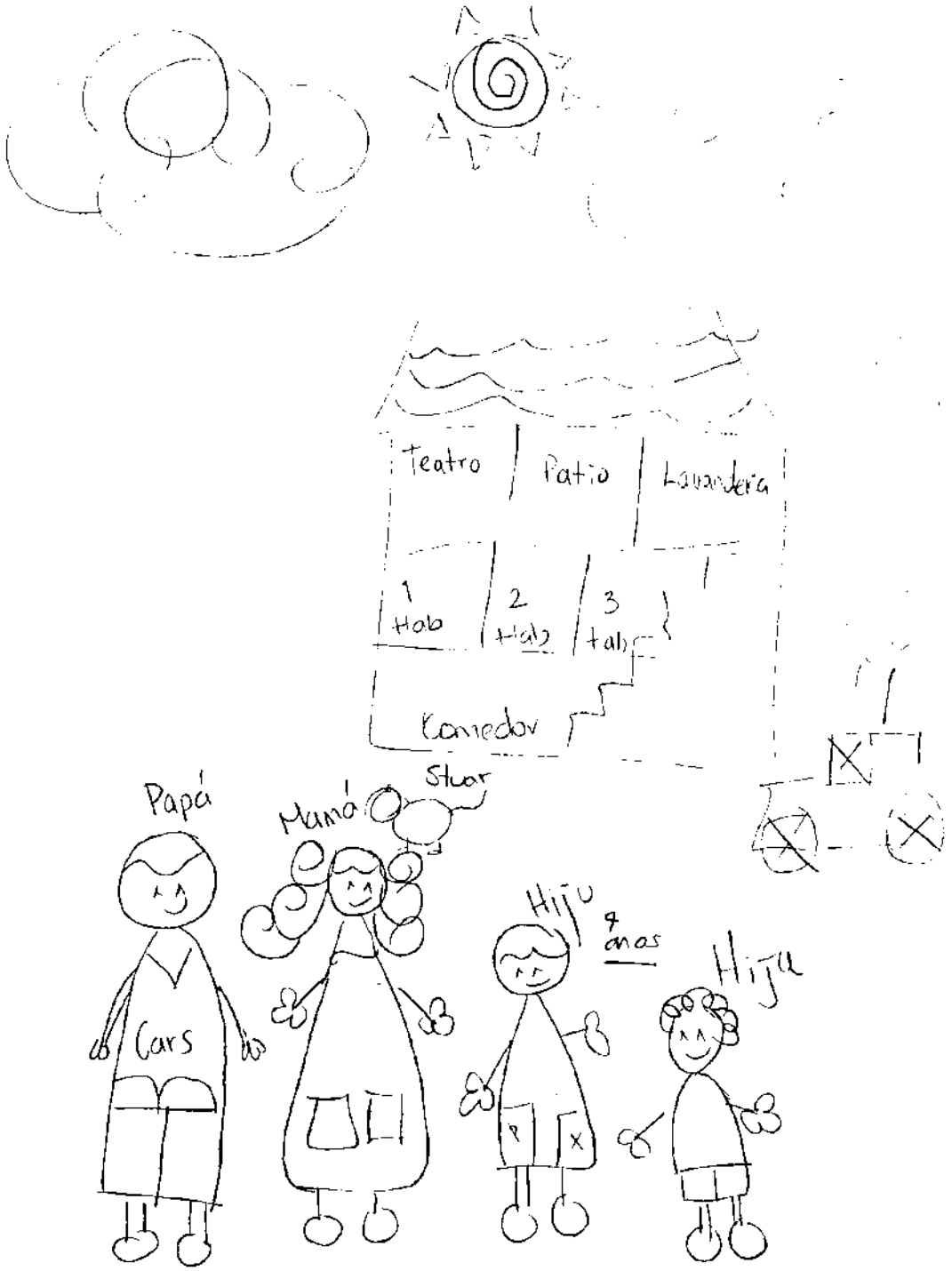
Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	(2)	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	(1)	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	(1)	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	(0)	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	(1)	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	(2)	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	(2)	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	(2)	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	(1)	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	(2)	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	(2)	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	(2)	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	(1)	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	(1)	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	(0)	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	(0)	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	(1)	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	(1)	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	(1)	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	(0)	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	(0)	1	2	3

Registro de Test de la Figura Humana

Registro de Test de la familia



Apéndice H - Resumen de las Sesiones

Fase inicial

Sesión 1

La paciente se presentó puntual, vestía un suéter holgado de peluche, jeans ajustados y tenis. Se dio el encuadre de las sesiones, se mencionó que serían sesiones semanales, los lunes a las 6:00pm, se leyó y firmó el consentimiento informado. Se estableció un costo de $150 pesos por sesión a ser pagados en la recepción del CIIP. Se le mencionó a la paciente que como parte de los requisitos institucionales hay un llenado de expediente, así como la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, ante lo cual la paciente estuvo de acuerdo.

La paciente expresó que sus expectativas sobre el proceso giran en torno a mejorar su bienestar y reducir la angustia que siente al no poder apoyar a sus padres, así como aliviar la sensación de soledad. En cuanto al motivo de consulta, se expresa que presenta síntomas de ansiedad, desmotivación y un profundo sentimiento de soledad, que la llevan a experimentar episodios frecuentes de llanto y temor a morir sola. Se ve afectada por la comparación con otras mujeres, en especial con su hermana menor.

Ella identifica la aparición de sus malestares alrededor de principios del año 2023, fecha que coincide con que anexaron a su padre por tercera ocasión. Menciona que se mudó a la ciudad para alejarse de dicha situación, ya que su padre ha impuesto restricciones a las mujeres de la familia. La paciente menciona que siente una constante culpa hacia su madre, ya que teme generarle angustias o preocupaciones.

Se menciona que en el 2019 vivió acoso dentro del hospital donde realizaba el servicio social y esto la llevó a cambiar su vestimenta por ropa holgada. Al

denunciar dicho acoso con las autoridades del hospital, la vetaron a ella de ese hospital.

Sobre su proceso terapéutico anterior, menciona que acudió durante tres meses, decidió dejarlo ya que no le decían qué hacer y no le gustaba sólo hablar.

Sesión 2

Itzel llegó a las 5:59 p.m. de forma apresurada. Vestía un suéter holgado de peluche, jeans ajustados y tenis. La paciente menciona que la ocasión pasada en la que asistió a terapia sintió que “hablaba y hablaba” y no le servía mucho hablar; ante ello se le señaló que, en este espacio, más que hablar, se trata de profundizar y analizar sus experiencias e ideas.

Durante la sesión la paciente relata que su familia la invitó a que regrese a su pueblo, lo cual le genera incomodidad ya que no quiere regresar. Itzel cree que sus padres están previniendo a alguien que los cuide cuando su hermana se independice.

Menciona que recuerda que de pequeña deseaba haber sido hombre para no tener el *síndrome de la niña bien*. Además, que en esa época, le molestaban comparaciones por su tez morena frente a una prima de tez blanca.

Mencionó el estar soltera como igual a estar sola y se ahondó sobre esos conceptos que usa como iguales. Cuando se le preguntó si habría otras maneras de sentirse acompañada que no fueran una pareja, respondió que tiene “un conflicto grande con esas dos partes” (soltería y soledad), recordando cómo su madre soportó muchas cosas por no estar sola. Agregó que siente estar preparada para una relación ahora.

Sesión 3

En esta ocasión, Itzel llegó con el cabello recogido en un chongo, sin cabellos sueltos visibles, y un perfume perceptible. Vestía el mismo suéter holgado de peluche que ha llevado antes, jeans ajustados y tenis de bota negros. Al comenzar la sesión, se le comentó que por requerimiento institucional era importante completar algunos datos de su expediente, aclarando que no era algo urgente. Se le propuso que, si tenía algún tema en particular del que quisiera hablar, podríamos dejar las preguntas para la siguiente sesión. Ella aceptó continuar con los datos del expediente.

Acerca de su rutina de sueño, mencionó que suele despertar durante las noches pero que eso no le sucede en el pueblo. Sobre su apetito, comenta que hace tres comidas al día, más una colación.

Mencionó que, aunque no es “fiel creyente” de Dios, cada mañana se encomienda a él. Se describe como alguien “muy facial” porque expresa mucho con sus gestos. También señaló que tiene un tic en el ojo izquierdo que le advierte cuando viene una “verborrea”.

Usa lentes con graduación de 0.5 para el astigmatismo, pero no los lleva desde hace dos meses, ya que un niño en la guardería se los rompió.

Al preguntarle cómo enfrenta la soledad, además de con la música, mencionó que suele llamar a su abuelita. Estas llamadas son breves.

Añadió que le gustaría viajar sola y mencionó un viaje a un pueblo cercano que había planeado con un amigo, quien no pudo asistir, por lo que invitó a otro. Finalmente, hizo el viaje con este segundo amigo, dejándole claro que era solo de amistad, pero él intentó besarla. Habló de un amigo que tiene más de diez años que ella, quien también intentó acercarse románticamente y a quien le dejó claro que no.

Comentó que ha dejado atrás el *síndrome de la niña bien*, que para ella significa buscar igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en cuanto a su bienestar.

Al abordar el tema de su expareja, mencionó que tiene la fantasía de que se reencontrará con su ex. Agrega que el distanciamiento con una amiga fue a consecuencia de que la paciente comenzó una relación con el ex novio de su amiga cuando ella se fue.

Sesión 4

La paciente se presentó vistiendo un suéter negro de peluche, jeans negros y tenis. Su llegada fue a las 6:09 pm. Se le dio la palabra, sin interrogar la diferencia en su tiempo de llegada. Se acordó iniciar con la aplicación de dos cuestionarios y procedió a completar los cuestionarios en aproximadamente cinco minutos: *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* para población mexicana y *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)* para adultos michoacanos.

Su rapidez al responder daba la impresión de estar contra el tiempo aun cuando se le aclaró que podía tomarse su tiempo. Posteriormente, se le pidió responder la prueba *MOCA-Full* y, finalmente, el test de la Figura humana y el test de la familia.

Al finalizar las actividades, expresó interés en saber la siguiente etapa del trabajo en terapia, comentando que en su anterior proceso terapéutico no se sintió cómoda. Mencionó que durante el mes sin sesiones (debido a vacaciones), notó que tenía temas pendientes por trabajar ya que siente que el tiempo sin terapia la ha estancado.

Compartió también que durante el verano pasado terminó su relación de pareja. También mencionó que coincidió en una fiesta en diciembre con su primer

novio, de quien es amiga desde hace 13 años. Alguien en la fiesta asumió que eran pareja, lo cual la apenó y le hizo reflexionar sobre la presión social que sintió en ese momento para tener pareja.

La sesión concluyó con una explicación de la terapeuta sobre cómo el psicoanálisis permite trabajar los temas que ella desee abordar y llevando un ritmo que sea adecuado para ella. Se le recordó que su papel en terapia es explorar su historia a su propio ritmo y hablar de distintos temas sin una continuidad estricta, sino como un espacio para integrar experiencias.

Por último, comentó haber leído sobre una "huelga emocional" de seis meses enfocada en ella misma y su cuidado, la cual incluye no tener pareja durante ese periodo.

Fase intermedia

Sesión 5

Llevaba sus lentes, usa un suéter verde tejido y holgado, pantalón de mezclilla con roturas a la moda, botines cafés y se mostró aliñada y limpia. Mencionó que se siente incómoda y con miedo de hablar sobre sus sentimientos, especialmente sobre el compromiso de su hermana, que ocurrió el fin de semana pasado. Aunque intenta alegrarse por ella, se siente egoísta y triste, ya que ha sido difícil para ella aceptar el cambio en la relación con su hermana.

Se cuestiona sobre su propio futuro, comenta que no considera el matrimonio un sueño para ella, ya que no ha encontrado una pareja con quien compartirlo.

Reconoce que es difícil hablar de estos temas en terapia, pero lo hace. Se siente como una segunda opción tanto por su exnovio como por su hermana.

Dice que se siente vulnerable, se describe como una niña pequeña, asustada, triste y decepcionada por no haber podido contar con sus hermanos como pensaba. Habla de la dificultad para reconocer sus logros personales.

En cuanto a sus relaciones familiares, expresa que no se siente valorada por sus padres. Itzel reflexiona sobre la dificultad de verse en el reflejo de sus padres y surge su dificultad de verse en el espejo, menciona que por ello no posee espejos en su casa, agrega que su reflejo le dice que no ha logrado sus metas y que ha puesto como sus prioridades a los demás, como sus novios y sus hermanos, pero que ahora, al estar sola, no sabe qué hacer consigo misma.

Menciona que sus amigos y familiares no han sido leales, lo que la ha llevado a un estado de "huelga emocional".

Se le menciona la importancia de voltearse a ver ella misma y cómo la terapia puede ser un espacio para ello.

Sesión 6

Itzel comienza la sesión diciendo que no sabía sobre qué quería hablar. Se le ofrecieron diversas opciones para iniciar con la intención de recordarle que podía explorar cualquier pensamiento sin censura y facilitar el flujo de la palabra: hablar sobre algo ya abordado en sesiones anteriores, sobre algo reciente que la haya dejado pensando o sobre cualquier otro tema que tuviera en mente en ese momento.

Comentó que en la sesión anterior había hablado sobre la relación de su hermana y su compromiso, mencionando que la boda sería ese diciembre, expresó que desaprueba la boda de su hermana, ya que teme que su hermana viva la violencia que vivió su madre.

Itzel admitió que a veces boicotea inconscientemente su relación porque sabe que algo está mal, pero se provoca el dolor para sentirse bien.

La sesión continuó con Itzel reflexionando sobre su relación con sus padres, dijo que hay un “agujero emocional, un sentimiento de abandono”. Aclaró que ya no es la misma Itzel de antes, sino una persona dispuesta a defender sus ideales.

Sesión 7

La sesión inicia con la paciente expresando que no sabe qué decir, y se le recuerda que puede hablar de cualquier cosa que se le ocurra. Relata una situación de estrés en su trabajo. Comenta que una “luz celestial” la hizo reflexionar.

En cuanto a su vida familiar, menciona una conversación con su hermana, a quien le expresó que siente que ha sido dejada de lado por ella, lo que provoca malestar en la paciente. También describe una interacción con su hermano, ya que siente que su cuñada le arrebata la atención de su sobrino, algo que le molesta profundamente. Se refiere a su cuñada con comentarios como “no se presta para hablar”, “pinche vieja”, señalando que ella no se ha ganado su respeto.

La sesión también gira en torno a la necesidad de la paciente de establecer un vínculo con su sobrino, algo que no logró con sus propios hermanos.

La paciente concluye mencionando que la terapia es un espacio donde puede hablar sin ser juzgada, ya que siente que ni su madre ni su padre la han escuchado.

Sesión 8

La paciente se presenta con una blusa roja ajustada, jeans negros, tenis blancos, chongo peinado con un moño negro y bolso de piel. La sesión comienza con la paciente mencionando que hay temas que aún no ha abordado y que quisiera trabajar. Menciona que al ver fotos de su pasado siente que no ha cambiado nada y que, en su trabajo, le dijeron que parece una niña de 14 años. Reconoce que “es claro que soy una niña".

La paciente refiere que su huelga emocional implica conocerse a sí misma y saber qué necesita mejorar. Relata que hay un "trasfondo de mis papás", pero su hermana le dijo que no debe repetir la relación de sus padres. Agrega que no le ha ido tan mal como a las mujeres de su familia que la anteceden.

Habla sobre el dinero, mencionando que desde pequeña le inculcaron la idea de apoyar económicamente a sus padres, lo cual hace cada mes, no quiere verse ingrata al retirarles el dinero. Dice que su propósito, que es tratar de ser feliz y, en el camino, "aliviar el dolor de otras personas".

La paciente expresa que es difícil ser ella, “quisiera parecer independiente, pero me siento como una niña destrozada con el corazón hecho pedacitos” dice que se siente una niña sin hogar y sin familia. Cuando se le pregunta por qué se ve como una niña, la paciente responde que físicamente es una mujer, pero no se siente así. Se le recuerda que ser hija no la hace una niña, pero la paciente desea tener una varita mágica que le permita eliminar los traumas de su niñez. Reconoce que actualmente está trabajando en ellos.

La paciente menciona que teme no tener un sostén emocional y que, si cae, nadie la levantará.

Al final de la sesión, la paciente señala que ha comprendido que la soledad no es igual a la soltería, y que su mayor miedo es terminar destruida y sola. Explica que teme no tener trabajo, casa, ni compañía.

Finalmente, la paciente atribuye el ser ella una mala persona y que por ello no se permite la felicidad. Se le pregunta si la felicidad es algo para lo que hay que pedir permiso, y la paciente responde que nunca ha decidido ser feliz, ya que siempre ha estado condicionada por el permiso de sus padres. Se le invita a

reflexionar sobre por qué, en esta etapa adulta, aún sigue cuestionando sus decisiones.

Sesión: 9

Al iniciar la sesión, menciona que su sueño ha estado interrumpido cada dos o tres horas en los últimos días, señalando que le cuesta conciliar el sueño.

Menciona que se irá de vacaciones por un mes, lo que la lleva a preguntarse cómo se gestionarán las faltas a las sesiones. Se le asegura que no hay problema por las faltas y que la idea es continuar trabajando. Al preguntarle cómo se siente respecto a las vacaciones que se aproximan, relata que, en agosto del año pasado, colocaba palabras que la hacían feliz en su pared porque no quería ser infeliz y dice “no puedo ser tan mierda como para no ser feliz”.

Agrega que somos el reflejo de las generaciones anteriores, mencionando que su madre y sus abuelas tienen historias dolorosas. Se siente reflejada en esas mujeres y considera que socialmente la mujer es desvalorizada, tratada como “menos”. En su hogar, los hombres tienen la última palabra. Relata que su padre le decía que terminaría cuidando niños y casada, lo cual sería un desperdicio de dinero en una carrera. Su padre eligió la carrera de Itzel (enfermería).

Comenta que su abuela paterna fue vendida, mientras que a su abuela materna su abuelo “la rescató” de vivir en las calles y que su abuela no lo eligió “era lo que le tocaba, él la apoyó y ella tenía que pagar de alguna manera”. Agrega que tiene miedo a quedarse sola, debido a la presión social de que el “reloj biológico hace tic-tac”. Menciona que no quiere repetir la historia de sus antecesoras, pero tampoco quedarse sola.

Menciona que no quiere demostrar sus sentimientos para no sufrir, ya que la única vez que se ha enamorado, sus padres la obligaron a terminar esa relación,

porque a ella no la dejaban relacionarse con hombres, y al llegar a casa la regañaban. Su padre le decía que “si pisas una tabla mal puesta, te irás al fondo y no habrá quien te saque”.

Menciona que hace meses se dio cuenta de que en su familia siempre hay un hijo que se queda a cuidar de los padres. Comenta que sus padres le han dicho que invirtieron en sus hijos para que estos los cuiden cuando sean mayores. Añade que le da vergüenza su padre, ya que en su pueblo es conocido como alcohólico.

Finalmente, se le menciona que ha tomado decisiones importantes, y menciona que está en una “huelga emocional” y no quiere pareja. Se le pregunta si esto tiene que ver con que sus padres no quieren que tenga pareja, y responde que sí. Reconoce que no siempre se puede estar sola, y recuerda que le decían que era inteligente pero no bonita, lo que le dificultaría encontrar una buena pareja.

Al ahondar en el tema de conseguir pareja dice “mi papá ha sido un hijo de la chingada”. Se le menciona el vínculo entre la frase “hijo de la chingada” y cómo su abuela vivió dificultades importantes y fue “chingada” de diversas formas. Ante ello, la paciente reconoce que las historias de su abuela y su padre no tienen que ser la suya, luego se repite a sí misma dos veces: “Voy por el mismo camino, pero ni siquiera lo estoy eligiendo yo”.

Al final de la sesión reconoce que se contradice.

Sesión 10

La paciente comienza mencionando que su padre siempre le impidió socializar o ver a los hombres como atractivos; también menciona que su padre espera que ella lo cuide y por eso no quiere que tenga pareja. Expresa que su padre es egoísta, y que, a diferencia de sus hermanos, ella no ha podido lidiar con esta situación.

Habla sobre su infancia, y cómo se veía a sí misma como "niña llavero", cuidada por varios familiares. Relata que la imagen de la "niña bien" en su familia era alguien que no usaba ropa ajustada ni maquillaje, y se comportaba de manera muy controlada.

La paciente llora mientras expresa que su hermana tiene mejor soporte emocional por sus padres, mientras ella se siente sola, dice tenerle envidia a su hermana pues ella no se siente favorecida por sus padres. La paciente no logra describir cuál es la demanda hacia sus padres, pero la describe como “un nudo en la garganta” y describe esos nudos como “nudos de inseguridades” de donde “no tiene salida” y “se hunde”.

Dice que en terapia ha encontrado el espacio para hablar y no sentirse sola, pero sigue deseando el apoyo de sus padres.

Dice que, aunque no tenga pareja hay cosas que quedan “aunque suene feo, me quedo a mí misma”, porque menciona que la idea es nacer, crecer, reproducirse y morir y que eso no va a pasar para ella. Al final de la sesión, se le plantea la posibilidad de que haya otras alternativas a la vida y al vincularse.

Sesión 11

Llevaba una playera negra ajustada, jeans azules, tenis negros, una sudadera rosa y un bolso de piel negro. La sesión comenzó con la paciente mencionando que se iría de vacaciones, por lo que usaría sus faltas disponibles. Al estar cerca del período vacacional, se acordó que la siguiente sesión sería dentro de un mes, dado que, por indicaciones de la institución, no sería posible tener la sesión en otro espacio. Una vez aclarado esto, se continuó con la sesión.

Reconoce que siente una fractura en su ser como mujer; su familia siempre la ha comparado con otras mujeres, diciéndole que es inteligente, pero no bonita. Dice

que, aunque comenzó como una "basurita", ahora esas comparaciones se han convertido en algo muy grande.

Dice que su madre le recuerda que no está sola, pero ella le corrige, diciéndole que si lo está.

Al hablar de su adolescencia reconoce que es buena conversando, aunque antes no lo era porque le decían que "calladita se ve más bonita".

Menciona que se siente como una niña, porque está a dos años de cumplir 30 y se cuestiona qué ha hecho con su vida, dice que tiene cicatrices de su infancia que no le permiten ser una adulta feliz, y repite que está en una "huelga emocional", se le dice que una huelga es una protesta en espera de un cambio, se le puntualiza que parece estar "haciendo" muchas cosas, ella responde que las relaciones pueden esperar, ya que necesita priorizarse.

Finalmente, Itzel menciona que hay pilares dañados en las relaciones con sus hermanos, que ella intenta resanarlos con yeso, agrega que dentro de esa grieta hay tristeza.

Agrega diciendo que es más fácil vivir en la fantasía de ser una mujer frágil y bonita a quien un príncipe va a rescatar pero que eso no existe. Cuando se le pregunta si en realidad es fácil, Itzel evita la pregunta.

Sesión 12

Vestía una playera negra ajustada con estampado azul, jeans azules, tenis negros, el cabello peinado y llevaba un bolso negro de piel.

Menciona que antes, al hablar con su papá, lloraba o su voz se temblaba. Menciona que en la sesión pasada dijo que se sentía como una niña pequeña con su papá cuando él le dice qué hacer y ella lo obedece. Con su hermana, menciona

que antes se sentía como su madre, porque cubría sus necesidades, pero ahora dice: "Soy su hermana, más no su mamá".

Explica que las relaciones personales han cambiado, ya no es el "patito feo" que todos le decían, después se ha castigado mucho debido a los estereotipos sociales. Se le puntualiza que también ahí hay un contexto, que esa cara bonita está atravesada por una mirada social que determina quién es una cara bonita y quién es el patito feo.

Agrega que su carrera le da pautas para no repetir los roles de las generaciones pasadas.

Comenta que pudo socializar con su hermana como su hermana y con su mamá como su hija, y no como su madre, aunque no logra identificar lo que emerge al vincularse con ellas de forma diferente.

Se mencionaron también aquellos saberes sobre si misma que la convierten en experta en sí misma, no los demás.

Para terminar la sesión, ella pide que se trabaje de forma distinta en sesión, por ejemplo, que se le dejen ejercicios o libros que le ayuden, se le aclara que el espacio es para que ella hable y que su propia curiosidad la irá llevando a encontrar lo que quiera leer se le dice “no perdamos de vista que el experto de aquí no soy yo, la experta en Itzel es Itzel” y que es ella la que posee el conocimiento sobre sí misma, siendo este un espacio para conocerse.

Sesión 13

Itzel vestía una blusa roja sin mangas, un moño rojo en el cabello, jeans ajustados, tenis y un bolso de piel negro. Aborda que, la semana pasada, había tomado la decisión de cambiarse de trabajo.

Menciona las complicaciones que ha vivido al buscar este nuevo empleo. Al ser cuestionada sobre cómo estaba viviendo eso, responde que siente que la ansiedad ha vuelto al no saber si la habían elegido y se compara con otras personas que están más capacitadas.

También comparte cómo su trabajo inicialmente fue una salida de su casa. Surge el hijo de su jefe, quien tiene 35 años, dicho hijo de su jefe había salido con compañeras de su trabajo y la paciente se compara con las mujeres con las que él ha salido, rápidamente admite que no tiene ninguna rivalidad con ellas, dice “tengo la idea de que la arrogancia es como de yo todas las puedo, a ver a mí tráiganme a (pausa) y les voy a enseñar el padre nuestro”, al cuestionarle qué tiene que ver el padre, evita responder la pregunta y habla de la amistad en el trabajo.

Fase final

Sesión 14

La paciente llevaba una blusa morada pastel vibrante, tenis del mismo color y pants rosa pastel, con el cabello recogido en una coleta suelta. Ella comenta que desea plantear una pausa en la terapia, ya que considera que ya ha comprendido lo que necesita trabajar. Menciona que la terapia le ha servido para identificar lo que le causa malestar.

Al hablar sobre los problemas con sus padres, Itzel explica que sus padres siempre han puesto a su hermana como prioridad, lo cual le genera malestar. Itzel reflexiona sobre su experiencia inicial en terapia, cuando la angustia de estar sola la motivó a buscar ayuda. Ahora, a pesar de estar sola, ya no siente que sea un reproche.

Añade que ha hecho una lista de cosas por trabajar. Menciona que se había llenado la cabeza de “basura emocional” y sin ahondar que busca mejorar.

“Consciente o inconscientemente no quería exigirme, estaba en una zona de confort”.

Itzel relata que una persona le había dicho que había notado su interés por tener pareja, lo que la llevó a cuestionarse si esa pregunta ya había surgido en terapia y dice que había evitado la pregunta desviándose del tema. Añadió que la pregunta probablemente había sido directa, pero que ella la evitó porque no estaba lista para responderla en ese momento.

Después habla de cómo se compara con la mujer con quien le fueron infiel en el pasado, habla de ella y de su belleza, y dice que la relación con ese hombre fue algo que ella no deseaba.

Recordó que antes no tenía espejo, pero ahora sí tiene.

Finaliza diciendo que el día anterior había intentado hablar con un hombre quien la rechazó, pero ella espera que alguien más le diga que sí. Llegado el final de la sesión, se le da apertura a continuar el proceso, pero insiste en que hará una pausa.

Nadia Patricia García Chacón

ESTUDIO DE CASO DEL SÍNDROME DE LA NIÑA BUENA EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA.pdf

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::3117:549596603

Fecha de entrega
26 ene 2026, 11:54 a.m. GMT-6

Fecha de descarga
26 ene 2026, 11:59 a.m. GMT-6

Nombre del archivo
ESTUDIO DE CASO DEL SÍNDROME DE LA NIÑA BUENA EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA.pdf

Tamaño del archivo
3.5 MB

212 páginas

50.642 palabras

276.813 caracteres

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

4% Fuentes de Internet
2% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología Clínica Especializada - Facultad de Psicología	
Título del trabajo	ESTUDIO DE CASO DEL SÍNDROME DE LA NIÑA BUENA EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA.	
	Nombre	**Correo electrónico**
Autor/es	NADIA PATRICIA GARCÍA CHACÓN	1113031k@umich.mx
Director	MARTÍN JACOBO JACOBO	martin.jacobo@umich.mx
Codirector	MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ	maria.manzo@umich.mx
Coordinador del programa	MARÍA INES GOMEZ DEL CAMPO DEL PASO	mae.psicologia.clinica.especializada@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	**Uso (sí/no)**	**Descripción**
Asistencia en la redacción	SI	ASISTENCIA EN USO DE PUNTUACIÓN CORRECTA.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	**Uso (sí/no)**	**Descripción**
Traducción al español	NO	NO APLICA.
Traducción a otra lengua	NO	NO APLICA.
Revisión y corrección de estilo	SI	ASISTENCIA PARA EVITAR EL USO REPETITIVO DE PALABRAS, BÚSQUEDA DE SINÓNIMOS Y USO DE CONECTORES DE IDEAS.
Análisis de datos	NO	NO APLICA.
Búsqueda y organización de información	SI	ASISTENCIA EN LA ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA BIBLIOGRAFÍA CITADA. NO SE HIZO BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.
Formateo de las referencias bibliográficas	SI	CORRECCIÓN DEL FORMATO EN LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE ACUERDO AL ESTILO APA.
Generación de contenido multimedia	NO	NO APLICA.
Otro	NO	NO APLICA.

Datos del solicitante	
Nombre y firma	NADIA PATRICIA GARCÍA CHACÓN
Lugar y fecha	MORELIA, MICHOACÁN 23 DE ENERO DE 2026