

Conferencia impartida el viernes 27 de febrero de 2026 en la sede del ISCREB de Barcelona y dentro del ciclo de conferencias del Institut Carl G. Jung de Barcelona

ARQUETIPO, COMPLEJO AUTÓNOMO Y TOC[®]

Miedo temprano, sacrificio arquetipal y restitución de la vida psíquica a través del análisis y la acción

Damián Ruiz - Analista junguiano (Institut Carl G. Jung - IAAP)

Prólogo: La tos y el TOC

Imaginemos que una persona comienza a toser.

La tos puede ser leve y pasajera, como ocurre en un resfriado común. Puede tratarse de una tos seca, irritativa, consecuencia de alergias o de contaminación ambiental. Puede ser productiva, acompañada de mucosidad, indicativa de infección respiratoria. Puede ser persistente y crónica, como en el asma o en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Puede anunciar una neumonía incipiente. Puede ser síntoma de reflujo gastroesofágico. En casos más graves, puede ser el primer signo de una tuberculosis o incluso de un cáncer pulmonar.

En todos estos casos, la tos no es la enfermedad. Es el síntoma.

Es la manifestación visible de un proceso orgánico subyacente. El médico responsable no se limita a suprimirla sin más. Interroga su origen, investiga su causa, explora el contexto clínico. La tos es una señal. El objetivo no es silenciar la señal, sino comprender qué la produce.

Ahora imaginemos un escenario diferente.

Supongamos que las instituciones médicas, las organizaciones políticas y el sistema sanitario decidieran invertir todos sus recursos exclusivamente en hacer desaparecer la tos. Se desarrollan potentes antitusígenos. Se elaboran

protocolos eficaces para reducir el reflejo tusígeno. Se publican estudios que demuestran la disminución estadística de episodios de tos en la población.

Algunos profesionales logran que la tos desaparezca en la mayoría de los pacientes, independientemente de su origen. Se genera un movimiento de apoyo académico, institucional y económico en torno a quienes “han curado la tos”.

Pero el problema pulmonar, infeccioso o inflamatorio que estaba en la base permanece intacto.

Algunos pacientes desarrollarán complicaciones posteriores. Otros aprenderán a convivir con la causa subyacente mientras la tos esté controlada. La estadística mostrará éxito sintomático. Sin embargo, la raíz del problema no habrá sido abordada.

Este escenario, que resultaría inaceptable en medicina, es sorprendentemente familiar en el campo del trastorno obsesivo-compulsivo.

El TOC es un síntoma. Más allá de una posible predisposición genética, suele emerger en el contexto de circunstancias traumáticas, estresantes o desorganizadoras, puntuales o prolongadas, con frecuencia en la infancia o en la adolescencia. Las obsesiones y compulsiones constituyen la manifestación visible —la punta del iceberg— de una organización psíquica que ha quedado estructurada en torno al miedo, la inseguridad y la necesidad de control.

El síntoma obsesivo no es el problema esencial. Es la expresión de un conflicto más profundo.

Sin embargo, lo que se encuentra ampliamente validado en la actualidad es la reducción del síntoma: eliminar la “tos” o aprender a manejarla de la manera más funcional posible. Lo que con frecuencia queda en segundo plano es la pregunta que en medicina sería obligatoria: ¿qué está produciendo esa tos? ¿Qué proceso subyacente está generando el síntoma?

En el ámbito psicológico, la cuestión equivalente sería: ¿qué estructura psíquica, qué experiencias tempranas, qué configuraciones relacionales y simbólicas han dado lugar a la aparición de obsesiones y compulsiones?

Resulta llamativo que aquello que jamás se permitiría en medicina —ignorar la causa orgánica de un síntoma y limitarse a suprimirlo— pueda considerarse suficiente en psicología.

La tos no es la enfermedad.

El TOC no es la raíz del conflicto.

En ambos casos, el síntoma señala algo que exige ser comprendido. Silenciarlo puede ofrecer alivio inmediato. Pero comprenderlo puede transformar la estructura que lo produce.

1. Introducción: del síntoma a la estructura de vida

La clínica contemporánea muestra con claridad que muchos pacientes que consultan por ansiedad, evitación, inhibición vital u obsesiones no presentan únicamente un trastorno en sentido descriptivo, sino una organización psíquica global estructurada en torno al miedo. El síntoma, en estos casos, no es un accidente ni un añadido: es la expresión visible de una forma de estar en el mundo.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) afecta aproximadamente al 2 % de la población mundial. Esta cifra, estable en distintos estudios epidemiológicos, indica que no estamos ante un fenómeno marginal ni circunstancial, sino ante una posibilidad estructural de organización psíquica que atraviesa culturas, épocas y sistemas sociales. Sin embargo, que la prevalencia sea relativamente constante no significa que su expresión clínica lo sea. El contenido de las obsesiones, el tipo de compulsiones y la vivencia subjetiva del conflicto están profundamente influidos por el contexto simbólico en el que el sujeto se constituye.

Desde una perspectiva junguiana, la propuesta central de este trabajo es desplazar el foco desde el diagnóstico descriptivo hacia la estructura profunda de la personalidad. Entender el TOC —cuando aparece— como una configuración defensiva extrema, pero no esencial. El núcleo del problema no es la obsesión en sí misma, sino el bloqueo de la vida, la fijación de la energía

psíquica en torno al miedo y la sustitución del impulso vital por un sistema de control.

Sostengo que, en muchos casos, este bloqueo tiene su origen en experiencias tempranas reiteradas en las que la espontaneidad, la agresividad sana, el deseo o la afirmación de sí resultaron peligrosas. Ante esta amenaza, la psique infantil se reorganiza. El miedo deja de ser una señal adaptativa y se convierte en principio organizador. Con el tiempo, esta organización cristaliza en un complejo autónomo dominante que ocupa el lugar de configuraciones arquetípicas esenciales sacrificadas.

A continuación tienes el apartado ampliado con referencias integradas de Carl Gustav Jung, Erich Neumann, James Hillman y Marie-Louise von Franz, manteniendo coherencia conceptual y tono académico expositivo.

2. El arquetipo como orientación vital previa a la experiencia

Para comprender este proceso es necesario volver al concepto de arquetipo en su sentido estructural. El arquetipo no es una imagen heredada ni un contenido fijo, sino una disposición organizadora de la experiencia. Es una forma a priori de estructurar la energía psíquica. No depende de la biografía individual, aunque se exprese a través de ella.

Como señaló Carl Gustav Jung, los arquetipos son “formas o imágenes de naturaleza colectiva que se presentan prácticamente en toda la Tierra como constituyentes de los mitos y, al mismo tiempo, como productos individuales de origen inconsciente” (*The Archetypes and the Collective Unconscious*). Esta definición subraya que el arquetipo no es el mito concreto ni la imagen simbólica particular, sino la estructura formal que posibilita su emergencia.

Si entendemos la libido, siguiendo la ampliación conceptual de Jung, como energía psíquica general y no exclusivamente sexual, podemos afirmar que la psique infantil está originariamente orientada hacia la expansión, la diferenciación y la exploración. Jung sostuvo explícitamente que la libido debía

comprenderse como “energía psíquica en general” (*Symbols of Transformation*), ampliando así el marco pulsional clásico y permitiendo concebir el desarrollo como despliegue dinámico de energía hacia formas cada vez más diferenciadas de conciencia.

El niño no nace organizado por la defensa, sino por la disponibilidad vital. La curiosidad, el juego, la afirmación, la competencia y la búsqueda de reconocimiento constituyen expresiones naturales de esa energía orientada hacia el mundo.

En esta línea, Erich Neumann describió el desarrollo temprano como un proceso arquetipal de emergencia del yo a partir de la matriz originaria inconsciente. En *The Origins and History of Consciousness*, plantea que la conciencia tiende estructuralmente hacia la diferenciación y la individuación, y que las perturbaciones del desarrollo no eliminan esa tendencia, sino que la desvían o la fijan en configuraciones defensivas.

Por su parte, Marie-Louise von Franz insistió en que los arquetipos no son meras abstracciones teóricas, sino fuerzas vivas que organizan tanto la experiencia individual como las narrativas colectivas. En sus estudios sobre cuentos de hadas, mostró cómo los motivos arquetipales expresan dinámicas psíquicas universales que preceden a la experiencia personal consciente. Desde esta perspectiva, la orientación vital hacia la expansión y la integración no es una construcción cultural arbitraria, sino una tendencia estructural de la psique.

Asimismo, James Hillman aportó una comprensión imaginal del arquetipo, subrayando que éste no debe entenderse como un contenido estático, sino como un patrón de significado que estructura la vivencia del alma. En *Re-Visioning Psychology*, Hillman enfatiza que la psique es intrínsecamente orientada hacia la expresión simbólica y que el empobrecimiento psíquico surge cuando esa dimensión imaginal queda bloqueada o reducida a categorías meramente adaptativas.

Esta convergencia teórica refuerza la afirmación central de esta tesis: el miedo no es originario; es reactivo. La defensa no constituye la esencia del sujeto; es una reorganización secundaria ante la amenaza. La psique posee una

orientación estructural hacia la expansión, la diferenciación y la integración simbólica.

Cuando el entorno permite que esa energía se despliegue de forma suficientemente segura, el desarrollo se organiza en torno a la diferenciación progresiva del yo y a la integración paulatina de polaridades internas. Cuando el entorno, por el contrario, introduce miedo persistente, humillación o invalidación, la energía deja de dirigirse hacia la vida y se redirige hacia la autoprotección.

En términos junguianos, la defensa no es el destino natural de la psique, sino una solución adaptativa ante la interrupción del proceso de individuación. La tarea terapéutica, por tanto, no consiste únicamente en reducir síntomas, sino en restaurar el movimiento estructural hacia la totalidad que estaba inscrito desde el inicio en la orientación arquetipal de la vida psíquica.

3. Cuando la vida se vuelve peligrosa: adversidad temprana y adaptación

En numerosos cuadros obsesivos encontramos antecedentes de experiencias tempranas reiteradas en las que el niño vivió que mostrarse, afirmarse o destacar tenía consecuencias negativas. Estas experiencias pueden adoptar formas diversas:

- Acoso escolar persistente.
- Humillación o ridiculización pública.
- Invalidación emocional crónica.
- Exigencia moral excesiva.
- Sobreprotección ansiógena que transmite la idea de un mundo intrínsecamente peligroso.

La psique posee una extraordinaria capacidad de adaptación. Esta capacidad constituye una forma de inteligencia estructural. Para sobrevivir

psíquicamente, el niño inhibe aquello que lo expone al dolor. Aprende a no confrontar, a no arriesgar, a no expresar agresividad, a no desear demasiado. Lo que en origen era impulso vital se transforma en prudencia extrema.

La agresividad sana —entendida como capacidad de afirmación, delimitación y competencia— puede quedar reprimida. El deseo puede asociarse a culpa. La iniciativa puede vivirse como amenaza. Esta reorganización no es puntual, sino progresiva y estructural. Con el tiempo, el miedo deja de ser respuesta a situaciones concretas y se convierte en lente permanente de percepción.

4. Inhibición de la espontaneidad y empobrecimiento vital

La espontaneidad deja de experimentarse como algo natural y pasa a vivirse como imprudente o peligrosa. El sujeto comienza a sobreadaptarse. Desde fuera puede parecer responsable, correcto, incluso ejemplar. Desde dentro, vive en contracción.

Toda represión persistente conduce a una escisión progresiva de la personalidad. La parte vital, afirmativa y deseante queda relegada. En su lugar emerge una identidad organizada en torno al deber, la vigilancia y el control.

Aquí comienza lo que denomino sacrificio arquetipal. No se sacrifica simplemente un rasgo conductual, sino la expresión concreta de una configuración arquetipal en la vida cotidiana. El héroe interior, el creador, el competidor o la figura afirmativa pueden quedar desplazados por una identidad sobreadaptada que prioriza la seguridad sobre la expansión.

El empobrecimiento vital no siempre se manifiesta como tristeza evidente. A menudo adopta la forma de perfeccionismo, hipermoralidad, autoexigencia extrema o necesidad constante de certeza.

5. Del miedo repetido al complejo autónomo

Cuando el miedo se repite, se asocia a culpa y adquiere fuerte tonalidad afectiva, comienza a organizarse en torno a un núcleo relativamente independiente del yo. Este núcleo es lo que en psicología analítica se denomina complejo autónomo.

El complejo no es simplemente un recuerdo doloroso. Es una organización psíquica que interfiere activamente en la percepción, en la interpretación de la realidad y en la conducta. Posee una tendencia a la autonomía: irrumpe, impone pensamientos, genera dudas, activa respuestas automáticas.

El sujeto no decide dudar; duda compulsivamente. No decide evitar; evita sin deliberación consciente. La autonomía relativa del complejo explica la vivencia de extrañeza que muchos pacientes describen: "Sé que es irracional, pero no puedo dejar de pensarlo".

Cuando el complejo ocupa progresivamente el centro de la vida psíquica, la identidad comienza a organizarse en torno a él.

6. Sacrificio arquetipal estructural

El sacrificio arquetipal no es una metáfora estética, sino una descripción estructural. El lugar que debería ocupar la energía arquetipal afirmativa es progresivamente ocupado por la defensa.

La sobreadaptación se convierte en identidad. La persona deja de preguntarse qué desea y comienza a preguntarse qué es seguro. La espontaneidad es sustituida por el cálculo. La creatividad, por la comprobación.

Este proceso suele pasar inadvertido porque socialmente puede ser reforzado. La persona obsesiva puede ser valorada como responsable, escrupulosa o confiable. Sin embargo, internamente vive en tensión permanente.

7. El miedo como principio organizador de la personalidad

Cuando el miedo se convierte en principio organizador, toda experiencia queda filtrada por la anticipación del peligro. La duda no se limita a contenidos específicos; se generaliza. La evitación deja de ser estrategia puntual y se transforma en forma de identidad.

El cuerpo participa activamente en esta organización: tensión muscular crónica, hipervigilancia, activación constante del sistema de alerta. El pensamiento adopta un estilo circular, repetitivo y anticipatorio.

En este punto, el paso hacia una estructuración obsesiva formal puede producirse con relativa facilidad.

8. TOC: control frente a lo incontrolable

En la organización obsesiva, el control intenta sustituir a la confianza básica. El ritual no busca placer; busca alivio. La comprobación no busca información real; busca apaciguar una angustia estructural.

Desde esta perspectiva, el TOC no es simplemente un exceso de control, sino un intento desesperado de sostener una identidad frágil. Allí donde el sujeto no puede confiar en su impulso vital, confía en el procedimiento. Allí donde no puede tolerar la incertidumbre, construye rituales.

El control sustituye a la vida.

9. Dimensión sociocultural del TOC

El síntoma obsesivo no emerge en el vacío. La estructura psíquica se configura siempre en diálogo con el entorno moral, cultural y simbólico.

En contextos de moral rígida, caracterizados por códigos normativos estrictos y baja tolerancia a la ambigüedad, el individuo aprende que pertenecer implica adecuarse. La desviación es castigada, explícita o implícitamente. En tales

entornos, la tensión entre impulso y deber puede intensificarse hasta generar configuraciones obsesivas centradas en culpa, pureza moral, pecado o responsabilidad excesiva.

El sujeto, para adaptarse, puede sacrificar aspectos esenciales de su identidad. La escisión entre identidad profunda y conducta socialmente aceptada se amplía. El conflicto no integrado se internaliza como vigilancia permanente.

En el extremo opuesto, las sociedades de moral laxa o relativista, como la nuestra, presentan una dificultad diferente. La ampliación de la libertad formal no siempre viene acompañada de marcos simbólicos sólidos. Muchos jóvenes crecen en entornos donde las referencias son cambiantes, fragmentadas o contradictorias. La búsqueda de identidad se prolonga sin puntos de anclaje consistentes.

Esta ausencia de estructura puede generar estados pseudo-permanentes de conflicto interno. La pregunta "¿quién soy?" no encuentra contención simbólica suficiente. En algunos casos, la duda identitaria se rigidifica y adopta formas obsesivas.

10. Transformaciones contemporáneas de masculinidad y feminidad

A la dimensión normativa general se suma una transformación específica de los modelos de masculinidad y feminidad.

En determinados discursos culturales actuales, al varón se le exige una constante empatía, receptividad emocional y moderación de la agresividad. En sí mismas, estas cualidades no son problemáticas. El conflicto surge cuando se convierten en imperativos excluyentes que invalidan otras dimensiones de la psique masculina, como la afirmación, la competencia o la energía confrontativa.

De manera paralela, a la mujer se le demanda independencia permanente, determinación constante y autosuficiencia absoluta. Estas cualidades, igualmente valiosas, pueden convertirse en mandato rígido cuando no se

permite la integración de vulnerabilidad, dependencia legítima o necesidad de cuidado.

Cuando estas exigencias se internalizan como mandatos absolutos y no como posibilidades integrables, pueden generar desorientación estructural. El individuo no integra polaridades; oscila entre extremos.

En este contexto, muchos jóvenes buscan referentes identitarios fuertes en figuras públicas o influencers situados en extremos ideológicos. Algunos varones pueden identificarse con modelos tradicionalistas de carácter heroico y rígido; algunas mujeres con posiciones de reivindicación permanente e inconformismo continuo. Estas identificaciones ofrecen identidad clara y pertenencia simbólica, pero con frecuencia operan como soluciones defensivas más que como verdaderas integraciones.

El resultado puede ser polarización y debilitamiento del tejido simbólico común.

11. Variantes del TOC y lectura simbólica

Las distintas manifestaciones del TOC comparten un núcleo estructural: una representación intrusiva cargada afectivamente que el sujeto intenta neutralizar mediante rituales mentales o conductuales. En todas ellas aparece un componente de pensamiento mágico: la creencia implícita de que el acto mental o conductual puede prevenir una catástrofe temida.

Desde una perspectiva psicodinámica, este funcionamiento puede relacionarse con mecanismos como la formación reactiva: el impulso intolerable es combatido mediante una actitud exageradamente opuesta.

11.1 TOC de contenido homosexual

Es fundamental distinguir entre conflicto identitario real y duda obsesiva. En el TOC, el núcleo no es necesariamente el deseo, sino la imposibilidad de alcanzar certeza. La mente entra en un circuito interminable de comprobación.

En algunos varones, este cuadro puede vincularse a fragilidad en la vivencia de la propia masculinidad, entendida no en términos de orientación sexual, sino de consistencia interna y afirmación. Puede existir dificultad para integrar aspectos del ánimo —sensibilidad, receptividad— o, en el extremo opuesto, inhibición de la agresividad sana y del arquetipo heroico.

En mujeres, pueden aparecer conflictos en torno a la integración de autonomía y determinación, o tensiones entre afirmación y pertenencia.

El TOC de contenido homosexual constituye uno de los cuadros que más sufrimiento genera, no por la orientación sexual en sí misma, sino por la dinámica estructural de la duda. Es fundamental distinguir entre conflicto identitario real y duda obsesiva. En el TOC, el núcleo no es necesariamente el deseo, sino la imposibilidad de alcanzar certeza. La mente entra en un circuito interminable de comprobación.

El pensamiento intrusivo puede adoptar la forma: “¿Y si soy homosexual y no lo sé?” o “¿Y si estoy reprimiendo algo?”. El sujeto intenta evaluar su reacción ante imágenes, recuerdos o situaciones. Observa sus sensaciones corporales, analiza su grado de excitación, compara experiencias pasadas. Cuanto más analiza, más pierde espontaneidad. La sexualidad deja de ser vivencia y se convierte en objeto de inspección.

Desde una perspectiva estructural, el problema no es la orientación sexual, sino la fragilidad del yo frente a la ambigüedad interna. El complejo se alimenta de la duda identitaria.

9.2 En mujeres: dificultad para integrar el polo masculino

En mi experiencia clínica, en muchas mujeres con TOC de contenido homosexual, el conflicto no gira en torno a una orientación reprimida, sino a la dificultad para integrar y activar aspectos psíquicos tradicionalmente asociados al polo masculino: determinación, ambición, independencia, dirección hacia objetivos.

En términos junguianos, podríamos decir que se trata de dificultades en la integración del ánimus, es decir, del principio masculino interior en la mujer.

Cuando estos aspectos no son vividos conscientemente, pueden aparecer desplazados hacia la temática sexual. La duda obsesiva funciona entonces como expresión indirecta de una tensión estructural: la energía psíquica asociada a la afirmación y a la dirección no encuentra cauce simbólico adecuado.

Desde una perspectiva arquetipal, puede resultar útil evocar la figura de Artemisa.

Artemisa, en la mitología griega, es diosa de la caza, de la independencia, de la vida en la naturaleza, de la autonomía respecto a la estructura matrimonial tradicional. Simbólicamente representa:

- Independencia emocional.
- Dirección clara hacia objetivos.
- Capacidad de actuar sin necesidad de aprobación externa.
- Conexión con la naturaleza instintiva.
- Autonomía frente a expectativas sociales.

Cuando una mujer, potencialmente artemisal, no ha podido integrar estas cualidades —ya sea por mandato cultural, educación inhibidora o experiencias de invalidación— la energía correspondiente puede quedar reprimida. El yo puede sentirse desorientado ante la necesidad de afirmación.

En estos casos, la integración consciente de aspectos “artemisales” —determinación, autonomía, iniciativa— puede reducir significativamente la tensión estructural que alimenta la duda obsesiva. La temática homosexual pierde fuerza cuando el conflicto subyacente de identidad y afirmación encuentra expresión simbólica adecuada.

9.3 En hombres: fragilidad yoica, experiencias sexuales y rigidez apolínea

En los hombres, el TOC de contenido homosexual puede estructurarse de diversas maneras.

En algunos casos, existe una fragilidad yoica que los hace especialmente vulnerables ante la presencia en la sociedad de hombres atractivos homosexuales que no encajan en estereotipos tradicionales. La aparición de modelos masculinos seguros, estéticamente cuidados y socialmente validados puede generar desorganización interna si la identidad masculina propia no está suficientemente consolidada.

En otros casos, pueden existir experiencias tempranas de dificultad eréctil o pérdida de erección en las primeras interacciones sexuales con mujeres. Estas experiencias, vividas con vergüenza o humillación, pueden asociarse a la fantasía de “no ser suficientemente hombre”. La duda obsesiva aparece entonces como intento de explicar retrospectivamente la experiencia.

Pero existe también otra configuración estructural: la del hombre excesivamente apolíneo.

Apolo, en la mitología griega, representa:

- Orden.
- Racionalidad.
- Claridad mental.
- Control.
- Funcionalidad.
- Búsqueda de perfección formal.

El arquetipo apolíneo simboliza la luz de la conciencia organizada, la estructura, la previsibilidad. En su expresión equilibrada, es fundamental para la construcción de una identidad sólida.

Sin embargo, cuando el principio apolíneo se hipertrofia, puede volverse rígido, excesivamente normativo y desconectado del mundo afectivo. El hombre excesivamente funcional, disciplinado y racional puede asfixiar aquellos

aspectos del ánimo que representan sensibilidad, ambivalencia, receptividad emocional y complejidad afectiva.

Cuando el ánimo queda reprimida, no desaparece. Se reorganiza sintomáticamente. La duda obsesiva puede aparecer como irrupción de aquello que el yo apolíneo no tolera: ambigüedad, incertidumbre, fluidez.

En estos casos, el conflicto no es la orientación sexual reprimida, sino la tensión entre una identidad excesivamente rígida y la necesidad de integrar dimensiones emocionales no reconocidas.

Homosexualidad egodistónica y TOC de contenido homosexual: una diferenciación necesaria

En la práctica clínica es fundamental diferenciar dos realidades que, aunque puedan parecer similares en su superficie, responden a dinámicas estructuralmente distintas: la homosexualidad egodistónica y el TOC de contenido homosexual.

La **homosexualidad egodistónica** se refiere a la situación en la que una persona reconoce su orientación homosexual —es decir, sabe que lo es— pero experimenta malestar, rechazo o conflicto interno respecto a esa condición. El conflicto no radica en la duda sobre la orientación, sino en su aceptación. Existe conciencia clara del deseo, de la atracción o de la identidad, pero también puede existir culpa, miedo al rechazo social, presión cultural o conflicto con creencias familiares o religiosas.

En este caso, el trabajo terapéutico no consiste en cuestionar la orientación, sino en acompañar a la persona en la integración de su identidad sexual de la manera que considere más plena y coherente con su vida. El objetivo es disminuir el conflicto interno, fortalecer la autoestima, facilitar la autoaceptación y promover una vivencia libre y digna de su orientación. Se trata de integrar, no de modificar.

Muy distinta es la estructura del **TOC de contenido homosexual**. Aquí no existe certeza de orientación homosexual reprimida ni reconocimiento de un deseo

claro que genere conflicto moral. Lo que aparece es una duda persistente, intrusiva y compulsiva: “¿Y si soy homosexual y no lo sé?”, “¿Y si estoy engañándome?”. La persona analiza constantemente sus reacciones, evalúa sensaciones corporales, revisa recuerdos y busca pruebas internas que confirmen o descarten una posibilidad.

La característica esencial es que la duda nunca arraiga en una identidad estable. No se consolida como reconocimiento, sino que se perpetúa como interrogación interminable. El problema no es la orientación, sino la imposibilidad de tolerar la incertidumbre.

En estos casos, el objetivo terapéutico no es ayudar a “aceptar” una orientación reprimida, sino liberar a la persona del circuito obsesivo. Cuando la estructura obsesiva se debilita, emerge de forma natural la orientación heterosexual que estaba presente desde el inicio y que la duda había puesto en suspenso. En mi experiencia clínica, estos casos no han resultado ser homosexualidades encubiertas, sino estructuras obsesivas que se apropiaron del contenido sexual como objeto de duda.

Confundir ambos cuadros puede generar intervenciones inadecuadas. Tratar un TOC como si fuera un conflicto de aceptación identitaria puede reforzar la duda. Tratar una homosexualidad egodistónica como si fuera una obsesión puede invalidar la identidad real de la persona.

Por último, es necesario señalar que las llamadas “terapias de conversión” no sólo carecen de base científica, sino que resultan profundamente dañinas. No solo son contraproducentes desde el punto de vista clínico, sino que afortunadamente están penalizadas en numerosos contextos legales. La diversidad sexual ha estado presente a lo largo de la historia, en múltiples culturas y épocas. No constituye una desviación patológica, sino una expresión legítima de la variabilidad humana.

La tarea ética y clínica no es modificar la orientación sexual de una persona, sino aliviar su sufrimiento. En unos casos, acompañando la integración plena de una identidad homosexual. En otros, ayudando a desactivar una duda obsesiva que nada tiene que ver con una orientación reprimida.

Distinguir con rigor ambas realidades no es solo una cuestión técnica. Es una cuestión de responsabilidad clínica y de respeto a la dignidad humana.

11.2 TOC de contenido pedofílico

En estos casos, clínicamente devastadores para quien los padece, la experiencia terapéutica muestra con frecuencia ausencia de deseo sexual real. Lo que aparece es una activación intensa ante la imagen del niño que conecta con aspectos heridos de la propia infancia: abandono, soledad, carencias afectivas profundas.

La activación emocional es reinterpretada por el complejo como deseo sexual. La obsesión distorsiona el significado de la experiencia. La persona, horrorizada por la posibilidad, intenta neutralizar mediante evitación o comprobación.

11.3 Otros TOC: contaminación, daño, comprobación

En el TOC de limpieza o contaminación, el ritual intenta eliminar una impureza simbólica. En el TOC de daño o comprobación, el sujeto intenta asegurarse de no haber causado perjuicio.

En todos los casos, el elemento mágico es central: el ritual pretende controlar lo incontrolable. Cuanto más se ritualiza, más se fortalece el complejo.

12. Ánima, ánimus e integración de polaridades

El proceso de individuación implica integrar polaridades internas. Cuando determinados aspectos del ánima o del ánimus quedan reprimidos, la energía correspondiente no desaparece; se reorganiza en forma sintomática.

En hombres sobreadaptados puede bloquearse la creatividad o la expresión emocional. En mujeres puede bloquearse la afirmación autónoma o la

determinación. La integración no implica adoptar estereotipos, sino recuperar dimensiones psíquicas previamente inhibidas.

13. La acción como intervención simbólica

Desde esta comprensión, el abordaje terapéutico puede incluir una llamada explícita a la acción en fases tempranas del análisis.

Practicar deportes de contacto, exponerse corporalmente, asumir liderazgo, competir o desarrollar actividades creativas no constituye mera técnica conductual. Es una intervención simbólica orientada a reactivar energía arquetipal bloqueada.

El deporte de contacto, por ejemplo, permite confrontar el miedo a golpear y a ser golpeado. Reactiva la agresividad sana, introduce experiencia corporal directa y debilita la hegemonía del complejo.

La acción introduce movimiento donde había fijación.

14. Cuerpo, riesgo y restitución de la vida psíquica

El boxeo, la escalada, los deportes de competición, la aventura en entornos exigentes, así como una asertividad respetuosa pero firme, no constituyen meras actividades recreativas. Desde una perspectiva psicológica profunda, pueden entenderse como dispositivos de activación instintiva.

Estas prácticas despiertan el instinto, la capacidad de supervivencia, la afirmación corporal y la confrontación directa con el riesgo. Obligan a salir del territorio exclusivamente mental para habitar el cuerpo de manera plena. Introducen experiencia real allí donde antes había anticipación temerosa.

En términos simbólicos, estas experiencias movilizan aquello que en mi libro *Liberar al mono, rescatar a la princesa* denomino la primera fase: la liberación. Liberar al mono implica reconectar con lo instintivo, con la energía primaria, con la capacidad de acción y respuesta. No se trata de regresión primitiva, sino

de restauración de una dimensión biológica y vital que, en muchos sujetos organizados en torno al miedo, ha quedado inhibida.

Este tipo de intervención sirve tanto para reforzar un yo débil como para permitir que el cuerpo ocupe su hábitat con mayor naturalidad. Cuando la persona experimenta que puede golpear y ser golpeada, escalar y sostenerse, competir y resistir, la narrativa interna cambia. El mundo deja de percibirse exclusivamente como amenaza. El cuerpo deja de vivirse como frágil o insuficiente. Se activa la confianza básica en la propia capacidad de respuesta.

Sin embargo, la integración no puede quedar reducida a la activación instintiva.

La segunda dimensión, la que denomino “rescatar a la princesa”, implica integrar aspectos vinculados al ánimo: sensibilidad, creatividad, receptividad, profundidad emocional, simbolización.

La expresión artística —música, danza, teatro, literatura, artes plásticas— constituye un espacio privilegiado para esta integración. A través del arte, el sujeto no compite ni se defiende: expresa, simboliza, transforma. La emoción encuentra cauce. Lo ambiguo puede coexistir sin necesidad de ser controlado. La vulnerabilidad deja de ser vivida como amenaza y se convierte en forma de experiencia humana legítima.

En términos estructurales, la primera fase fortalece el eje de afirmación y supervivencia; la segunda amplía el campo simbólico y afectivo.

Liberar al mono sin rescatar a la princesa puede conducir a rigidez o hiper afirmación.

Rescatar a la princesa sin liberar al mono puede mantener fragilidad estructural.

La integración de ambas dimensiones permite que el yo se sostenga tanto en la fuerza como en la sensibilidad. El cuerpo ocupa el mundo sin temor excesivo, y la psique puede habitar la complejidad emocional sin desorganización.

Desde esta perspectiva, la intervención terapéutica no se limita a eliminar síntomas, sino a restaurar el equilibrio entre instinto y simbolización, entre afirmación y sensibilidad, entre acción y contemplación.

La vida psíquica recupera entonces su amplitud.

La transformación psíquica no es exclusivamente verbal. La experiencia corporal simbólicamente contenida permite que la energía fijada en el complejo vuelva a circular.

No se trata de eliminar el miedo, sino de relativizar su centralidad. El miedo deja de ser organizador y pasa a ser contenido entre otros.

15. Reanudación del proceso de individuación

Cuando el miedo deja de organizar la personalidad, emergen deseos antiguos, impulsos creativos y capacidades olvidadas. La persona comienza a tomar decisiones no desde la evitación, sino desde la afirmación.

El proceso de individuación se reanuda allí donde quedó interrumpido. El complejo pierde hegemonía y la vida arquetipal recupera su lugar.

16. Conclusión

El miedo temprano puede reorganizar la psique hasta convertir la defensa en identidad, anulando el arquetipo esencial primigenio. El complejo autónomo puede dominar la vida adulta y adoptar forma obsesiva.

Sin embargo, el complejo no constituye la esencia del sujeto. Es una solución adaptativa que se ha vuelto rígida.

El trabajo analítico —integrando comprensión simbólica, elaboración afectiva y acción concreta— permite que la vida vuelva a organizarse en torno a su base arquetipal.

Profundidad y acción.

La cura no es más control, sino más vida.