

# **Estudio de Caso CAPsi: Abuso sexual en la intervención psicosocial**

Cinco de diciembre de dos mil veintitrés

Colombia, Valle del Cauca, Santiago de Cali

Universidad Icesi

Autor: Ricardo A. Calero

Para aspirar al grado profesional de psicólogo

Tutora: Margarita Munévar

## Contenido

1. Introducción.....	1
2. Antecedentes sobre tratamientos y servicios aplicados a la problemática de abuso sexual en mujeres.....	5
3. Planteamiento del Problema .....	24
<b>3.1 Pregunta de investigación</b> .....	25
<b>3.2 Objetivo general</b> .....	26
<b>3.3 Objetivos específicos</b> .....	26
4. Marco Teórico .....	26
5. Metodología .....	38
<b>5.1 Diseño de investigación</b> .....	40
<b>5.2 Población</b> .....	40
6. Estudio del Caso .....	41
7. Análisis del caso.....	47
8. Conclusiones.....	50
9. Referencias Bibliográficas .....	52



## **1. Introducción.**

A mediados del siglo XX y en la actualidad se ha ido incrementando las iniciativas de exposición, servicios de atención y de prevención sobre las problemáticas de violencia sexual de género, las cuales impactan sobre todo a las mujeres. Por otro lado, estas problemáticas responden a múltiples factores y que sin determinar sus desenlaces, sus causas y efectos son igualmente diversas e inclusive son un desafío aún prevenir a las víctimas de estas violencias. Sin embargo, dicha complejidad de estas problemáticas no evade que puedan identificarse dichas configuraciones subjetivas y colectivas para analizarlas con relación a su caracterización y así entonces diseñar, abordar y evidenciar qué tratamientos son significativos en respuesta a este tipo de violencias, además de cómo comprender y sobrellevar las demandas subjetivas posteriores con los efectos psicosociales propios del sujeto.

Una de las herramientas desarrolladas para tratar las problemáticas psicosociales que se anteponen particularmente en el contexto colombiano es la atención en salud mental, tanto de baja o alta complejidad; en donde además estos servicios de atención tienen oportunidades de acotar, atenuar, a su vez sostener la gran cantidad y gravedad de los sujetos con problemáticas psicosociales que como su nombre lo indica, son consecuencias psicológicas y sociales que afectan tanto la identidad del

sujeto como su relación con otros. Por su parte, en el contexto colombiano ha planteado retos de infraestructura y de cobertura, además ha tenido hechos antecedentes de violencia y ha demostrado ser susceptible de cada contexto regional, y también de las desigualdades económicas.

A lo largo del siglo XXI se han constituido diferentes medios de atención para atender las problemáticas psicosociales. Una de ellas ha sido el Consultorio de Atención Psicosocial de la Universidad Icesi (CAPsi) que desde su fundación en el año 2014 fue formulado como un dispositivo de atención primaria en salud mental de baja complejidad en donde además de servir como un medio para llevar a cabo actividades de supervisión y docencia de prácticas académicas por parte de los estudiantes en psicología de la universidad Icesi; a fin de supervisar, acompañar y orientar al servicio clínico en salud mental, promocionando el desarrollo de competencias en intervención clínica, reconstruyendo el llamado ejercicio profesional en apoyo de estrategias y recursos pedagógicos (Castro-Sardi, 2020). También, el propósito es el de atender a personas en situación de vulnerabilidad social y económica que residen en la ciudad de Cali, además en las regiones aledañas, siempre y cuando las personas cumplan con los requisitos del CAPsi, que son los modos precarios de financiación y adquisición de servicios de atención psicológica, que el caso pueda ser atendido en una atención primaria de baja complejidad y que las personas se encuentren en los estratos 1, 2 y 3 en Colombia. Conjuntamente en el CAPsi se desarrolla en la práctica la aplicación social de la escucha de la misma vía, como menciona Miller (2004, como se citó en Castro-Sardi, 2020), es decir, que la habilidad de escuchar clínicamente se dirige a las

personas que lo necesitan y no tienen los medios materiales para subsidiarlo; este sentido social está fundamentado en la escucha basada en los principios psicoanalíticos y el acompañamiento psicosocial en donde se ubica la atención a la población proveniente de sectores vulnerables facilitando el acceso a la atención primaria.

Del mismo modo, respecto a la caracterización y diseño del CAPsi, Castro-Sardi (2020) destaca también que este se constituya en un espacio de investigación, formación e intervención psicosocial basado en la estrategia de atención anteriormente nombrada, contando con la investigación y ética sustraídas de la teoría psicoanalítica. De esta manera, la iniciativa de tratamiento tiene enfoque central en la escucha del otro y su aplicación a la clínica psicosocial; seguidamente, el enfoque ético con relación al acto clínico, efectos y abordajes. Posteriormente, se propone la apuesta por la subjetividad y el lazo social, situada siempre en un contexto histórico-cultural. Por su contraparte, la estandarización y protocolización de los abordajes clínicos es una práctica de la cual se toma distancia y se advierte sobre su uso, ya que no aporta sustancial importancia cuando se trata de problemáticas psicosociales y en las cuales la comprensión sobre la subjetividad pertenece a la singularidad de cada persona.

Entonces, el saber sobre el tratamiento tentativo en el Consultorio se va gestando durante el proceso de atención, posteriormente iniciada la recepción de la llamada telefónica. Es por medio de una primera entrevista en donde se ubica la demanda subjetiva que será elaborada y atendida, además, de la aplicación de un triaje como manera de discriminación del motivo de consulta. De esta manera, se puede brindar

mayor o menor prioridad en la asignación de citas, a los sujetos, los cuales sus casos puedan ajustarse a la atención de baja complejidad; ofreciendo así un servicio psicosocial ordenado, adecuado y sensible a la comunidad.

En la introducción de la entrevista con los sujetos interesados en la atención, se le recuerda los principios con los que el CAPsi trabaja con los consultantes, los cuales son libertad, autonomía y responsabilidad, al igual que compromiso con su proceso (Castro-Sardi, 2020). La primera cita de cada consultante es receptada por un profesional en psicología, quien acompañará al consultante (y a su acompañante si es menor de edad) a diligenciar el consentimiento informado y también a proveer información clara sobre el proceso de atención psicosocial. Además, la profesional en psicología explorará, por medio de la escucha y el diálogo, hallar el motivo de consulta al tiempo que utiliza el triaje que es: concepto definido en un sistema de selección y calificación de pacientes en los servicios de urgencias, basado en las necesidades terapéuticas y recursos disponibles para atenderlos. Por tanto, si es necesario mediante la evaluación de cada caso, es posible referenciar, derivar a otros servicios especializados en salud mental u otros espacios comunitarios determinados para darle cierre al servicio psicosocial (Castro-Sardi, 2020).

Del mismo modo, para responder oportunamente a los casos de atención primaria de baja complejidad en sintonía al principio psicoanalítico del caso por caso, se adhiere entonces al proceso terapéutico una cronología acotada de una a siete sesiones semanales en el Consultorio. Este proceso psicosocial es supervisado sesión a sesión y cuenta con una revisión de los efectos terapéuticos, la conducción del proceso, los efectos del síntoma en el consultante y la posición subjetiva de los

practicantes en cada caso (Castro-Sardi, 2020). Por su parte, la supervisión está orientada a la identificación de recursos subjetivos e invenciones propias por parte del consultante, que le permitan buscar posibles salidas a su malestar y así mismo otros recursos comunitarios que promuevan la reinserción social. Posteriormente, tres meses después se hace una llamada de seguimiento con el fin de evaluar la percepción de los consultantes sobre la atención recibida en el consultorio.

## **2. Antecedentes sobre tratamientos y servicios aplicados a la problemática de abuso sexual en mujeres.**

Este apartado se desarrolla en función de evidenciar los diversos abordajes, tratamientos y servicios que fueron realizados a la población que fue víctima de abuso sexual, que además sea una mujer adulta-joven o que al menos sea relativo al tema en cuestión. Por tanto, en este segmento es necesario incluir perspectivas que puedan no ser compatibles epistemológicamente con el consultorio, pues más allá de la discusión académica, estos medios de abordar las problemáticas psicosociales son relevantes para construir una discusión y posteriormente elaborar un análisis de los tratamientos, efectos y alcances en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual y en las que sus necesidades psicosociales a pesar de plantear retos sean comprendidas por los medios de atención en salud mental.

De acuerdo a lo anterior, las evidencias, pruebas e investigaciones que se han aportado en este documento están enfocadas principalmente en regiones de Latinoamérica, sin embargo, también se incluyen de otros lugares del mundo; en los que existen problemáticas psicosociales y consecuencias psicológicas que afecten

a la misma población aun así su carácter cultural y personal sea diferente. De igual forma, habrá en menor medida otras investigaciones que circulen sobre la temática de abuso sexual, empero no en la misma población que se expondrá en los hallazgos de antecedentes de tratamientos y servicios ofrecidos a mujeres.

Para proseguir con lo anteriormente dicho, fue pertinente introducir diferentes abordajes desde puntos epistemológicos diferentes y desde posiciones en las que se incluyen herramientas, técnicas e insumos que fueron recobrados de las aproximaciones en las cuales la psicología pudo gestar como son el cognitivismo, psicodinámica, psicoanálisis y entre otros. El abordaje cognitivo conductual es una de las perspectivas que tiene un mayor volumen de publicaciones sobre el tratamiento de mujeres víctimas de violencia sexual. Estas atenciones y servicios de los paradigmas en psicoterapia comparten también con la psicodinámica y el psicoanálisis, que contribuyen de igualmente en comprender los modos de acompañamiento, efectos terapéuticos, fenomenológicos y síntomas para tener una mayor amplitud sobre el encuadre que se pretende lograr para el bienestar de las mujeres. También se expondrá en los antecedentes hallados, investigaciones que contaron con evaluaciones neuropsicológicas y el uso de psicofármacos en los procesos terapéuticos a manera soporte del sufrimiento de las víctimas. Otras investigaciones han revisado el abuso sexual desde el servicio médico terapéutico, los efectos y tratamientos sobre esta problemática. Adicionalmente, algunas indagaciones insisten en reflexionar sobre las causas de la violencia sexual, de hecho, en la última década se han incorporado nuevas y diferentes visiones acerca del abuso sexual en mujeres en la adolescencia, no obstante, es limitada la

información respecto al panorama psicosocial de la violencia sexual en las adolescentes, quienes se encuentran en un momento de vulnerabilidad psicológica (Giberti, E. 2005), es decir, que este grupo etario podrían ser los más afectados debido a que además los atraviesan las circunstancias ecológicas y fisiológicas propias de esa etapa de vida (Vásquez, M 2007), (Giberti, E. 2005). Además, de las repercusiones que el evento del abuso sexual conlleva para cada sujeto y contexto.

Al abordar esta problemática, las investigaciones y/o artículos tienen varias aristas que complementan a su manera el panorama sobre el abuso sexual, en donde es posible tener variedad de abordajes epistémicos y metodológicos que proponen oportuna y eficazmente tener resultados beneficiosos. Sin embargo, debido a la complejidad; las exigencias de los casos de violencia proponen retos que pueden parecer incontenibles para la elaboración teórica y práctica.

Como será próximamente profundizado, el abuso sexual plantea una serie de problemáticas psicosociales que pueden ser un desafío para comprender y atender oportunamente por los servicios de salud debido a que ocurren en circunstancias variadas, además se trata de un suceso que deja a la víctima comprometida a costa de a la patología y violencia de otra persona. Este hecho es tentativamente atribuible a conflictos dentro de la estructura social y las relaciones humanas, pues no solamente se trata de un problema de salud tradicionalmente hermética a otras variables de índole cultural, que también, influirían en cómo se dan estos hechos de violencia y, que ciertamente son un reto para los organismos de salud y justicia (Vallejo & Córdoba, 2012) (Iñiguez, 2016).

Aun así, la problemática que tiene un contenido social relevante que puede ser abarcado desde múltiples perspectivas que crecen y permitan mejorar los tratamientos y de los servicios de atención a las víctimas de violencia sexual, quienes están siendo amortiguados por los servicios de salud derivados de las problemáticas psicosociales con el fin de que ellos puedan sobrellevar el acontecimiento y sus repercusiones psíquicas y sociales-relacionales. Conforme se indaga, se ha hecho puntual considerar con el apoyo de un equipo interdisciplinar, cuya ayuda pueda elaborar herramientas para la problemática que atraviesan las víctimas de abuso sexual y trabajar sobre las consecuencias psicológicas como puede ser la depresión, ansiedad y estrés postraumático (Vallejo & Córdoba, 2012), (Echeburúa et al, 2013).

Por tanto, en los casos desde el enfoque cognitivo conductual coinciden que el tratamiento de terapia psicológica consigue reducir los efectos psicopatológicos y en especial el trastorno de estrés postraumático en las víctimas (Habigzang & Koller, 2013). Adicionalmente, dicho enfoque respalda que los efectos beneficiosos se mantendrían cerca de la mitad de un año y doce meses después de empezar el tratamiento (Echeburúa et al, 2013).

Al mismo tiempo, uno de los elementos sobre el tratamiento en el abordaje cognitivo conductual por Iñiguez (2016) considerado como uno de los más importantes en el tratamiento terapéutico, es el de brindar enseñanzas acerca de las diferentes formas de relacionamiento sentimental que existe, además mediado por la atención de un caso desde la intervención en psicoeducación. Del mismo modo, un elemento de aprendizaje fue la figuración del decir “No” cuando algo no agrada, a su vez, la

intervención en psicoeducación puede permitir reaccionar asertivamente a los problemas posteriormente al evento de abuso sexual. Entonces, se propondría el tratamiento de enfoque cognitivo conductual a la reestructuración cognitiva, trabajando con la ayuda de los pensamientos que traía la persona, incluso, se da cuenta de un método llamado desensibilización sistemática, en el que la mujer víctima de violencia sexual debía relatar un recuerdo traumático específico, explicándolo con detalle y para favorecer el proceso terapéutico se acompaña con técnicas de relajación y respiración (Iñiguez, 2016) (Guerra, et al., 2017).

Igualmente, estas intervenciones pueden ocuparse de abordar de diferente manera la misma problemática. Así, la evaluación hecha por Vásquez (2007) que diferencia los modelos de intervención en los hechos de violencia para encarar la atención y tratamiento del abuso sexual dentro los modelos delimitados. Para esto, se desarrollaron los siguientes modelos: modelo intrapsíquico, de expresión, de interacción, de aprendizaje social, género-sensitivo y cognitivo conductual, en donde también se diferencian según la atención y los efectos terapéuticos realizados de dichos modelos para una aproximación al alivio en el tratamiento del abuso sexual (Guerra, et al., 2017). Dichos modelos apropiados según Vásquez son el género-sensitivo y el cognitivo conductual, siendo este último que consta de “técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta” (Vásquez, 2007); primero, la reestructuración cognitiva que consiste en identificar y modificar las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, segundo el entrenamiento en habilidades sociales a través de la asertividad, teniendo como finalidad el aprendizaje de los elementos centrados en la habilidad de relacionarse con otros,

estableciendo relaciones de cuidado. La tercera técnica es el entrenamiento en la relajación y así “disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad” (Vásquez, 2007) y en cuarto lugar las “tareas para la casa” argumentado extender las posibilidades de cambios cognitivos y de conducta. Los tratamientos de esta línea epistémica aseguran que obtienen mejores resultados y acceden a recursos terapéuticos eficaces. Siempre y cuando la víctima de violencia sexual cuente con una red de apoyo social-familiar, asimismo, sincrónicamente se controlen los problemas derivados de la victimización (Echeburúa et al, 2013). Inclusive, desde este enfoque se resalta que la terapia individual es superior a la terapia grupal e igualmente las terapias estructuradas relativamente intensivas de 10 a 16 sesiones son más efectivas que las terapias breves de apoyo.

Siguiendo con esta perspectiva, las intervenciones desarrolladas desde el abordaje clínico cognitivo conductual a mujeres adolescentes víctimas de violencia sexual empeñan más esfuerzos en mayores desarrollos en el diagnóstico y la medicación de fármacos (Habigzang & Koller, 2013). Entre los diagnósticos que se desplazan las formas problemáticas del desarrollo psicológico; depresión, ansiedad, disrupción de la alimentación, incontinencia urinaria, disturbio del humor, estrés postraumático, entre otros (Vallejo & Córdoba, 2012), (Habigzang & Koller, 2013).

Desde el punto de las investigaciones en contextos de tratamientos, servicios y efectos en Latinoamérica, específicamente en Hidalgo, México; revisó la eficacia de intervenciones cognitivas conductual destinada a disminuir el trastorno estrés postraumático en mujeres víctimas de abuso sexual. El cual logra como resultado demostrar ser útil y eficaz para disminuir el cuadro clínico del trastorno de estrés

postraumático (Zentella, et al, 2022). Dicha investigación, utilizó un instrumento de escala de gravedad de síntomas revisada del trastorno de estrés postraumático según el DSM-V (EGS-R), que también conforma una entrevista estructurada (Echeburúa, 2016, citado en Zentella et al, 2022).

A lo anterior se vincula la recomendación para casos leves en psicoterapia, para los moderados y graves la combinación de psicofármacos, al igual que, psicoterapia durante un período de doce meses y en conjunto a un seguimiento posterior (FOA, Davidson & Frances; Mingote et al, 2001, como se cita en Vallejo & Córdoba, 2012). De acuerdo al mismo estudio, los tratamientos cognitivos conductuales son los que cuentan con un mayor apoyo empírico (Vickerman & Margolin, 2009, citado en Echeburúa et al, 2013)

Haciendo revisión sobre otros abordajes, se distingue el uso metodológico del enfoque psicodinámico. Mediante esta propuesta, Goodkind y otros (2006) en una investigación en donde el tratamiento estaba procedido por medio de psicoterapias grupales con psicoterapia heterogénea y, en el que los integrantes podían ser mujeres con y sin trauma de abuso sexual. En este, el tratamiento grupal podría servir como medio apropiado para identificar y corregir el problema del aislamiento y estigmatización; así entonces generar un espacio adecuado para reparar vínculos alterados por el trauma (Goodkind, et al.,2006). Del mismo modo, este proceso de tratamiento se constituyó en una herramienta para reconocer y corregir los desequilibrios desencadenados por el abuso y las proyecciones que lo fomentan así entonces, posibilitar el reconocimiento de culpas y responsabilidades en las situaciones de abuso beneficiando tanto a los miembros traumatizados como a

aquellos que no padecen el trauma (Nicolas & Forrester, 1999 citados en Vallejo & Córdoba, 2012) como es de resaltar y se desarrollará más adelante este evento de abuso sexual se constituye o puede constituirse como un trauma.

Estas intervenciones del abordaje en psicoterapia interpersonal psicodinámica, son definidas como la consecución de tratamientos que hacen focalización en particular en la expresión del afecto, el alivio de los síntomas y la exploración de patrones en las relaciones, sentimiento o ideas en el presente y/o pasado de la persona, donde se pueda elaborar el trauma y pueda la víctima permitirse la construcción de un futuro donde se fomente la capacidad de acceder a una resignificación distinta a la de la historia de sí misma, con el fin de reducir el impacto de la huella del abuso sexual sufrido (Watson, 2007, citado en Vallejo & Córdoba, 2012). Además, en este abordaje psicoterapéutico, tiene lugar la búsqueda del alivio del dolor y el sufrimiento, aparte de la elaboración del evento traumático en la que se pueda acceder a una resignificación distinta a la historia de sí misma posterior al evento de violencia sexual.

Ahora bien, a partir de las evaluaciones neuropsicológicas en las que existen pocos abordajes sobre el maltrato sexual hacia mujeres adultas jóvenes. Sin embargo, hay algunos ejemplos sobre la evaluación neuropsicológica en la que permite la exploración de desviaciones patológicas de las funciones psíquicas (Mejía, et al., 2018). Por su parte, López-Castilla (2022) destaca que existe interrelación entre la experiencia de abuso sexual y dificultades para la regulación del afecto y la conducta. Dicho autor plantea que por medio de un diagnóstico con seis áreas de análisis se puede guiar el abordaje terapéutico; primero con la regulación del afecto

e impulsos, posteriormente la atención o conciencia, la autopercepción, la relaciones con otros, la somatización y los sistemas de significado (Luxenberg et al, 2001, citado por López-Castilla, 2022). También López-Castilla (2022) menciona que otros autores describen esta experiencia como trauma en el que se recoge el evento y sus efectos. Igualmente, junto con otras variables como la causa, la duración, además, el momento de vida en el que ocurre, así entonces, se determina según la presencia y magnitud de las variables de la vivencia como una experiencia traumática (Hermosa, et al., 2018).

Por medio de la batería neuropsicológica Luria DNA, Pérez (2019) encontró que en las mujeres que habían sido maltratadas obtenían puntuaciones más bajas que las mujeres del grupo de control, principalmente aquellas diferencias se hallaron en el área de lenguaje oral, memoria inmediata, viso espacial, lógica, área intelectual y atención. El autor concluye que las mujeres maltratadas puntúan más bajo y, tienen mayores dificultades a la hora de realizar tareas neuropsicológicas, comparándolas con grupos de control (Pérez, 2019). No obstante, es factible concluir que no hay relación directa e integral entre la duración de exposición al maltrato y el rendimiento neuropsicológico a excepción del área del lenguaje que a mayor tiempo de exposición mayor afectación del lenguaje. Respecto al rendimiento de las mujeres en las pruebas, se observa afectación sin determinar el tiempo al que hayan sido sometidas a la violencia sexual (García, 2014 citado en Pérez, 2019).

Desde otra perspectiva epistemológica, el psicoanálisis, en el cual encontramos también que los hechos de agresiones sexuales generan secuelas psicológicas, así como Gallo (1998) resalta. Este maltrato es definido por Gallo como la condena

sistemática a la infelicidad, mientras que así signifique para la víctima, un evento que constantemente regresa, recordando, trayendo desgracia a quien sufrió la violencia. Constituyéndose en una circunstancia de victimización repetitiva, que deja una huella de maltrato.

También, desde psicoanálisis con perspectiva de género, que se desarrolló en Chihuahua, México por Sandoval (2022). Demuestra que el abordaje desde este contexto en donde hay presencia de la problemática del abuso sexual en mujeres adolescentes; menciona que hace falta de elementos técnicos para tramitar de mejor manera la formación terapéutica en aspectos, sociológicos, culturales, neurológicos, educativos y psicológicos, del mismo modo, subraya la terapia familiar y la terapia psicosocial por considerarlas formaciones importantes para la atención de la violencia y el abuso sexual. Del mismo autor, se caracteriza el conjunto de variables que determinan las características, síntomas y posibles secuelas de este tipo de evento traumático, que son: primero la intensidad y duración de los abusos, segundo la edad de la víctima, tercero la relación entre el abusador y la víctima, cuarto la imposición del secreto por parte del agresor, quinto la utilización o no de violencia física, sexto la sexualización, cosificación o violencia erótica; séptimo la respuesta familiar; octavo la calidad de las atenciones psicológicas recibidas (Gutiérrez et al, 2021, citado en Sandoval 2022).

El abuso sexual podría ser entendido como una problemática estructural del orden social, esto quiere decir, que es la propia salud mental de otros la que vulnera la dignidad de otras (Bravo, 2018) (Hlavka, et al., 2014). (Roberto, et al. 2005). Así entonces, la violencia sexual a mujeres es un motivo vinculado a quienes invaden

su cuerpo y su integridad, sin embargo, son las víctimas las personas las cuales asisten por los síntomas a espacios de atención psicológica. Por tanto, el análisis del abuso sexual tendría que identificar y reflexionar acerca de la influencia de la estructura social.

Respecto a los procesos de atención y servicios en salud mental, hay escasas evaluaciones acerca de la prestación de dichos servicios en investigaciones, sin embargo, hay algunas que condensan dicha información de algunos lugares de América Latina y en Colombia. Una investigación realizada en Brasil señala que hay fallas en la continuidad y el seguimiento de los tratamientos ofrecidos en el centro de salud a las mujeres abusadas sexualmente. Por otro lado, casos en los que se presentan errores en los registros de información de los relatos de las mujeres que llegan a un centro de salud de la ciudad de São Paulo, en donde también hay presencia de violencia obstétrica (Assis, et al, 2009). En donde, además, se evidenció que el 5.64% de las mujeres que llegan por violación sexual reciben la primera atención antes de completar las primeras 24 horas (Assis, et al., 2009, citado por Vallejo & Córdoba, 2012).

Otra investigación desarrollada en Paraguay, que cuenta con la participación de 250 pacientes que asisten a un servicio de salud. En esta se caracteriza a la población con distintos trastornos mentales y antecedentes de abuso sexual previo a los dieciocho años de edad (Arrom C. et al., 2018), en este, el análisis cuantitativo resultó que del 100% de la población, el 94% respondió afirmativamente a haber sido víctima de abuso sexual. Asimismo, el 78% quienes fueron víctimas de abuso sexual se identificaban de sexo femenino, mientras el 22,3% de género masculino.

Entonces, para esta investigación, la conclusión fue el asocio del género femenino con el hecho de ser víctima de abuso sexual debido al alto porcentaje.

Por su parte, Burin (2012) rescata el estudio realizado en Italia por la sociología J. Popay (1988) acerca de las demandas de las mujeres en los centros de salud mental y su relación con los roles sociales. Propone dos formas de explicar este resultado: a) el modelo social inducido, que se entiende como una mayor tendencia de las mujeres a considerarse enfermas mentales porque su rol social inferior se define como enferma; b) El modelo de causalidad social, que se entiende como una mayor tendencia de las mujeres a desarrollar enfermedades mentales debido a un menor y peor estilo de vida, e igualmente un mayor nivel de estrés y problemas relacionados con sus roles sociales en la familia o en la conexión con otros roles sociales. Burin recalca la importancia del reconocimiento de que las mujeres son las principales demandantes de los servicios de salud mental, tanto públicos como privados.

Por otro lado, Galindo (2015) en compañía analizan cómo afecta el abuso sexual en el uso de servicios de atención a las personas que lo sufren generan mayor solicitud de servicios a lo largo de su vida. Los hallazgos en donde más de la mitad de las atenciones hechas por hombres tenían motivos con relación a problemas con la crianza, seguido por problemas en la relación con la familia. De acuerdo con Galindo (2015) el abuso sexual no especificado es predominante en niñas, al igual que para las mujeres el abuso y la agresión sexual se registraron como la primera causa de atención en servicios de salud mental. En las mujeres el abuso y la agresión sexual

es la primera causa de atención, seguido por los problemas en la crianza del niño, posteriormente la agresión corporal y el maltrato.

En las regiones de Latinoamérica la violencia sexual es un fenómeno latente atravesado por la perspectiva de género. En el caso de abuso sexual hacia mujeres y niñas que es infligida por personas distintas a la pareja, la categoría de estos casos se subdivide en distintas acciones que dentro del contexto se manifiestan este tipo de violencias de género, como el tráfico de personas y la explotación sexual, también la violencia sexual durante el proceso de migración, el acoso sexual en el trabajo, la violencia sexual durante situaciones de emergencia o conflicto/posconflicto (Contreras, et al, 2010).

Por otro lado, los niveles de violencia relatada varían según el método para recolectar y analizar los testimonios. En un estudio desarrollado en Nicaragua; se encontró que el 8% de las mujeres declararon en circunstancias de entrevistas cara a cara haber sido abusadas sexualmente, no obstante, al ser encuestadas por medio de un cuestionario anónimo auto administrado, el resultado fue del 26%. (Contreras, et al, 2010). Mientras que, en países como Brasil y Perú, los porcentajes de mujeres que relataron haber sido forzadas a tener actos sexuales por personas que no eran su pareja ronda el 5% al 10% de aproximadamente mil personas. Las personas perpetradoras de la violencia sexual por lo general son conocidos de las víctimas, familiares, vecinos, amigos, colegas, curas y maestros, aunque a veces es un extraño (Garcia-Moreno et al., 2005). En Colombia el 21% y en Bolivia el 33% de las mujeres informan haber sido forzadas por alguien que no era su pareja y que era un extraño quien las había violado (Montaño et al., 2007), igualmente que, en

Jamaica, que el 20% de las mujeres atendidas relataron violencia sexual perpetrada por un desconocido (Waszak et al., 2006).

Este tipo de violencias hacia las mujeres representan, según Sánchez (2010), la apropiación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres en una forma directa. Se caracteriza como un acto sin mediación, ejecutado por hombres conocidos o desconocidos, así entonces, “las violencias en contra de las mujeres son expresiones de las relaciones de opresión, subordinación e injusticia social que ellas viven, y son dispositivos de poder que utiliza el sistema socio-sexual patriarcal para mantener, recrear y reproducir dichas relaciones” (Sánchez, 2010).

Por tanto, mientras este fenómeno se mantenga como un producto del momento histórico, social y cultural, hará parte de la vida cotidiana de las mujeres. Será una manifestación del contenido y forma de las relaciones en la cultura humana vigente. Y será, al mismo tiempo, una problemática psicosocial, un delito y un desafío clínico-social-judicial para su prevención y tratamiento. Es entonces una experiencia sufrida intensamente, que comparte lugar con el abuso de poder, la mentira, la conspiración, utilizando el silencio para conformar una forma de maltrato psicoemocional (Sandoval, 2022).

Se han identificado algunos de los factores de riesgo asociados a violencia sexual, que permiten demarcar y así entender mejor qué cosas pueden ser detonantes de este tipo de violencia. Los factores son los sociales; como las normas de género donde se legitima la violencia infligida por parejas íntimas, la culpa hacia las mujeres, la justificación de los deseos sexuales inherentes de los hombres, las

mujeres tratadas como objetos sexuales y el culto a la virginidad de las mujeres (Contreras, et al, 2010).

Del mismo modo, también los contextos de violencia son un indicador de factores macro sociales asociados tanto a violencia física y sexual contra las mujeres. Y en los que se convergen las respuestas gubernamentales que influencia sobre la protección y respuesta ante estas violencias sexuales, sin embargo, en ocasiones estas respuestas estatales pueden accionar débilmente induciendo a la impunidad (Vallejo & Córdoba, 2012) (Contreras, et al, 2010).

Por otro lado, hay factores comunitarios de acuerdo a Contreras (2010) que responden a la índole social que desempeñan una función importante a la hora de brindar protección y apoyo. Por ejemplo, por parte de la familia, si la violencia sexual es doméstica, así mismo, las relaciones personales en las cuales existe un contenido y una dinámica de control, además de poder sobre las víctimas, en la que el hombre por lo general tiene un ejercicio de violencia sexual con el fin de controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres.

Podría profundizarse sobre los orígenes de la estructura social del abuso sexual que sigue siendo aún un flagelo en las sociedades consideradas modernas. Y en las cuales dichas civilizaciones hayan tenido influencias del desarrollo cultural desde Europa a América; en donde la influencia de estas estructuras sociales determino también las condiciones sociales de los territorios y pueblos. Este tipo de violencia expone un tipo de relación entre hombre y mujeres en un determinado contexto, a esto, Bourdieu (2000) aborda el problema de la división sexual y sus principios desde un sistema social que respondería a repercusiones históricas que

contrariamente tuvieran función en deshistorizar y posicionar relativamente inmóviles y homogéneas las configuraciones de los sexos. Así que, acerca de la pregunta sobre si el abuso sexual es una actividad intrínseca en los seres humanos, la respuesta sería podría ser que no, debido a que, es la configuración del orden social la que eterniza, en palabras de Bourdieu, los productos históricos que modulan a los sujetos a través de la interconexión de las instituciones sociales como la familia, el estado, la iglesia, la escuela. Del mismo modo, Giberti y Fernández (1989) identifican que los medios de comunicación, la educación, las prácticas médicas y psicológicas reproducen una imagen femenina que dificulta las necesidades de muchas mujeres de transformar su lugar social. Por lo que, las transformaciones de los sexos en las sociedades modernas no han culminado, sino que han sido obstaculizadas por el ejercicio de la violencia simbólica e invisible, como caracteriza Bourdieu (2000) y Fernández (1989) en donde se privilegia la dominación masculina a pesar de la implementación de la justicia, pues no solo fundamentalmente en el ámbito doméstico es donde se elaboran y se imponen los principios de la dominación estructural masculina, sino también se han asentado en otras formas y lugares de dominación.

Esta actividad violenta de orden sexual se caracteriza también porque afecta a población vulnerable, como lo son las mujeres en la infancia o adolescentes. En la actualidad es posible encontrar que las víctimas de violencia sexual se concentran en la población de personas que se identifican como mujeres. Dicho de otro modo, también pueden sufrir este tipo de violencia personas del género masculino, por lo general con tasas estadísticas más bajas que en el caso de las mujeres; de acuerdo

a Rathi & Thapli (2020) a pesar de no ser la población mayoritaria afectada, muchos hombres también son víctimas de este tipo de violencia, además de que muchos de los casos de hombres abusados sexualmente se producen en la niñez; posteriormente son víctimas de la estructurada idealización de una sociedad en donde los hombres son capaces de defenderse por sí mismos (Rathi & Thapli, 2020). No obstante, los hechos de violencia sexual sistematizados a través de datos estadísticos, en los que se puede estimar que es una problemática de género debido a que las mayorías de victimarios son hombres y las víctimas mujeres (García-Moreno et al., 2005).

Lo anterior repasa sobre el relieve que hay en violencia basada en género y la urgencia por resistir a esta problemática de índole social con consecuencias en la salud mental y el desarrollo de vital de numerosas mujeres. Además, como se ha enfatizado, es una problemática que deteriora el bienestar físico, sexual, psíquico, mental y social de las personas víctimas y sus familias (Arrom, et al., 2018). Y a pesar de que haya evidencia de las múltiples consecuencias, como son la depresión y el trastorno de estrés postraumático, persisten las violencias basadas en género y la inequidad de acceso para las mujeres a la administración de justicia.

Ahora bien, en el presente contexto colombiano existen factores que terminan representando barreras de acceso a los servicios de salud mental, provocando así insatisfacción las necesidades de prevención y de tratamientos adecuados. Estos factores son el producto de diferentes procesos y realidades materiales como pueden ser las burocráticas-administrativas, geográficas, normativas, la poca oferta de los servicios de atención y un contexto cultural, social, político, económico

particular (Restrepo et al, 2014). De acuerdo a Zamora (2019) entre otros, las barreras más recurrentes en el contexto colombiano encontradas son los costos de consultas, medicamentos y exámenes, el temor y la vergüenza de ser atendidos a un servicio de salud, desconfianza de los equipos de salud y los tratamientos y finalmente el estigma social, creencias y mitos. Además, las condiciones geográficas que estarían relacionadas con la poca oferta de servicios sustentadas también por la pobreza y la inequidad. Otros factores de riesgo en la salud mental de las mujeres, según Burin (2012) son la edad, el nivel educativo o laboral, el número y edad de hijos, el estado civil, entre otros, como los roles de género femenino, en el que destaca la mujer con tendencia a maternizar todos sus roles. Por su parte, Restrepo (2014) y compañía localizan algunos aspectos dentro de los contextos de salud, así como la falta de conocimiento sobre derechos y deberes de los usuarios, como también las rutas legales del debido proceso, la problemática geográfica, la dificultad de financiación como las más relevantes.

Se hace necesario también mencionar, que en muchos casos se podrían identificar qué factores determinan la orientación o la atención hacia los casos de abuso sexual, como pueden ser la identificación de un silencio cómplice en el entorno cultural o familiar, el acoso y hecho cómplice de la familia del agresor. Estos han sido y son elementos que impiden que las mujeres reporten oportunamente las situaciones de violencia vividas ante las instancias judiciales, además de atención en salud mental (Rincón, 2019, citado en Castro et al. 2020). Del mismo modo, las autoras recalcan que estas instancias pueden ser también espacios donde la

violencia de género exista y se configure en forma de negligencia u omisión sobre las necesidades particulares de las víctimas que vulneren aún más su dignidad.

Además, se resalta que las mujeres que son agredidas tienen el doble de riesgo de desarrollar otros trastornos de la salud mental, incluyendo patologías específicas e intentos de suicidio (Gutiérrez, et al., 2000) (OMS, 2005, citado por Galindo, et al, 2015).

Dentro del marco de los servicios en salud, en un estudio retrospectivo de víctimas de abuso sexual atendidas en consulta externa/urgencias. Hernández, Torres & Cifuentes (2017) mencionan que en el departamento del Cauca se atendieron 30 casos, 23 mujeres y 7 hombres “Con relación a los casos valorados en el servicio de urgencias, la edad mínima de la víctima fue de 2 años y la edad máxima de 16 años” (Hernández, Torres & Cifuentes, 2017). Dentro de estos siete casos valorados en el servicio de consulta externa corresponden a menores entre 11 y 13 años. Este tipo de hechos violentos llegan con mayor frecuencia a servicios de salud, donde los menores son trasladados por los padres o parientes. Sin embargo, muy pocos se oficializan ante el sistema penal, por lo cual, las estadísticas que revelan la verdadera magnitud del problema podrían tener altos índices de sub registros (Hernández, Torres & Cifuentes, 2017).

Por otro lado, en el Consultorio de Atención Psicosocial de la Universidad Icesi se ha logrado agregar (CAPsi) desde 2014 hasta el 2021 que delimita los múltiples y diversos casos que han llegado a este dispositivo, se evidencia de acuerdo a los datos ofrecidos por la base de datos, se han reportado 52 casos de abuso sexual

desde que inicio el CAPsi su gestión. Además, dichas personas, en su mayoría (94%) se reconocen del género femenino.

### **3. Planteamiento del Problema**

El abuso sexual es un problema de salud mental debido a que es un acontecimiento con innegables efectos psicosociales para las víctimas y, por tal motivo, es un índice para los sistemas de salud contemporáneos y comprende diversos grados de violencia, a la vez de frecuencia e intensidad. Estos elementos se integran en cada contexto como un medio el que puede acontecer, el ciudadano, el rural, uno de catástrofe o de conflicto armado en Colombia (Castro & Munévar 2018)

En las investigaciones relativas al tema de la violencia sexual, uno de los efectos que son mencionados es la provocación de la alteración subjetiva, esto quiere decir que, sin dejar de lado el daño físico causado, son las consecuencias en la relación con la propia identidad del sujeto como es igualmente en la relación con otras personas. En consecuencia, es un problema de características psicosociales, así como Bravo (2018) identifica al abuso sexual como una cuestión comprometida no solo por quien sufre el hecho sino por quien lo comete, lo que presentaría la necesidad de vincular a este agresor también al proceso de reestructuración subjetiva y de reparación, sin embargo, este es un tema que no será explorado en este trabajo.

Del mismo modo, se puede caracterizar el abuso sexual y las consecuencias a las mujeres como un fenómeno desenlazado por la estructura social que en algunas sociedades a nivel mundial. Dicho problema está relacionado con prácticas durante

años no visibilizadas como un problema de género; según las evidencias psicológicas, sociológicas y legislativas, las mujeres, niñas y adolescentes son afectadas con mayor frecuencia de este problema (Pfeiffer & Salvagni, 2005, citado en Habigzang & Koller, 2013) (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010) (Gómez & Bobadilla, 2011) (Galindo, et al, 2015)(Rudas, et al, 2018) (Bode-Okunade & Adebayo, 2020).

La OMS (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010 citado en Gómez & Bobadilla, 2011) define la violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (P.80)

Por medio de la anterior definición se puede comprender que dicho acto de violencia sexual contempla las palabras directas o indirectas, igualmente los actos físicos sin distinción en cuestión relacional entre el agresor y la víctima, ni tampoco caracteriza esta violencia exclusiva de hombres hacia mujeres, sin embargo, como se ha explicitado en la mayoría de los casos así sucede.

### **3.1 Pregunta de investigación**

Cómo se puede abordar un caso de una mujer adulto joven víctima de abuso sexual que haya sido atendida en el consultorio de baja complejidad CAPsi.

### **3.2 Objetivo general**

Caracterizar un proceso psicosocial del caso de una mujer víctima de abuso sexual que recibió acompañamiento en el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi).

### **3.3 Objetivos específicos**

El siguiente trabajo tiene los siguientes objetivos de acuerdo al caso del CAPsi:

1. Identificar el abordaje psicosocial a una mujer adulto joven víctima de abuso sexual.
2. Comprender el efecto sobre el vínculo social del abuso sexual en una mujer adulto joven.
3. Reconocer los alcances terapéuticos en el proceso de una mujer joven víctima de abuso sexual.

## **4. Marco Teórico**

Este proyecto de investigación tiene el propósito de caracterizar el proceso a su vez el tratamiento en un caso del CAPsi, y que corresponde a una mujer adulta joven víctima de abuso sexual durante su juventud, siendo el victimario la pareja de su madre (padrastró). Además, siendo el consultorio de la ciudad de Cali un servicio

nutrido de los principios psicoanalíticos, este documento se ha adherido a una concepción psicoanalítica relativa a la perspectiva teórica que tiene el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi)

Asimismo, por medio de la reflexión de la organización de los elementos simbólicos, representaciones y significados subjetivos que giran en torno a la vivencia puntual del abuso sexual a una mujer adulta joven y, así, enfatizar sobre la comprensión del evento en su particularidad. Por lo pronto, dicha dinámica clínica psicoanalítica dispone de un desarrollo que pretende dar cohesión y asociación al análisis, por medio de una sección que recopila perspectivas desde el psicoanálisis sobre el abuso sexual, en donde se entrelazaran elementos que permitan el análisis de esta problemática psicosocial. Por tanto, también se elaborará una sección que incluye la reflexión desde la perspectiva de género, la cual ha sido desde hace décadas influyente e importante en estos eventos de violencia sexual, con correlato en la estructura social y cultural. Finalmente, la descripción y análisis del concepto de trauma, puesto que este evento puede lograr un desencadenamiento psicoemocional contundente para las subjetividades.

Entonces, ya habiendo introducido el término dominación masculina, que se refiere a la producción de violencias de los modos de relación entre hombre y mujeres, que hace especial énfasis, en el que la masculinidad fomenta un rol de dominación y trasgresión. Así, un otro femenino encarna y tiene una participación en su desigualdad, consecuencia descrita en la estructura social hacia la posición femenina (Pizarro, 2018) (Giberti, et al.,1992). Esto, además, quiere decir, que la violencia destinada a una mujer no solamente es a través de manifestaciones de maltrato físico, sino como ya menciona Giberti y Fernández (1992), es la violencia

invisible manifestada en el lenguaje, en lo simbólico, también en el trabajo, la escuela, la familia, incluyendo estereotipos y en general en las relaciones sociales que se establecen.

Lo anterior, resalta un elemento de análisis sobre el impacto en la cultura humana no solo físico sino psicológico, que no responde a un correlato lógico y biológico, sino al intercambio de valores y representaciones susceptibles a la historia, a la cultura particular donde se ubiquen dichas relaciones humanas.

Por otro lado, Butler (2001), asegura que el género y las distinciones entre ellos responde a las demandas sociales, institucionales y culturales, que fomentan o forman construcciones no fijas ni naturales, salvo más cercanos a la actuación exigida por las expectativas sociales y culturales del género. También, describe que estos mecanismos culturales y sociales no se quedan inmóviles, sino que se convierten en aparatos de poder que influyen en cómo debe actuar cada género. Además, en la manera en como cada individuo se percibe a sí mismo y cómo se construye. Para ilustrar lo anterior, si un sujeto se constituye económico con relación a más poder sobre otro o si se percibe en la relación con otros en particular de manera violenta o transgresora y hay una estructura o normatividad social, cultural que sostenga dichas conductas, hace aún más complicado el andamiaje a reconocer dicha violencia, pues es naturalizada socialmente. Se rescata de anteriores autoras y autores, la importancia de regulaciones, de legislaciones o hasta de propuestas culturales que no permitan más la violencia de género.

De acuerdo a Burin (2012), el fenómeno que constituye en los modos de vida como enfermizos tendría sentido al estar relacionado con un fenómeno cultural patriarcal y que es correlato de las relaciones descritas a través del contenido de sus

actividades en las que se demuestran asimismo la violencia sexual. Asimismo, la salud y la enfermedad mental como también el malestar en las mujeres en especial, tendría denominación en categorías psicosociales no exclusivas del sujeto que lo padece (Burin, 2012); pues la salud mental, es un proceso que no consiste en la adaptación a los requerimientos y búsqueda por la normalización, sino que se desencadena de la actividad propia de los seres humanos en cada caso por caso; determinado por las contingencias históricas, culturales, políticas, económicas y sociales.

Y, por tanto, por medio del cuestionamiento y descripción de lo que está implicado en los contextos humanos, se podría lograr conocer y tomar posición sobre los mismos. Tal como puede suceder en espacios educativos, familiares, entre otros grupos o instituciones con condiciones propias de cada cultura y, cuyas repercusiones son a veces no explícitamente comprendidas debido a lo complejo que es examinar todo el entramado relacional que esto implicaría.

Sin embargo, referente al abuso sexual, se podría cuestionar como el paradigma del psicoanálisis podría ser relevante y por qué, ¿qué sentido tendría esto para el psicoanálisis? Por un lado, así como Baglione (2019) expone que el psicoanálisis puede dar cuenta sobre los efectos que los cambios y producciones socio históricos imprimen en los padecimientos de los sujetos; a su vez, cómo hace frente la teoría hacia estos eventos de las violencias sexuales y la creciente notoriedad de dichas violencias a través de protestas, huelgas y movimientos a favor de la no violencia a las mujeres (Baglione, 2019) (Burin, 2012) (Fernández, 1996).

Así entonces, podría el psicoanálisis una teoría que vincula los sujetos sin excepción a la manera de conocer de su época, no obstante, desde las exposiciones y

formulaciones de Freud acerca de la figura paterna y, que esta ocupa el poder dentro de la estructura social de la época victoriana. Esto ha logrado demostrar la existencia de malestar en las mujeres, provocando la represión sexual a través de la moral en la sociedad y cultura del siglo XVII (Baglione, 2019). Por tanto, el o la psicoanalista podría disponer de sus ideas e interpretaciones para la construcción o deconstrucción de los roles de género, lo que advierte, inmediatamente, del modo y el sentido de estas construcciones. Pues entonces, los seres humanos, intencionalmente o no, se incorporan y alinean a la relación que tienen con los géneros, y así dando lugar a las convenciones y producciones inconscientes sobre las actividades que se confieren a lo masculino o lo femenino (Pizarro, 2018) (Ramos-Lira, 2014).

De esta manera, este sentido se ha hecho explícito en que las particularidades ambientales culturales tienen efectos sobre lo que se considera masculinidad y que lo mismo, a su vez, tendría efectos directos o indirectos sobre la feminidad. De esta manera, se ha ido reflejando en la epistemología psicoanalítica, en la obra de Freud, al introducir por ejemplo el concepto de la envidia del pene como un elemento condicional de la caracterización a la feminidad, de esa manera estaría dando mayor relevancia al correlato biológico respecto a lo masculino debido a la inclusión de un significante que se instala como el diferenciador de lo que significa ser hombre y ser mujer (Fernández, 1996). Por lo que, a nivel cultural y psíquico, la mujer estaría en la constante falta de un pene no material sino simbólico (de la Pava Ossa, 2006) y que, a su vez, representaría poder dentro la sociedad y la cultura.

Así entonces, es de advertir que de acuerdo con el contexto y el lugar desde donde se constituyan las maneras de interpretar al mundo plural y personal como teoría de

evidencia clínica. Pues dichos elementos interpretados tienen la tentativa de no ser interrogados, lo contrario, a convertirse en una premisa de verdad incuestionable. Por lo tanto, aparentando ser un conocimiento inequívoco que se convierte en sinónimo, también en símbolo de representaciones que pueden ser reduccionistas para una realidad múltiple, cambiante y densamente compleja (Fernández, 1996).

Sin embargo, Freud no discutió respecto al abuso sexual en la juventud, empero, en su teoría sobre el desarrollo psicosexual, Freud (1908) logra generar un entendimiento relevante respecto a lo que puede suceder si se interrumpe dicho desarrollo, como es una fijación en una etapa de la infancia o de la adolescencia y que esto podría acarrear dificultades a largo plazo en las relaciones sexuales, emocionales entre otras consecuencias negativas como pueden ser nombradas hoy en día los trastornos psicológicos, ansiedad o depresión. También, el desarrollo teórico de Freud podría ser útil bajo el análisis de su obra de 1919 “pegan a un niño” aunque no directamente, pues no es estrictamente el tema de análisis, sin embargo, el acontecimiento de violencia sexual puede generar frustración, impotencia, entre otros malestares, así que este abuso sexual puede influir en el desarrollo emocional de la víctima y afectar sus relaciones. En el mismo sentido, en el mismo texto de Freud (1919) se podría analizar que la motivación oculta o inconsciente de violentar a un niño/a es la de descargar la propia agresión y frustración en un objeto/sujeto más débil.

Para el paradigma psicoanalítico, que intenta apelar a la historia de los sujetos y la singularidad del inconsciente, haciendo de esta manera notar el error de ir reconstruyendo a través de interpretaciones universales, añadidas a la teoría psicoanalítica intencionalmente o no, ofreciendo responder con universalidad a las

identidades de género dejando de lado la feminidad y la masculinidad del caso por caso (Pizarro, 2020).

Partiendo de la discusión que Sandoval (2022) propone entre Lacan y Freud, donde el primero mencionaba que los seres humanos son irreducibles a la categoría binaria y ni mucho menos uno de los sexos define al otro, lo que alienta a discusiones estructurales que se tomarán en cuenta posteriormente. Mientras que Freud, caracteriza su análisis hacia lo femenino por la ausencia de autonomía sexual, la cosificación sexual y relación sexual donde el goce masculino se satisface por el deseo de poseer a una mujer (Pizarro, 2020); que cultural y socialmente en Europa se reproducía este paradigma en las personas.

Por adición un caso de atención psicosocial en Colombia, Castro y Munévar (2018) describen el proceso terapéutico en víctimas de conflicto armado, entre ellas mujeres víctimas de abuso sexual en contexto de conflicto bélico, por lo que caracteriza al contexto de manera muy particular. Empero, se considera importante como una herramienta de salud mental para la reparación del tejido social y que sirva en el entorno post conflicto como proceso de reconciliación al sufrimiento y el trauma.

Ahora bien, por medio de la perspectiva de género se logra desarrollar la comprensión del significante que está implícito en la relación entre el objeto de deseo y el goce del otro en lo simbólico; desde este abordaje lo sexual responde a un contenido incluido en el significante que no es nombrado (Sandoval, 2022). Cuyo contenido manifiesto dispone a los sexos femenino y masculino a no solo con la genitalidad sino a lo enunciado que se ha constituido mediante la estructuración de la cultura y los mecanismos del lenguaje. Estos a su vez como mecanismo de

mediación; que involucran no una universalidad dadas a las personas, es decir, no existe una verdad, ni un solo real. Se trata, entonces, de lo que está intrincado en el inconsciente y se desplaza, a su vez, a la cadena de significantes para que, otra vez, ocultar lo que no puede revelarse debido a como se haya configurado estas representaciones que son muy particulares de cada persona (Aramburo, 2010) (Sandoval, 2022).

La teoría psicoanalítica nos permite caracterizar y situar dicha coyuntura en los marcos estructurales y subjetivos de la víctima. Ahora bien, sabemos que por medio de Bleichmar (2008) que este evento representa para las víctimas una experiencia comprometida a desbaratar el contenido de la cadena de significantes anteriormente encadenados por el desarrollo de la vida de esa persona, además de haberse constituido a través de la interacción con otras personas. Inclusive casos especiales, cuando se comparten similitudes con el agresor, por ejemplo: si el agresor fue un hombre, lo más probable es que la víctima guarde distancia de los hombres, así que, por lo general, un agresor y una víctima comparten desafortunadamente la bifurcación de la producción y reproducción de discursos, significados e imaginarios acerca de la vida de la relación entre un sexo y otro. Es decir, que pese a todo se instalan prejuicios y sesgos antes, durante y después del acontecimiento (Castelli, 2021) (Aramburo, 2010).

Lo anteriormente mencionado, resalta del mismo modo que la sexualidad estaría caracterizada como un hecho significativo personal y que de acuerdo al momento de vida de la persona afectaría de forma particular, por ejemplo, es así en la adolescencia, con la introducción de la pubertad, en donde se inicia la madurez sexual (Barrionuevo, 2015, citado en Sandoval, 2022). Por otro lado, la violencia de

índole sexual tiene la constitución susceptible de acuerdo en qué momento y en qué lugar de la vida aconteció el abuso sexual, así mismo este evento podría relacionarse o no con elementos de resignificación retomados en la terapia del psicoanálisis y, estos elementos son los que estarán en la relación entre la sexualidad al tiempo que con la perspectiva de los sucesos de la víctima, pues se trata de una invención determinada por el contexto singular y cultural en sintonía al momento cronológico en el que por ejemplo en ya entrada la adolescencia el sujeto se vería atravesado por la búsqueda de ideales propios y nuevos modelos de identificación fuera del contexto familiar (Castelli, 2021). Sin embargo, si es en el entorno de lo familiar en el que se desenvuelve el abuso sexual, este entorno se vuelve siniestro, extraño (Lacan, 2007, citado en Sandoval, 2022) lo que altera la experiencia de la subjetividad que resulta también en manifestaciones corporales; un cuerpo que es reprimido y rehusado socialmente por ser perturbador, amenazante o seductor y que puede ser determinada en sintomatología como impulsiva, agresiva, incluyendo delirio corporal, narcisismo, cortadas, trastorno psicósomáticos y en casos graves el suicidio (Sandoval, 2022).

Además, el fenómeno de abuso sexual a mujeres, las direcciona a una instancia de culpa, soledad y amenazas, tanto el sufrimiento como el acontecimiento se relacionan con un hecho real y por consiguiente las víctimas se expresan en su mayoría a través de un sentimiento de traición por parte de adultos más queridos y/o allegados, con quienes probablemente se sentían seguras y cuidadas. Según el mismo autor, tanto a infantes como adolescentes mujeres podrían verse afectadas por el o los acontecimientos de abuso sexual con situaciones de estrés agudo y/o síndrome victimización (Sandoval, 2022) (Pizarro, 2017).

De acuerdo con Bleichmar (2008) el evento del abuso sexual, es un acontecimiento que desliga y advierte que es un hecho en potencia, sin representación. Por lo tanto, sugiere que en el espacio terapéutico habría que preguntarse si hablar de este acontecimiento o no, dadas las condiciones, pues advierte que al indagar sobre el acontecimiento habría que estar seguro respecto para qué hablar de esto y si al hacer esto, pueda tener una utilidad terapéutica o no. Además, Bleichmar (2008) menciona que el lugar que ocupa el acontecimiento es de desligar los significantes en este tipo de eventos de violencia sexual a mujeres, por tanto, se pregunta sobre el uso de la palabra en el espacio de consulta psicoanalítica, es decir, qué función tendría el diálogo para ligar o desligar, pues bien depende de cómo se aborde en el espacio terapéutico, pues el uso y poder de la palabra también podría re-traumatizar debido a que estaría el riesgo de revivir el trauma por medio del discurso en una victimización secundaria.

En cambio, en el espacio del consultorio, se interroga la utilidad de traer el evento del abuso sexual en el que se pueda volver a atar los significantes anteriores al acontecimiento a palabras, representaciones y, de esta manera, poder tener un efecto de alivio Bleichmar (2008). También, advierte que al traer a cada sesión lo traumático, podría encontrarse con efectos contrarios al del alivio, pues existe la posibilidad de desencadenar una compulsión sobre la repetición, lo que implicaría querer cambiar lo que sucedió; tratar volver al pasado y evitar que vuelva a suceder el acontecimiento que ya sucedió. Empero, es precisamente que las palabras no son hechos y por medio de ellas se podría lograr encontrar alivio sobre el malestar. Por otra parte, el trauma ha sido un concepto a la disposición de críticas y cambios epistémicos y fenomenológicos, pues no resulta ser el mismo objeto si es analizado

y descrito en diferentes momentos y por diversos autores. La palabra trauma probablemente pueda significar en griego antiguo “herida” y proviene de la relación del significante “perforar” pero esta aclaración no hace, sino redundar y bordear lo que se propone examinar. Pues bien, desde el psicoanálisis, partiendo con Freud, citado en Gutiérrez-Peláez (2013) se caracteriza el trauma como una contingencia de la realidad material de naturaleza sexual hilada a una estructura psíquica neurótica, empero, posteriormente Freud cambiaría de parecer al diferenciar la seducción y la fantasía de un sujeto e incluiría también, por un lado, el acontecimiento traumático a una vivencia breve, pero intensa que excede el trámite energético de la organización psicológica por vías aparentemente normales y el trauma estructural (Gutiérrez-Peláez, 2013). Otros autores Laplanche y Pontalis (1998) describen el trauma como un acontecimiento en la vida de los sujetos que se caracteriza por la intensidad del mismo, incapacidad de responder adecuadamente a este evento y que, en la actividad de la organización psíquica provoca efectos patógenos e incluso trastornos. Diferente al término traumatismo, el cual los autores describen en palabras de Freud como concepto relacionado con una experiencia que en poco tiempo añade un aumento de gran excitación a la vida psíquica y que agota su descarga por vidas normales o habituales, dicho fracaso podría dar lugar a trastornos duraderos (Laplanche y Pontalis, 1998).

Del mismo modo, el trauma estaría basado en la imposibilidad de hilar la vivencia con el resto de la experiencia humana y obstaculizar la cadena significativa de la víctima (Efraime, 2017, citado en Castro & Munévar, 2018). Dicho de otro modo, el trauma es en la medida en el que el sujeto no logre agenciarse sobre lo que ocurre

y rectifique su responsabilidad en el posicionamiento subjetivo de su malestar y trauma psicológico (Castro & Munévar, 2018).

El abuso sexual es trauma, pues debido a que la experiencia de abuso sexual está asociada a cómo el acontecimiento mediante la vivencia del sujeto se va convirtiendo en trauma. De esta manera se estaría diferenciando algo que está constituido por algo que se va constituyendo a medida pasa el tiempo y este se instala a manera de desarticulado de los modos de representación, obligando al psiquismo a funcionar de otra manera, dado que involucra la iniciación forzada de la sexualidad que muchas veces deja al sujeto víctima en una situación sexual precoz y prematura (Sandoval, 2020).

De acuerdo con Marucco (2006), este abuso sexual está en la posibilidad de instalarse no de manera consciente, sino que quedaría secretado en el inconsciente por la imposibilidad de representarlo, pues como también menciona Bleichmar (1999), este evento se inscribe en un modo de goce que el sujeto no ha escogido, pues el acontecimiento no ha sido reconocido por el Yo sino, que ha sido un otro en este caso quien se anticipa y forja la articulación del trastorno en la elección del objeto sexual. Debido a que en el evento el sujeto víctima es inoculado por cierta transferencia negativa y degenerativa, que, al vincularse a la perversión del otro transgresor, el sujeto víctima queda sometido a un constante sufrimiento (Bleichmar, 2018).

Por otro lado, gracias a la reflexión de Fernández (2013), se podría caracterizar al abuso sexual como acto de crueldad, con potencial de dejar marcas emocionales y psicológicas de largo plazo, lo que puede ser articulado como una violación al territorio corporal y psíquico, a su vez generando la desarticulación de significantes

que podríamos denominar como trauma, pues tiene el potencial de generar profundas huellas intersubjetivas, que implicarían un proceso de largo plazo para trabajar las emociones, la culpa, el miedo, la vergüenza entre otros. Además, que las víctimas a través del proceso terapéutico, dice Fernández, puedan identificar y desarticular mecanismos de defensa que se activaron para proteger la integridad del sujeto y su yo de esta experiencia. Lo que también corresponde, a la necesidad de reflexionar acerca del contexto social, económico, político en donde se producen dichas violencias sexuales y que la intervención sea consciente de estas realidades. De esta manera, los pacientes tienden a padecer de acuerdo también a su estructura psíquica y la intensidad de lo destructivo que puede llegar a ser este evento para la subjetividad de cada persona. Es, además, relevante destacar las condiciones que devienen o determinan la acción abusiva sexual, pues este fenómeno psicosocial tiende a dejar a los pacientes en un estado de no poder nombrable, es decir, sin recursos subjetivos estables que permitan la construcción de representaciones estructuralmente duraderas (Bleichmar, 2018).

## **5. Metodología**

En el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) de la Universidad Icesi, desde 2014, que comienza a operar, ha recibido a múltiples personas con diversas urgencias, necesidad o problemáticas psicosociales y para cada una hubo diligencia y delegación a cuyos casos fuera necesario; sobre todo han buscado la atención y acompañamiento psicosocial como también, orientación en diversos aspectos de su vida. Es importante insistir y hacer explícito que durante este proceso las personas están siendo orientadas a establecer el procedimiento voluntariamente y

posteriormente firmar un consentimiento en el cual autorizan que la información que se suministra podría tener fines académicos sin dejar de lado la confidencialidad.

Una de las prácticas; la atención psicológica centrada en la escucha, consecuencia de que este Consultorio cuente desde su fundación con principios de la teoría psicoanalítica, esto quiere decir, la escucha como fuente de atención no es invariable, lo contrario es transversal cada caso un caso particular donde es posible intervenir, siempre y cuando exista una demanda subjetiva por parte de cada persona además que la escucha en el CAPsi implica para los practicantes en psicología una revisión sobre lo escuchado y conforme la supervisión la construcción del procedimiento de atención psicosocial.

Otra de las actividades del Consultorio es a partir de los casos clínicos sobre la base de la elaboración de una hipótesis y su análisis delimitado en cuanto a algo referente al caso clínico que tenga singular importancia que otro elemento.

Al estudio de caso para su comprensión y lectura se le fue realizado omisiones de información y modificaciones que no responden al contenido, sino al formato, debido a que es una acotación de la historia clínica, ni se trata de una transcripción, además de ser una sesión amplia.

Adicionalmente, otro fruto del estudio de caso clínico en el CAPsi es la aplicación académica atribuible a esta práctica investigativa por cuanto permite a través del proceso con base en la teoría psicoanalítica pensar el caso clínico. Eventualmente, el estudio de caso nutre de su experiencia la teoría; con el objetivo de analizar y caracterizar la singularidad del caso en cuestión, sesión a sesión.

Lo anterior quiere decir que a través del uso del estudio de caso como una herramienta metodológica para la investigación en la teoría psicoanalítica para conocer las formas de abordaje de los fenómenos relevantes para el psicoanálisis.

### **5.1 Diseño de investigación**

De esta manera, el estudio de caso funciona para analizar las intervenciones y las posiciones subjetivas de las personas involucradas durante cada sesión. Entonces, el estudio sobre el caso, es en el paradigma del psicoanálisis, como menciona Azcona (2019) una forma de indagar de la consulta psicoanalítica a partir de sesiones ya realizadas, pues no se trata de una breve descripción, sino, de la recopilación de numerosas intervenciones que tienen el cometido de servir como evidencia de las elaboraciones, experiencias como también significados subjetivos y singulares de los sujetos (Sánchez, 2016).

El estudio de caso es un tipo de investigación con utilidad en la metodología y en la clínica, pues favorece las comparaciones de los resultados obtenidos, favoreciendo el encuadre clínico que incluye el registro de la relación analista y analizado (Laverde-Rubio,2007). Del mismo modo, para poder analizarlo, se requiere la formulación de la descripción de los modos de manifestación y la formación de los síntomas y los efectos terapéuticos elaborados durante las sesiones (Azcona, 2019).

### **5.2 Población**

Para este proyecto se recogió un caso del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi), en el que se presenta:

Una paciente mujer de 20 años de edad, con nivel educativo técnico y procedencia del municipio del Valle del Cauca

Así mismo, es de resaltar que previamente a la formulación de este trabajo, la consultante ha firmado un consentimiento informado en el que se autoriza el uso académico y pedagógico del caso salvaguardando la identidad. Es por esto que la identidad de la consultante se mantendrá anónima y se reemplazará por un pseudónimo para garantizar la confidencialidad y el uso ético de la información clínica suministrada.

## **6. Estudio del Caso**

En este segmento se profundizará en las características del caso, de la consultante y las circunstancias narradas durante las atenciones en el consultorio CAPsi de la Universidad ICESI. En un primer lugar, se mencionan las características de la persona atendida: la consultante de aproximadamente 20 años de edad proveniente del departamento del Valle del Cauca, su estado civil era soltera, su educación era técnica, además durante el proceso cuenta que tiene como red de apoyo a su tía y su madre. El proceso de atención de la consultante transcurría el año 2022 y esta mujer utilizaba las líneas de atención para comunicarse con el CAPsi para posteriormente asignársele una cita; se realizaron sesiones entre la presencialidad y la consulta a distancia.

El total de sesiones realizadas fueron veintitrés, una atención semanal, por otro lado, durante el inicio del proceso su motivo de consulta estaba referido al padecimiento de

ataques de pánico en los que se le presentaban dificultades para estar sola, estar fuera de su casa y problemas para poder relacionarse con otras personas diferentes a su núcleo familiar. Sin embargo, esta circunstancia durante las entrevistas pudo ser profundizada y la consultante logró expresar la relación de estos ataques de pánico, ansiedad y tristeza a haber sido abusada sexualmente hace 3 años, es decir, cuando tenía alrededor de 17 años de edad. Durante la entrevista, la consultante relata que el abuso había sido por parte de su “padrastro” que era la pareja de ese entonces de su madre y posteriormente dicha relación concluyó.

La consultante manifiesta que posterior al abuso sexual comenzó a tener dificultades para comer, concentrarse, relacionarse con otros, conseguir un trabajo y en general, salir fuera de casa. Al momento de la consulta se indaga sobre sus afectos y ella responde que siente tristeza y esta sensación parece problematizar. Además, menciona estar ansiosa y frustrada por lo que no puede realizar y concretar en su día a día. La consultante menciona que no ha decidido tomar ninguna ruta de atención porque no quería contar lo sucedido mientras el victimario siguiera siendo la pareja de su madre y cuando esta relación concluyó, la consultante menciona que si quiso y pudo contarle a su madre lo ocurrido.

Durante la intervención, se indaga si la consultante recibió atención psicológica o psiquiátrica después de narrar su experiencia con su madre. La consultante responde afirmativamente, mencionando que recibió atención psiquiátrica y se le recetaron medicamentos psiquiátricos. Sin embargo, en ese proceso de atención, no pudo hablar sobre el abuso sexual, porque no se sentía lo suficientemente fuerte para hacerlo. En su lugar, se abordaron otras problemáticas como la ansiedad y la depresión, pero sin profundizar en el evento de abuso sexual.

Desde mediados del año 2021, la consultante ha estado tomando medicamentos para la ansiedad y la depresión, pero dejó de consumirlos debido a que le causaban taquicardia.

Una de las expectativas que tiene con el proceso terapéutico es la de elaborar el trauma del abuso y mejorar el manejo de la ansiedad y la depresión. La consultante durante el proceso muestra palabras de alivio y de menos estrés frente a algunas situaciones. Al mismo tiempo se hace énfasis y acompañamiento de herramientas y conocimientos en psicoeducación. También se elaboró la posibilidad de que la consultante fuera acompañada simultáneamente durante el proceso en el CAPsi con un proceso psiquiátrico, pues debido a la complejidad de su situación subjetiva, es menester acompañarla con una cantidad y calidad de ayudas multidisciplinarias.

Durante la intervención en el CAPsi, uno de los objetivos fue que la consultante identificara su propia percepción y su deseo dentro del espacio de intervención psicosocial. La consultante se describe a sí misma como una persona buena, respetuosa, amable y responsable. Disfruta de actividades como leer sobre astrología, filosofía y temas paranormales, además de escuchar música y bailar pop coreano. La consultante menciona que no le da miedo que le hagan algo, pero igual lo piensa. Se refiere a su temor a estar sola, ya que empieza a pensar que podría tener un ataque y le aterra que nadie esté ahí para ayudarla.

Respecto al padrastro, quien configuraba hace 3 años una figura paterna/masculina, es para la consultante una persona a la cual atribuía verdad y poder, pues esta persona ejercía la profesión de enfermería. Sin embargo, ahora, la consultante dice que no confía en él como antes, además, admite que creyó mucho en las palabras que le decía, dice “yo le creí” teniendo en cuenta que la consultante sufría de desmayos y este hombre al ser enfermero le decía que era porque ella sufría de anemia. Por otra parte, la consultante menciona tener dificultades para establecer límites y tiende a complacer a los demás para evitar quedarse sola y, añade que no ha establecido metas o expectativas debido a que siente que las personas como su madre esperan mucho de ella y duda de poder cumplirlas,

a lo que se muestra reacia a proponerse objetivos. La consultante también comenta sentir miedo debido a pensamientos que se le presentan en cualquier momento.

La consultante expresa su deseo de conseguir trabajo y menciona que es una actividad que le gusta. Ha tenido responsabilidades laborales en locales de venta de comida y ropa y se siente bien desenvolviéndose en ese ámbito. El trabajo es una actividad que le permite salir de su casa y relacionarse con otras personas desconocidas, lo que puede ser un espacio en el que se sienta bien y en tranquilidad. Se indaga acerca de los espacios donde se siente segura, y la consultante responde que no es tanto el lugar en sí, sino las personas con las que está. Aunque sabe que pueden no poder ayudar mucho, les da una falsa seguridad.

Ella misma reflexiona sobre sus pensamientos y afirma que la terapia le ha sido de gran ayuda, ya que antes creía todo lo que su mente le decía, pero ahora es capaz de controlarlo. Al preguntarle sobre lo que hay en su cabeza y qué sensaciones experimenta al respecto, responde que siente que “no puedo protegerme” al indagar, la consultante expresa que teme que lo sucedido vuelva a ocurrir, y se siente expuesta al peligro y está preocupada por cómo reacciona su cuerpo. Además, se le pregunta si estas inquietudes sobre la falsa seguridad están relacionadas con la anticipación e incertidumbre, y ella responde afirmativamente

Al hablar sobre el evento traumático y sus repercusiones, la consultante expresa que teme que vuelva a suceder, sintiéndose constantemente expuesta al peligro. Siente que su vida está arruinada debido a lo sucedido y esta sensación la acompaña siempre, ya que no deja de ser mujer y, en su percepción, está vulnerable a situaciones similares. Inicialmente, se culpaba a sí misma por lo ocurrido, pero con el tiempo se ha dado cuenta de que la verdadera responsabilidad recae en la persona que cometió el abuso, aunque reconoce su parte de culpa por no haber hablado sobre lo sucedido, se destaca el cambio positivo en su postura al querer hablar y elaborar sobre el tema en la terapia. Siente que no puede tener

una relación con un hombre sin temer que la violenten y piensa que ha arruinado su vida debido a que este evento siempre la acompañará, ya que no deja de ser mujer y estar expuesta al peligro. La consultante inclusive recuerda que desde la edad de 11 años se le presentaba la idea de la adultez como una realidad difícil y sentía que no sería capaz de asumir.

La consultante aborda sus relaciones interpersonales con los hombres y, expresa que tiene expectativas de que estas relaciones lleguen a no incomodarla. Sin embargo, al profundizar, menciona que teme sentirse violentada o incómoda en algún momento, lo que le impide tener relaciones interpersonales. A pesar de esto, la consultante pone límites en el comportamiento físico cuando sale con alguien, evitando situaciones que la hagan sentir incómoda. Esto ha llevado a que presente dificultad para relacionarse con los hombres, ya que los ve como potenciales agresores y siente miedo cuando la abrazan o besan.

La consultante menciona sobre querer expresar la experiencia de abuso sexual y manifiesta su deseo de hacerlo, no obstante, de igual forma menciona evitar pensar o hablar del tema debido a que es un detonante de malestar emocional. La consultante menciona que aquellos pensamientos los distrae y se enfoca en otras cosas para no enfrentarlos, aun así, dice que para enfrentarlos implicaría hablar acerca de “el origen” que los ocasionó. También hay más cosas en su vida que captan su atención, pero dice que aún se siente “consumida” por la situación en algunos momentos. Se añade durante la intervención la importancia de pensar y en usar sus redes de apoyo, además de herramientas para lidiar con estos pensamientos y emociones.

Después de lo ocurrido, la consultante se percató de que hay muchas personas con buenas relaciones con sus padres, lo que la llevó a reflexionar sobre lo que hizo para que su padre no estuviera presente para ella y cuestiona si él tiene la razón en su manera de actuar. Al mismo tiempo, la consultante resalta que el padre de la consultante tuvo comportamientos

violentos con su madre, lo que determinó en la ruptura de la relación entre progenitores, a lo que después el padre aseguraba que la consultante siendo un bebé estaba “secuestrada por su madre”. Al respecto de su relación con su padre, expresó que le gustaría preguntarle: "¿Por qué ha sido como ha sido?". No obstante, la consultante menciona que su padre siempre la ha querido.

La consultante reconoce que no ha logrado poner límites con su mamá desde el diagnóstico erróneo y siente frustración al respecto. Durante el cierre, se enfatiza lo fundamental de seguir trabajando en estos aspectos para ayudar a la consultante a desarrollar habilidades para establecer límites y mejorar su relación con la comida y consigo misma que antes no aparecía. Del mismo modo, la relación con su madre es un tema importante para esta mujer, ya que reflexiona sobre cómo la ha afectado la sobreprotección de su progenitora durante su desarrollo, específicamente, como se ha mencionado posterior al diagnóstico erróneo de diabetes que fue uno de los motivos que no permitió tener una opinión propia ni establecer límites con su progenitora, pues esta la sobreprotege.

Durante la sesión, la consultante reconoce que su motivo de consulta ha cambiado, y ahora tiene interés en hacerse cargo y manejar la presión. Siente miedo de que su carrera finalice y su vida cambie después de esto, lo que la hace sentir vulnerable. Además, la consultante expresa malestar por un evento en el que expresó sus sentimientos hacia un chico que no siente lo mismo por ella. Esto la lleva a asociarlo con un evento de abuso sexual y pensar que pasó debido a cómo es ella.

Finalmente, la consultante menciona en su última sesión que dedica un día entero para maquillarse y se siente bien haciéndolo. También destaca la importancia de hacer espacio para los amigos en la familia, aunque le parecería incómodo en la casa de sus abuelos. Se le informa sobre el próximo cierre de su proceso en el CAPsi, y aunque entiende, expresa que siente que el tema del abuso sexual no fue profundizado. Al preguntarle qué quisiera

hablar al respecto, afirma que hay muchas cosas que no puede hacer debido a eso. Posteriormente, se introduce el cierre del proceso terapéutico y se le pregunta sobre su consideración y responde que el proceso le ha servido mucho y que a lo largo del mismo pudo “minimizar” lo que le impedía avanzar. Añade también que, dudaba si quería ser atendida con un hombre, pero manifiesta haberse sentido cómoda y, que “muchas perspectivas han cambiado, la persona que se va es diferente a la que llegó”. Finalmente, se reconoce de nuevo los temas que se trabajaron a lo largo del proceso: la posición subjetiva, la resignificación de la historia de vida, límites, deseos, nombramiento de miedos, elaboración de recursos entre otros.

## **7. Análisis del caso**

En esta sección se analizarán los elementos del caso relativos a los objetivos propuestos en este documento, en los que se rescatará información del caso y cómo se relaciona entre sí. Es posible observar que la consultante presenta diversos conflictos emocionales y psicológicos relacionados con su desarrollo personal, como ha sido con su vínculo madre e hija, que ha tenido a largo de su historia reiteradas situaciones de sobreprotección posteriores al presunto secuestro que alegaba su padre biológico además de la repetición de diagnósticos imprecisos respecto su salud, su vida y síntomas. Por su parte, el rastro de la experiencia traumática que converge en consecuencias psicosociales por el abuso sexual por una persona a la que se otorgaba autoridad y contribuyó también a su manera a los diagnósticos erróneos.

Volviendo sobre la experiencia traumática del abuso sexual, esta ha dejado una profunda huella en la mente de la consultante, que ha generado pensamientos autocríticos, sentimientos de culpa, frustración y tristeza, así mismo dificultades en su relación con la comida desde que tuvo el diagnóstico por diabetes que conllevó cambiar su dieta sin motivo

y, dicho cambio también promovido por su madre quien cuidaba su alimentación. Por su parte, la consultante también ha interiorizado problemáticas relativas a su imagen corporal y su proceso de desarrollo que ella misma había asumido al pensar su adultez como una situación difícil que podría estar cargada de tensión emocional, de acuerdo a como la consultante se posiciona ante esta realidad. Los anteriores rasgos posiblemente son propios de su desarrollo subjetivo que del mismo modo pueden deberse a la violencia sexual y los efectos postraumáticos que han sido agravados.

La consultante no hace explícito que por ser mujer le sucedió la agresión sexual, sin embargo, después de haber ocurrido su posición subjetiva cambia y se construye una percepción sobre cómo actúa cada género de acuerdo a lo acontecido (Butler, 2001), es decir, una mujer como ella puede ser violentada en otro lugar y en otro momento por un hombre. Además, la consultante narra en relación a con la aprensión manifestada cuando se acercan a ella o hay contacto físico con personas del sexo masculino (Aramburo, 2010) (Castelli, 2021). Por otra parte, hay presencia de temor en la consultante al relacionar el acontecimiento de abuso sexual con sucederle de nuevo y, la preocupación de cómo su cuerpo reaccionario si sucediera. Del mismo modo, la consultante también presenta un conflicto en sus relaciones con hombres, lo que puede estar relacionado con el trauma del abuso sexual por parte de su padrastro. La consultante, a pesar de no nombrar al hombre que cometió la transgresión como un padre, si es cierto que le atribuyó verdad y poder; es prematuro asegurar que ella asocie a este hombre y su comportamiento con una figura paterna que además estaba ausente hasta durante la intervención en el CAPsi que puede elaborar y reflexionar sobre su vínculo con su padre biológico.

Volviendo sobre el trauma, las experiencias traumáticas han tenido implicaciones evidentes en su percepción y expectativas en las relaciones interpersonales (Freud, 1919) (Sandoval, 2022) sin embargo, es cierto que el trauma desde el psicoanálisis no es un hecho concreto

y homogéneo para cada sujeto debido a que es como la vivencia y las representaciones subjetivas que convergen en la responsabilidad del sujeto sobre lo que le sucede (Arciniegas, 2012). Por lo que para esta persona este evento tiene particularidades puntuales, emocionales y relacionales que, como se ha mencionado, marcan una interrupción y plantea un desafío de resolución sobre algo inesperado (Arciniegas, 2012, citado en Castro & Munévar, 2018). No obstante, la consultante no debe entonces volver al “origen” como si se tratara de una compulsión de repetición, pues no es un trabajo psíquico simple la elaboración del trauma, pues es un real no simbolizado sobre lo acontecido y aunque quisiera hablar y volver sobre este solo encontraría un agujero, un vacío que existe en la posibilidad de expresarlo, representarlo y decir todo sobre el trauma (Lacan, 2012, citado en Castro & Munévar, 2018)

Por otro lado, desde el psicoanálisis podría entenderse la repercusión de los problemas psicosociales como los ataques de pánico y la dificultad de asumir un rol de adultez como posiblemente una manifestación simbólica de conflicto interno posterior al abuso sexual como un factor que interrumpió el voluntario y continuo desarrollo de las etapas humanas que puede estar en sintonía con el planteamiento de Freud (1908) en el que un evento de esta gravedad puede interrumpir el desarrollo de las etapas como la sexual (Dallos et al, 2008). Sin embargo, en un inicio de la intervención el motivo de consulta estaba hilado a las angustias y ataques de pánico que se pueden interpretar en malestar y síntomas psíquicos que fueron desencadenados por la violencia sexual provocando repercusiones en la vida anímica (Freud, 1919).

Entonces, de acuerdo a la expresión simbólica de emociones reprimidas, culpa, rabia, ansiedad y tristeza, que en este caso converge con la dificultad para establecer límites y expresar sus opiniones, especialmente con su madre, figura que también contiene un aspecto relevante desde el punto de vista psicoanalítico es con relación al vínculo de la

consultante y su progenitora. Esta relación puede haberse configurado de tal manera que se haya generado un sentimiento de traición y se haya visto comprometida su capacidad para establecer relaciones saludables con otras personas en su vida adulta (Pizarro, 20217) (Sandoval, 2022). No obstante, la relación de la consultante y su madre en el inicio de la intervención es narrada como ausente de límites entre lo que piensa la madre y lo que piensa o quiere la consultante, lo que dificulta la capacidad de expresar sus propios deseos y opiniones. Empero, finalizando la intervención, el vínculo de la consultante fue cambiando a que ella precisamente se ubicará en la posición de hija con total distinción a la de su madre.

En el proceso de atención del CAPsi, la terapia se consideraría como un espacio seguro para que la consultante explore y procese sus experiencias pasadas y actuales, y para trabajar en la elaboración de los traumas y conflictos internos que afectan su bienestar emocional y su capacidad para relacionarse con los demás. Se reconoce a la consultante sus logros y recursos personales para enfrentar los desafíos que se presentan en su vida cotidiana. En resumen, desde la perspectiva psicoanalítica, se analiza la influencia de la experiencia pasada en la vida emocional y relacional de la consultante, buscando entender cómo estas experiencias han cambiado su identidad, su comportamiento, al mismo tiempo trabajando en el procesamiento y elaboración de los conflictos familiares y personales que incluyen el trauma como el elemento que si bien es consecuencia del acto trasgresor es responsabilidad del sujeto posteriormente tomar distancia de este evento parcialmente simbolizado para promover su bienestar emocional, su proyecto de vida y una mayor capacidad para integrarse de manera saludable con los demás.

## **8. Conclusiones**

Entre los significados que se podrían presentar está la violación de su espacio o integridad y lo que correspondería a los límites entre un sujeto y otro; la culpa y vergüenza, que corresponde a como la consultante se refiere como llevarlo para toda la vida, un evento que le dejó una marca, un acontecimiento traumático. Esta experiencia ha dejado una profunda huella en su percepción de las relaciones y su manera de interactuar con los hombres. También las experiencias de abuso sexual tienen la capacidad de desfigurar los recursos subjetivos (Fernández, 2013) (Bleichmar, 2018) (Sandoval, 2022), dejando a la persona sin manera de nombrar lo sucedido, lo que aumenta la dificultad de tener relaciones íntimas, establecer lazos de confianza y seguridad, inclusive, así como Castelli (2021) caracteriza que acarrea problemas de autoestima y la provoca una percepción negativa de sentimientos de inadecuación, desvalorización, sesgos y prejuicios (Aramburo, 2010).

Sin embargo, entre los efectos significativos y beneficiosos para la consultante, se destaca la validación y comprensión sobre sus sentimientos y experiencia sin ser juzgada; el desarrollo de recursos de afrontamientos que durante la terapia se hicieron presentes y con las que la mujer pueda enfrentar el estrés y las dificultades emocionales de manera constructiva y comprensiva (Pizarro, 2017) (Sandoval, 2022). Así mismo, el procesamiento del trauma que durante las sesiones se fueron orientando de manera respetuosa y prudente, de tal manera que no se estará abordando directamente el suceso, como resalta Bleichmar (2008) sino tomando distancia de este suceso. Esto para no recaer en la victimización secundaria por medio del nombramiento, descripción o narración del hecho que seguramente no contribuye en la reinserción social ni en las salidas de su malestar, pues es un acontecimiento que al decirlo puede que no se pueda decir del todo y que, a pesar de no disponer en la intervención de hablar sobre el suceso la consultante pudo aprender a manejar sus respuestas emocionales, pues se trataba de devolverle la

responsabilidad subjetiva además de las invenciones y formas de sobrellevar la salida del malestar.

Lo anterior estaría conforme a los principios propuestos por el abordaje del Consultorio de Atención Psicosocial de la Universidad ICESI (CAPsi) que consistía en la reconstrucción del agenciamiento subjetivo, evidenciando el trabajo y los efectos que en las palabras y en los actos de la consultante se manifiestan sus demandas y que como se ha remarcado en Castro (2020) pasa necesariamente por la subjetividad en donde el psicólogo que interviene debe estar atento del poder que tienen estos elementos y desde que posición se enuncian. Además, el fortalecimiento de separar el vacío del trauma de la cadena significativa para la consultante comenzará a pensar y pensarse fuera del agujero que implicaba el abuso sexual y relacionarla entonces a sus gustos, proyectos y vínculo social de manera armonizada.

## 9. Referencias Bibliográficas

1. Abiodun Sekinat, B. O., & Olaigbe, T. A. (2020). Sociological factors influencing child sexual abuse among female adolescents in Ibadan Metropolis. *IFE Psychologia: An International Journal*, 28(2), 79-90.
2. Aramburo, N. U. (2010). Nuevas perspectivas sobre violencia intrafamiliar. Un enfoque psicoanalítico. *Affectio Societatis*, 7(13), 9.
3. Arciniegas, L., & Restrepo-Espinosa, M. H. (2012). Sujeto, trauma y síntoma. *Salud mental y desplazamiento forzado*, 39-52.
4. Arrom, C., del Pilar Fresco, M., Ramírez, A. A., Suhurt, C. M. A., Arrom, M. A., Capurro, M. H., & Ortega, P. (2018). Población que consulta a un servicio de salud mental y presenta antecedentes de abuso sexual. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, (7, PP 150-151).
5. Azcona, M. (2019). Discusiones sobre la naturaleza de la investigación en psicoanálisis. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8.
6. Baglione, F. G. (2019). "Mirá cómo nos ponemos": Las denuncias de abuso y acoso sexual. Aportes desde el psicoanálisis con perspectiva de género. In XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia

- Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
7. Bleichmar, S. (2008). *Violencia social-violencia escolar* (Vol. 11).
  8. Bleichmar, S. (1999). La identidad sexual: entre la sexualidad, el sexo, el género. *Revista Argentina de psicoterapia para graduados*, 25, 29-43.
  9. Bravo, O. (2018). Análisis de los criterios y formas de derivación en salud mental en la atención primaria. En O. Bravo. Una década del programa de psicología en la universidad icesi trayectorias y enfoques plurales (pp. 41–57). Editorial Universidad Icesi (2018).
  10. Burin, M. (2012). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina.
  11. Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción* (Vol. 68). Universitat de València.
  12. Carazo, P. C. M. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.
  13. Castro, X., & MUNÉVAR-ROJAS, M. A. R. G. A. R. I. T. A. (2018). Escuchando a las víctimas del conflicto armado colombiano: la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial. *CS*, (25), 81-109
  14. Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010). Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.
  15. Dallos Arenales, M. I., Pinzón-Amado, A., Barrera González, C. A., Mujica Rojas, J. A., Meneses Silva, Y. R. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 56-65.
  16. de la Pava Ossa, A. (2006). Qué es una mujer... para el psicoanálisis: desde la sexualidad femenina en Freud, hasta la posición femenina en Lacan. *Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis*, (6), 170-189.
  17. Fernández, A. M. (1996). De eso no se escucha: el género en psicoanálisis. In *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 140-175).
  18. Freud, S. (1908). Sobre las teorías sexuales infantiles. *Obras completas*, 9, 189.
  19. Freud, S. (1919). Pegan a un niño. *Obras completas*, 17, 173-200.
  20. Fridman, I. (2018). Poner en palabras lo traumático: Mujeres sobrevivientes de abuso sexual.
  21. Galindo, I. M. M., García, J. J. B., Téllez, N. E. G., & Roa, H. O. A. (2015). Caracterización de la demanda de servicios de salud mental en una aseguradora en salud en Colombia, 2012. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*, 7(2), 63-80.
  22. Giberti, E. (2005). Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. In *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes* (pp. 281-281).
  23. Giberti, E., & Fernández, A. M. (1992). La mujer y la violencia invisible. In *La mujer y la violencia invisible* (pp. 227-227).

24. Gil-Iñiguez, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 75-80.
25. Gómez, M. C. F., & Bobadilla, A. A. G. (2015). Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá DC durante el año 2011. *Teoría y praxis investigativa*, 8(1), 74-91.
26. Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28.
27. Gutiérrez-Peláez, M. (2013). *Vigencia de la concepción psicoanalítica del trauma*. Universidad Nacional de Colombia
28. Goodkind, S., Ng, I., & Sarri, R. C. (2006). The impact of sexual abuse in the lives of young women involved or at risk of involvement with the juvenile justice system. *Violence against women*, 12(5), 456-477.
29. Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2013). Evaluation of the therapeutic process in cases of sexual abuse. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 201-210.
30. Hernández, G. C., Torres, S. R., & Cifuentes, M. S. (2017). Caracterización de los casos de abuso sexual valorados en los servicios de urgencias y consulta externa de una institución hospitalaria de primer nivel en el Departamento del Cauca, 2007-2015. *Universidad y Salud*, 19(2), 226-236.
31. Hlavka, H. R. (2014). Normalizing sexual violence: Young women account for harassment and abuse. *Gender & Society*, 28(3), 337-358.
32. Hermosa, M. D. L., & Polo Usaola, C. (2018). Sexualidad, violencia sexual y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 349-356.
33. Huertas, D. M., Munevar, M. M. (2020) Mujeres, entre la violencia y la palabra. En X. Castro-Sardi. Caso por caso: clínica y lazo social (pp. 106-117) Editorial Universidad Icesi (2020).
34. Laplanche, J., Pontalis, J. B., & Lagache, D. (1998). Diccionario de psicoanálisis. In *Diccionario de psicoanálisis* (pp. 535-p).
35. Laverde-Rubio, E. (2008). Metodología de la investigación: psicoterapia analítica y psicoanálisis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 117-127.
36. López-Castilla, C. J. (2022). Psicoterapia de personas adultas que han sufrido abuso sexual en la infancia. *Escritos de Psicología (Internet)*, 15(1), 40-49.
37. M. Gutierrez, Reena R. Thakkar, Carly Kuczen, P. (2000). Exploration of the relationship between physical and/or sexual abuse, attitudes about life and death, and suicidal ideation in young women. *Death studies*, 24(8), 675-688.
38. Martínez Vásquez, E. T. (2007). *Aplicación de un programa cognitivo conductual en adolescentes víctimas de abuso sexual* (Doctoral dissertation, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado).
39. Marucco, N. C. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Revista de psicoanálisis*, 63(1), 9-19.
40. Mejía, G., García, E., Sánchez, C., Quiñones, E., & Velásquez, N. (2018). Neuropsicología y neurobiología de la violencia de género

41. Pérez, P. C. (2019). Afectación neuropsicológica en mujeres maltratadas. *Suicidio. La condena de los peones del narcotráfico Maria Pastor Bardisa. Revista de Criminología, Psicología y Ley. Vol. 1 N° 1 Febrero 2019. pp. 5-31, 75.*
42. Pizarro, J. (2017). Feminismos, perspectiva de género y psicoanálisis. *Revista GénEros, 2(20), 35-63.*
43. Pizarro, J. E. B. (2020). Género y psicoanálisis. *Revista Caminos, Saberes, Identidades, 1.*
44. Ramos-Lira, L. (2014). ¿ Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental, 37(4), 275-281.*
45. Rathi, P., & Thapli, S. (2020). Is Rape and Sexual Abuse Confined to Women in the Society?. *Supremo Amicus, 20, 453.*
46. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265.*
47. Roberto, K. A., & Teaster, P. B. (2005). Sexual abuse of vulnerable young and old women: A comparative analysis of circumstances and outcomes. *Violence Against Women, 11(4), 473-504.*
48. Rudas, M. M., Valencia, S. B., Crissien, T. J., García, I. P., & De Oliver, J. S. P. (2018). Sentencia judicial, delito sexual y pericial psicológica: enfoque transcultural. *Universitas Psychologica, 17(2).*
49. Sánchez Gómez, O. A. (2010). ¿ Será que a las mujeres nos matan porque nos aman? Femicidios en Colombia 2002-2009. *Casa de la Mujer, Funsarep, Ruta Pacífica, Vamos Mujer. Bogotá.*
50. Sánchez Domínguez, J. P. (2016). Estudio de caso: una manera de investigar en psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 14(1), 7-22.*
51. Sandoval, P. R. G. (2022). Psicoanálisis con perspectiva de género. *Violencia en el noviazgo y el embarazo en adolescentes de escuelas secundarias técnicas. Ciudad Juárez, Chihuahua, México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.*
52. Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 29(1), 29-37.*
53. Serrano Amaya, J. F. (2002). ¿ Qué es" lo otro" de los" otros cuerpos, otras sexualidades"?. *Desde el Jardín de Freud-Revista de Psicoanálisis.*
54. Tkach, C. (2009). El concepto de trauma de Freud a Winnicott: un recorrido hasta la actualidad. *trabajo inédito presentado en las XII Jornada de Actualización en Clínica y Psicopatología Infante Juvenil.*
55. Vallejo Samudio, Á. R., & Córdoba Arévalo, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología (PUCP), 30(1), 19-46.*
56. Zamora-Rondón, D. C., Suárez-Acevedo, D., & Bernal-Acevedo, O. (2020). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Revista de Salud Pública, 21, 175-180.*