

**LAS DEFENSAS FRENTE A LA ANGUSTIA EN UN CASO DE ABUSO SEXUAL  
INFANTIL**

**Autora:**

**Esp. Claudia María Cárdenas Caballero**

**Director:**

**Dr. Jorge Iván Galindo Madero**

**Universidad del Norte**

**Maestría en Psicología (Modalidad Clínica)**

**Profundización Psicodinámica**

**Barranquilla, Colombia**

**2018**

### **Resumen**

Esta investigación consiste en describir las defensas frente a la angustia que presenta una paciente que vivenció Abuso Sexual Infantil. Comprende la síntesis de un Caso Clínico de dos años de tratamiento en curso, en una muestra de 5 sesiones de diferentes etapas del proceso psicoterapéutico; donde se tienen en cuenta dos variables de trabajo que son el Trauma Psíquico por abuso sexual infantil y los Mecanismos de Defensa. Se realiza intervención con Psicoterapia Breve analíticamente orientada. Uno de los principales resultados obtenidos con la Psicoterapia (alcance), es que la paciente pudo resignificar a través de la palabra, es decir darle una mirada distinta a lo ocurrido y elaborar lo traumático. A partir de lo anterior, quedó en evidencia que los mecanismos de defensa frente a la angustia que utiliza la paciente son: represión, negación, inhibición, intelectualización, racionalización, sublimación, propio de sujetos neuróticos.

Palabras Claves: Trauma Psíquico, Abuso Sexual Infantil, Mecanismos de Defensa, Psicoterapia Breve.

### **Abstract**

This research consists in describing the defenses against the anguish that a patient who experiences Sexual Childhood Abuse presents. It includes the synthesis of a clinical case of two years of ongoing treatment, in a sample of 5 sessions of different stages of the psychotherapeutic process, where two work variables are considered, which are the Psychic Trauma due to child sexual abuse and the Defense Mechanisms. Intervention is carried out with Brief Psychotherapy analytically oriented. One of the main results obtained with Psychotherapy (scope), is that the patient was able to resignify through the word, that is, to give a different look at what happened and to elaborate the traumatic. From the foregoing, it was evident that the defense mechanisms against the anguish that the patient uses are: repression, negation, inhibition, intellectualization, rationalization, sublimation, typical of neurotic subjects.

Key Words: Psychic Trauma, Child Sexual Abuse, Defense Mechanisms, Brief Psychotherapy.

## **Agradecimientos**

Agradezco:

A Dios, por el don de la vida y permitirme alcanzar este nuevo peldaño.

A cada uno de mis apreciados docentes de la Maestría de la Universidad del Norte, especialmente a la Dra. Ana Rita Russo De Vivo, al Dr. Jorge Iván Madero Galindo y Dra. Daisy Anguila, por impartir sus conocimientos y experiencias; y resaltar la labor de la asistente de coordinación Ingris Burgón, por su impecable eficacia y eficiencia en la logística de todas las actividades académicas desarrolladas.

A entidades financieras y personas naturales, que hicieron con su aporte económico, posible este gran sueño.

A mis pacientes, por confiar sus problemas a mi experiencia; principalmente a C.F.M. por viabilizar mi labor como terapeuta y permitir que otros tengan conocimiento de ello.

A mi familia, por su amor, comprensión, sacrificio y acompañamiento. Especialmente a mis hijas Daniela y Camila.

A mis amigos y amigas, por su apoyo incondicional en todo momento: Liseth, las Laura, las Mary, Janer, David, Jesús, Sandy, Elías, William, Dayana, Johana, Brian, María Elena, y por supuesto a mi amiga, colega, compañera de clases, Isa.

Siempre estarán en mi corazón,

Claudia.

## **Dedicatoria**

Este trabajo es producto y muestra de un recorrido realizado con gran esfuerzo, amor, sacrificio, que dedico principalmente a mi familia y de ella, mis hijas y mis padres, porque al tomar la decisión de realizar esta importante Maestría, fueron testigos directos del giro que dio mi vida hacia un crecimiento personal trascendente, el cual se había detenido por ciertas circunstancias colocadas en el transitar de la vida.

La Maestría en Psicología Profundización Clínica de la Universidad del Norte, no sólo me permitió afianzar mis conocimientos en Psicoanálisis y continuar ejercitando la Psicoterapia, sino que, por la misma dinámica de los actos pedagógicos, me recordó quién soy y para dónde voy; y esto gracias a mis dos queridos y admirados maestros Ana Rita Russo De Vivo y Jorge Iván Madero Galindo; a quienes también dedico este logro.

Resalto que en este recorrido gané no sólo compañeros, sino amigos, de los cuales quiero mencionar en esta dedicatoria a cuatro de ellos: Isabel Ospino, Janer Oñate, David Arrieta y Jesús Morales... personas muy aportantes a mi vida.

Dedico también este producto a mi amiga Sandra Rodríguez, quien con todo su andamiaje personal, profesional y espiritual contribuyó a que le diera feliz término a este ciclo de mi vida.

Finalmente, dedico este triunfo a Dios... sin Él no somos nada.

**TABLA DE CONTENIDO**

Introducción	Pág. 6
Justificación	Pág. 9
Pregunta Problema	Pág. 11
Objetivos	Pág. 12
Historia Clínica del Paciente	Pág. 13
Genograma	Pág. 17
Conceptualización Diagnóstica	Pág. 18
Descripción detallada de las sesiones	Pág. 23
Marco conceptual de referencia	Pág. 34
Metodología	Pág. 39
Análisis del caso	Pág. 40
Conclusiones y discusión	Pág. 43
Referencias	Pág. 46
Anexos	Pág. 47

## **Introducción**

Sigmund Freud en 1932 escribe: “El ser humano no es un ser manso, amable, a lo sumo capaz de defenderse si lo atacan, sino que es lícito atribuir a su dotación pulsional una buena cuota de agresividad. En consecuencia, el prójimo no es solamente un posible auxiliar y objeto sexual, sino la tentación para satisfacer en él la agresión, explotar su fuerza de trabajo sin resarcirlo, usarlo sexualmente sin su consentimiento, desposeerlo de su patrimonio, humillarlo, infringirle dolores, martirizarlo y asesinarlo”. Según él “La cultura sólo podría edificarse sobre la renuncia de lo pulsional, precisamente, en la no satisfacción, mediante sofocación, represión, de poderosas pulsiones.

Los actos violentos emergen desde la misma instauración de los grupos sociales; data desde los tiempos antiguos como una manera de socialización o enfrentamiento.

La agresividad es innata en cada ser humano, y su manera de manifestarse, es decir la violencia, está asociada a cada historia de vida, y de ella se resaltan las marcas lingüísticas, corporales...dejando huellas en menor o mayor intensidad en los seres humanos; y en algunos casos, traumas psicológicos; lo cual generalmente tiene mayores consecuencias, en tanto más temprano ocurren los actos.

Las vivencias de la infancia, sean éstas de carácter considerado normal o patológico, son de gran importancia para el desarrollo de la personalidad, principalmente las que acontecen en el área sexual.

El valor de la sexualidad en la infancia, radica en que se considera como una de las explicaciones de las Neurosis u otras características que se van instaurando hasta la edad adulta, pues según Sigmund Freud “...el nódulo de las Neurosis se encuentra en la sexualidad infantil...” y también afirma que “...los niños son polimórficamente perversos...” argumentando esto en *Tres*

*ensayos sobre una teoría sexual* (1905), en donde explica que observando el comportamiento de los niños, encontró una serie de prácticas que parecían inofensivas, pero que eran realmente formas de actividad sexual (chuparse el dedo y el placer concomitante era un primer ejemplo). Si esto Freud lo descubrió en tanto un desarrollo psicosexual considerado normal, y de por sí es impactante, más aún, si durante esta etapa evolutiva ocurren interferencias relacionadas con actos abusivos que desvían el recorrido natural de la libido, y que traen consecuencias patológicas, a partir de trauma psíquico, en donde frente a un acto impactante o desbordante para el yo, no se produce la descarga emocional indicada y se coloca una defensa.

En el trauma psíquico hay vivencias que conllevan afectos penosos, de horror, vergüenza, sensibilidad, estos influyen y dependen de la sensibilidad de la persona que lo vivencia; el recuerdo del trauma es como un *cuerpo extraño*, que aún después de mucho tiempo se lo debe considerar como eficacia presente.

Con lo anterior, las interferencias en el Desarrollo Evolutivo, principalmente Trauma por abuso sexual infantil, fueron descubiertas en el proceso de psicoterapia a la paciente C.F.M. de 17 años de edad, quien ingresa de emergencia por el área de psiquiatría al Centro Terapéutico donde laboro, y diagnosticada por el psiquiatra de turno con una F32.1 Episodio Depresivo Moderado, y posteriormente, remitida para el área de Psicología en la consulta externa, para tratamiento psicoterapéutico cada 8 días, con valoración mensual por Psiquiatría (consulta externa).

A partir del trauma psicológico a los 4 años, a la paciente se le instauró una neurosis con características fóbicas y en cuanto a su estado anímico, el hilo conductor ha sido distimia; y en su posición de vulnerabilidad, víctima de bullying escolar y también ha presentado Episodios Depresivos entre Leves y Moderados, desarrolla su personalidad con características fóbicas (histeria de angustia); de igual manera tiene sentimientos de culpa constante, pues el abuso

sexual fue por parte de una prima que le lleva 6 años, lo que la hacía “sentir cómplice” de lo que sucedía, sumado al hecho de que ésta la amedrentaba, y es mujer también (fantasma homosexual) lo que incrementaba su angustia, miedo. Y evidencia mecanismos de defensa muy arraigados como represión, intelectualización, y algunas ideas de autoeliminación con características de tipo obsesivo y flash backs relacionados con el abuso.



### **Justificación**

La importancia de la presente investigación, más allá de ser un requisito administrativo; está relacionada con el hallazgo del sentido, causas, consecuencias e interpretaciones de distintos actos de los sujetos que hacen parte del Caso Clínico.

Lo anterior, con base en que se tienen unos conocimientos, profesión y experiencia para lograrlo y con la profundización adquirida en el desarrollo de los estudios en la Maestría de la cual se desprende la presentación del Caso.

También es importante porque puede permitir el descubrimiento de algunos aspectos encubiertos en los temas específicos a tratar como son el Trauma Psicológico por abuso sexual infantil y los mecanismos de defensa que se instauran.

Se podrían actualizar algunos conocimientos que son antiguos y comprobar hipótesis existentes frente al tema.

Me permite desarrollar experiencia como autora del Caso Clínico en el campo de la investigación, en el área de la Psicología Clínica en el componente Psicoterapéutico con orientación Psicoanalítica lo cual puede reflejarse en aportes para la sociedad.

El caso a presentar es importante porque pretende mostrar los efectos terapéuticos y aplicación de varios postulados de la teoría psicoanalítica freudiana, y aportes de seguidores como Winnicott, Klein, Ana Freud, como los aspectos inconscientes que se colocan en juego en la construcción de la psicodinamia de un sujeto relacionados con su desarrollo psicosexual normal e incluyendo las consecuencias de las interferencias como el abuso sexual infantil y la consecuencia de un trauma psicológico, caracterizado por angustia de castración que la inhiben sexualmente y en cuanto a la Psicología Clínica graficará con sus diagnósticos temáticas consideradas y clasificadas dentro de

psicopatologías y/o trastornos, como la Depresión en tanto Distimia y Episodios Depresivos; Fobia Social, consecuencia de un trauma psicológico a partir de un Abuso Sexual infantil.

En cuanto a la Psicoterapia es un caso clínico importante porque se mostrará que la paciente pudo resignificar, siendo que hubo inicialmente en los 6 primeros meses del proceso superación de síntomas, enfrentamiento de crisis (8 días en ámbito intrahospitalario), elaboración de traumas, continuidad en su Proyecto de Vida, principalmente sus estudios de Medicina, sostenida en transferencia positiva con la psicoterapeuta, y movilizándose con las intervenciones realizadas como interrogantes, señalamientos, interpretaciones, indicaciones, entre otros, y demostrando mucha capacidad de insight.

**Pregunta Problema**

¿Qué defensas frente a la angustia se presentan en una paciente que vivenció abuso sexual infantil?

## **Objetivos**

### *Objetivo General*

Describir las defensas frente a la angustia que presenta una paciente que vivenció abuso sexual infantil

### *Objetivos Específicos*

- Señalar qué defensas utiliza el paciente frente al conflicto psíquico generado por el abuso sexual infantil.
- Puntualizar qué defensas utiliza el paciente frente a la realidad externa generado por el abuso sexual infantil.
- Describir la psicodinamia de la paciente a partir de las defensas frente a la angustia por abuso sexual infantil.

## **Historia Clínica del Paciente**

### *Identificación*

- Nombre: C.F.M.
- Edad: 18 AÑOS (Al ingreso), Actualmente 21 años.
- Fecha de nacimiento: 25 de junio de 1995
- Estado Civil: Soltera
- Religión: católica
- Fecha de Ingreso: 23 de Julio de 2013
- Fecha de Informe: 30 de agosto de 2017
- Responsable: Esp. Claudia María Cárdenas Caballero
- Director: Dr. Jorge Iván Galindo Madero

### *Motivo de Consulta*

Paciente de 18 años que asiste al Centro Terapéutico “traída” por su mamá a Consulta Prioritaria de Psiquiatría, por primera vez, el 23 de Julio de 2013, por presentar “una crisis emocional”. El especialista de turno evalúa y encuentra Síntomas de Depresión Moderada, la médica con Prozac y le recomienda tratamiento psicoterapéutico cuatro veces al mes, sin dejar de asistir a Psiquiatría 1 vez al mes, cada 30 días.

Motivo de consulta en palabras de la paciente: “Yo no me siento capaz de estudiar Medicina, todo me da miedo, ansiedad, la gente, compañeros, profesores, y me dan muchas ganas de llorar, no puedo”.

*Descripción sintomática*

La paciente se encuentra conciente, coherente, lógica, buen juicio y raciocinio, conducta motora e inteligencia conservadas; triste, con llanto fácil, ansiedad, anhedonia, angustia, hipobulia, inapetencia alimenticia, insomnio, conducta sexual inhibida.

*Historia personal y de la enfermedad*

La paciente nació por parto normal en la ciudad de Barranquilla, al parecer su desarrollo en general se dio dentro de los parámetros considerados normales hasta la edad de 4 años, cuando ocurrió una interferencia, sin que sus padres “sospecharan”; empezó a ser víctima de abuso sexual por parte de una prima materna de 10 años de edad. Ingresó a la primaria con “con muchos miedos, inseguridades, inhibiciones”, y fue víctima de matoneo cuando estaba en 5° de primaria, en donde “varias compañeritas se colocaban de acuerdo para burlarse de ella, inclusive de su peinado”. Aunque “sufría mucho, nunca dejó de ser buena estudiante, y nunca colocaba queja sobre esto, prefería aguantárselo, por evitar sentirse mal porque no le creyeran”, Continuó sus estudios de Bachillerato, en donde se repite lo del matoneo en 6° y en 7°, y nuevamente “ella se queda callada” por evitar que “no le crean y ella quede mal, o que se formara un problema más grave porque ella hablara”; “cuando ya no pudo más, se lo dijo a su mamá, quien la cambió de Colegio, en donde la paciente se sintió protegida, y creyó por un tiempo que había superado “esos recuerdos”. Tiene habilidades artísticas y en este Colegio había logrado desplegarlas, aunque “estuviera con mucho miedo, y de manera frecuente no confiara en sí misma”; es decir por temporadas la paciente al parecer “se deprime”. Lo que fue evidente cuando se impactó al ingreso a la universidad (primer semestre de Medicina) y que presentó una crisis que fue considerada como un Episodio Depresivo moderado, y por lo cual requirió medicación y psicoterapia.

*Historia Familiar*

La paciente procede de una familia de clase media –alta de la ciudad de Barranquilla, la cual se encuentra conformada por sus padres quienes están casados por la Iglesia Católica hace 37 años, sus tres hermanos mayores de los cuales, el primero y el tercero son hombres y la segunda es mujer, y ella (paciente) que ocupa el 4ª y último lugar en orden descendente entre sus hermanos.

C. F. M. procede de una familia con padres profesionales, trabajadores y con un Proyecto de vida que apunta a la unión, valores morales, prosperidad. Proveedores y sobreprotectores.

Padre: E. F. R. Tiene 61 años, es licenciado en Biología y Química, y se desempeña como docente en una Institución educativa de la ciudad de Barranquilla. La paciente lo describe como un hombre “con un carácter muy fuerte, el cual le ha generado miedo desde que estaba pequeña”.

Madre: S. M. CH. Tiene 60 años, es Educadora Especial, y trabaja en un Centro para niños considerados especiales. La paciente afirma que “ella tiene un carácter débil, sumisa con mi papá; tenemos cercanía, pero no una confianza profunda como para contarle mis cosas muy íntimas”.

Hermano mayor (primero): E. F. M. Tiene 35 años, es Ingeniero Electrónico, está casado con una mujer de 34 años, que es Ingeniera Electrónica también; tienen dos hijos un niño de 5 años y una niña de 3 años. La paciente describe “tener una relación muy bonita con su hermano, puesto que él es muy cálido, da buenos consejos, es muy comprensivo”.

Hermana mayor (segunda): M.F.M. Tiene 32 años, es Ingeniera de Sistemas, padece de hipoacusia bilateral de nacimiento, usa audífonos permanentes y trabaja como intérprete en una Institución para sordos. Acerca de ella, la paciente comenta que “son bastante cercanas afectivamente, pero su hermana quizás por la diferencia de edades, es muy libre, sale de la casa va a viajes, regresa y es muy relajada; hace lo que le parece, pero es dependiente todavía económicamente de los padres de ellas”.

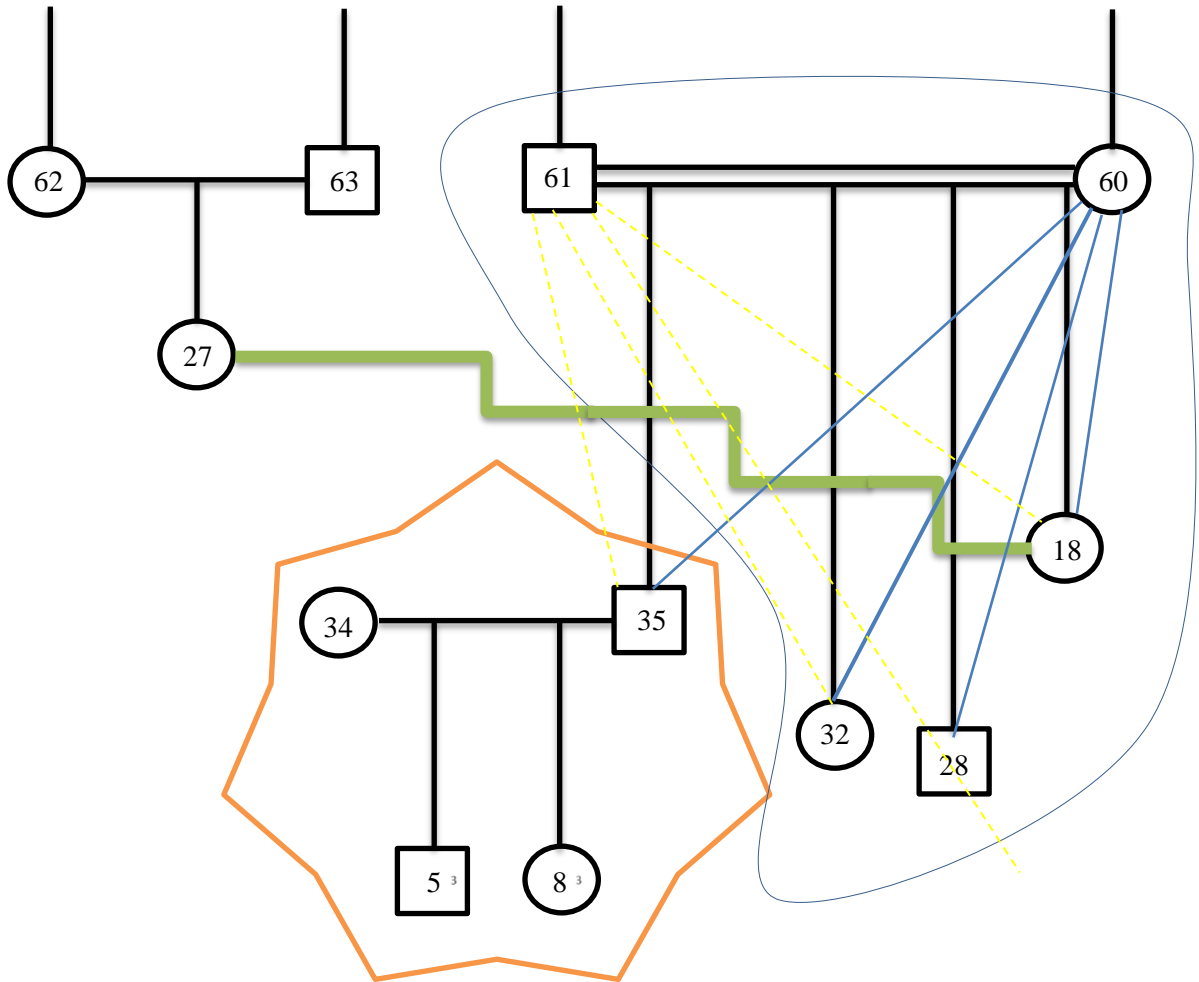
Hermano mayor (tercero): M. F. M. Tiene 28 años, estudió Ingeniería Mecánica hasta VII semestre, no terminó, y estudió tecnología en Mecánica Eléctrica y sí se graduó. Padece de alcoholismo con

síntomas en remisión en la actualidad, estuvo hospitalizado una semana en el Centro Terapéutico en mención. La paciente “no se la lleva muy bien con él, porque es muy grosero, a veces agresivo”.

Antecedentes Familiares Significativos: La paciente C.F.M. por línea materna tiene dos tíos, dos tías, un primo (hijo de uno de estos tíos), y una prima (hija de una de estas tías) que han padecido de episodios depresivos. Esta prima materna aunado al episodio depresivo ha presentado una crisis cuyos síntomas corresponden a una Histeria de Conversión, también fue atendida en el Centro Terapéutico.



### Genograma



### **Conceptualización diagnóstica**

Paciente ha presentado de manera episódica, depresiones con características moderadas y en cuanto a una de las funciones mentales más importantes: el afecto, su personalidad tiene un hilo como conductor a la Distimia.

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades en su 10ma versión, el trastorno distímico consiste en:

#### 13.2- F34.1 Trastorno Distímico (300.4)

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

**6. Sentimientos de desesperanza**

**C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (CIE-10, 2000, p, 105-106)

Y con respecto a Episodio Depresivo Moderado, la misma versión del CIE considera que:

13.3.- F32.1 Episodio Depresivo Moderado: Cumple con los criterios a saber

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su

vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

a) La disminución de la atención y concentración. b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad. c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves). d) Una perspectiva sombría del futuro. e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. f) Los trastornos del sueño. g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras,

pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve F32.0: Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. (CIE-10, 2000, p. 98-99)

Otro aspecto importante es que se le instauró una neurosis, pues ha podido introyectar las normas y se regula por ellas, pero las características de su Neurosis por acción del trauma psicológico, apuntan a una Fobia (ha quedado fijada en la angustia de castración), y principalmente para interactuar con sus pares o no, es decir Fobia Social.

Al respecto el CIE-10 conceptualiza que:

#### 13.4.- F40.1 Fobias sociales

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

#### Pautas para el diagnóstico

a) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. c) La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible. Subyacente a la Depresión y a la Fobia, se encuentra una situación de Abuso Sexual. (CIE-10, 2000, p. 111- 112).

### **Descripción detallada de las sesiones**

#### *Sesión número 1 (24 de Julio de 2013)*

La paciente es acompañada por su mamá, quien refiere: “Mi hija se ha sentido muy mal, llora con facilidad, se angustia por todo, dice que no sirve para nada, no quiere comer y no quiere regresar a la universidad en donde recién ingresó a cursar primer semestre de medicina”. A la paciente se le pregunta si desea hablar conmigo (psicoterapeuta), y si lo desea hacer delante de su mamá, pues por las características del Centro Terapéutico, muchos pacientes son llevados y/o acompañados; la paciente acepta dialogar, pero “que su mamá la espere afuera. Manifiesta entonces que “yo siento miedo de no poder con mi carrera de Medicina que acabo de empezar, de no pasar de primer semestre”.

Psicoterapeuta: ¿Ha ocurrido algo recientemente que te haya ocasionado este miedo?

Paciente: “No lo tengo claro, pero entré con mucho entusiasmo y a lo largo de los días me fue dando miedo todo: la gente, los profesores, el entorno, y el temor de no poder con esta carrera”.

Psicoterapeuta: ¿Cómo elegiste estudiar Medicina?

Paciente: “Siempre me gustó, e inclusive me presenté en otra Universidad, en Bogotá y no pasé, quedé en un buen lugar, pero el puntaje no me alcanzó para pasar, y también me presenté aquí en Barranquilla y sí quedé”.

Psicoterapeuta: ¿Con quién vives?

Paciente: “Yo vivo con mis padres, mis dos hermanos mayores, la segunda y el tercero, el mayor de todos está casado y vive en Bogotá.

Psicoterapeuta: ¿Podrías hablarme más de ellos en cuanto a edad, a qué se dedican y como es tu relación con ellos y entre ellos?

Paciente: (Aquí la paciente realiza la descripción que se encuentra en la historia y antecedentes familiares); se le pregunta posterior a esto: ¿el carácter de tu papá lo ha llevado a maltratar?

Paciente: “Ni física, ni verbalmente, pero sí psicológicamente...creo que a todos”.

Psicoterapeuta: ¿Y a ti cómo?

Paciente: “Me da miedo hablar con él, a veces”.

Psicoterapeuta: ¿Tienes amigas, amigos, novio?

Paciente: “Pocas amigas, no tengo amigos, ni novio (hace cara de desagrado).

Psicoterapeuta: ¿Puedes hablarme de la época de Colegio?

Paciente: (Llora mucho) ... “en la primaria cuando estaba en 4º y 5º de primaria fui víctima de bullying, por ser fea”

Psicoterapeuta: ¿Por ser fea?

Paciente: “Sí, eso me decían, porque mi cabello era rizado y mi mamá me hacía dos moños, uno de cada lado, y se burlaban de mí”.

Psicoterapeuta: ¿Quiénes?

Paciente: “Como 4 niñas, y otras se molestaban conmigo porque yo siempre fui buena estudiante”.

Psicoterapeuta: ¿Y en el bachillerato?

Paciente: “Me pasó igual con un grupito de compañeras, no sólo por mi peinado, sino también por ser buena estudiante...yo no encajaba. A mi mamá le dije, cuando ya se había terminado 7º que me cambiara de Colegio; cuando le dije el por qué, se puso triste y me dijo que tenía que haberle dicho antes, pero a mí me dio miedo”

Psicoterapeuta: ¿Por qué?

Paciente: “No se”

Psicoterapeuta: ¿Te cambiaron de colegio?

Paciente: Si

Psicoterapeuta: ¿Cómo te fue en este Colegio?



Pacientes: (Sonríe)... y dice: “el colegio también era de monjas...pero aquí me ayudaron... tanto, que inclusive participé en la orquesta, y aunque tenía miedo al público, me sentía bien cantando y bailando, me fue muy bien académicamente e ingresé a la Universidad”.

Psicoterapeuta: ¿Y en la Universidad alguien te ha hecho lo mismo?

Paciente: “No, pero tengo miedo...sobre todo porque vi a dos de las peladas que se metían conmigo, y las vi tan seguras de sí mismas...y me asusté mucho”.

Psicoterapeuta: ¿Esto se relaciona con las causas por las cuales llegaste de emergencia?

Paciente: “Creo que sí”.

Se realiza Devolución inicial de la siguiente manera:

“CFM, has tenido una historia de miedos: a tu papá, falta de confianza en tu mamá, asociada con el miedo, a un grupito de compañeras de primaria, a un grupito de compañeras de bachillerato y el temor de que esto se repita en la Universidad; y es muy importante el camino de ayuda terapéutica que acabas de tomar, con el apoyo de tu familia, y que poco a poco en el transcurso de la psicoterapia, se podrán ir descubriendo las causas subyacentes de esos miedos, para ir las resolviendo, minimizando el dolor, y/o curando”.

Encuadre:

“Te propongo que este puede ser un Foco de trabajo terapéutico inicial: causa de los miedos y cómo se han ido entrelazando; que es importante que tengas en cuenta que el enfoque de trabajo es psicoanalítico, lo cual significa que se cree en la existencia del inconsciente y sus manifestaciones, es decir de aquello que sin darnos cuenta, direcciona nuestros actos como por ejemplo: si pensar, sin saber, sin querer, hice esto...y se le da importancia a situaciones de la vida cotidiana como chistes, lapsus al hablar o al escribir, es decir por ejemplo vas decir o a escribir un nombre, y dices otro. También se tienen en cuenta sueños, síntomas, entre otros, relacionados con el foco terapéutico, a través de asociaciones dirigidas a ese Foco, en este caso los miedos y

sus causas”.

“ Agotado o resuelto un foco, podemos pasar a otro; pero en medio de esto, si te ocurre algo emergente, que necesite ser trabajado, se hace, y después retomamos el foco terapéutico pendiente, de igual forma si esto emergente está relacionado de alguna manera con el foco terapéutico en cuestión, se realizan las asociaciones respectivas; todo va dependiendo de cómo puedas ir reconociendo aspectos inconscientes a partir de varios tipos de intervenciones de mi parte, que te propicien este reconocimiento. ¿Tienes preguntas con respecto a la técnica de Trabajo?

La paciente afirma: “no me aprendí el nombre de los conceptos, pero sí comprendí lo que significa, me parece interesante y me agrada...sé que lo del inconsciente tiene que ver con teorías de Freud, alguna vez leí sobre esto”

Psicoterapeuta: “ Es un trabajo de compromiso mutuo en el cual también debe existir un horario, y te propongo que las sesiones sean cada 8 días, pero, por la misma dinámica del objetivo del Centro Terapéutico, muy seguramente no necesariamente van a corresponder con el mismo día a la semana, lo cual significa que trabajaríamos una vez cada semana, que tengas en cuenta mi disposición horaria y te coloques en acuerdo con la asistente administrativa del servicio quien es la persona que agenda (encuadre Institucional). ¿Estás de acuerdo?

Paciente: “Sí, estoy de acuerdo”.

Psicoterapeuta: Entonces te espero en la próxima semana.

Al salir del consultorio, la madre de la paciente pregunta en voz alta “¿cómo se encuentra?...

Psicoterapeuta: Al parecer más tranquila, y dirijo mi mirada hacia la paciente, la cual nos mira, y asiente con la cabeza, se le agrega... “la espero la próxima semana”.

Es de anotar que por el tipo de pacientes que se atienden en el Centro terapéutico, los acompañamientos familiares son de gran importancia, aun cuando el paciente tenga mayoría de edad.

Durante esta primera entrevista psicológica se realiza una Hipótesis Psicodinámica Inicial de una Fobia de Tipo Social, identificando que la paciente en tanto fóbica (histeria de angustia), tiene una estructura neurótica, lo que es coincidente con el diagnóstico emitido por Psiquiatría, en cuanto a que presenta un Episodio Depresivo de tipo Moderado sin síntomas psicóticos. Esta hipótesis toma fuerza con la segunda sesión.

*Sesión número 2 (1° de agosto de 2013)*

Paciente: “Buenas tardes Doctora”.

Psicoterapeuta: Buenas tardes CFM ¿cómo has estado?

Paciente: “Me siento un poco mejor, tanto por el medicamento como por lo trabajado en la sesión anterior”.

Psicoterapeuta: ¿Qué deseas decir hoy acerca de los miedos?

Paciente: “Que las cosas que me pasaron me causaron mucho daño, y que muchas veces me paralizan”.

Psicoterapeuta: ¿Me podrías dar un ejemplo?

Paciente: “Lo que ocurre es que en varios momentos de mi vida, estoy bien, y de pronto me siento con miedo, muy insegura frente a una situación, me parализo, y me deprimó, por ejemplo en lo académico muchas veces sé la respuesta de un concepto, y por miedo, inseguridad, no lo digo, temo que se burlen porque esa no sea la respuesta, y me da rabia cuando confirmo que efectivamente, esa era la respuesta, y no la dije”.

Psicoterapeuta: ¿Qué otro ejemplo puedes comentar?

Paciente: “Bueno, cuando estaba en la orquesta del Colegio, hubo momentos en el que me iba a retirar, porque temía que lo estuviera haciendo mal y se burlaran de mí...”

Psicoterapeuta: En la sesión anterior me dijiste que fuiste víctima de bullying ¿podrías ser más descriptiva?

Paciente: “Cuando estaba en 6º y 7º de Bachillerato había un grupito en mi salón, que estaban unidas para meterse conmigo para hacerme maldades porque yo era buena estudiante y yo no ponía quejas porque me daba miedo que no me creyeran y quedara mal, y tampoco me atrevía”.

Psicoterapeuta: ¿Antes de esto, te ocurrió algo en donde no hablaras porque te diera miedo que no te creyeran o porque no te atrevieras?

Paciente: “Sí, cuando fui víctima de bullying en la primaria” Psicoterapeuta: ¿Cuántos años tenías?

Paciente: “10 años aproximadamente”.

Psicoterapeuta: ¿Y, antes de los 10 años hubo algún suceso, que puedas recordar, en donde tuvieras miedo y no te atrevieras a hablar porque pensabas que no te iban a creer?

Paciente: Se queda en silencio...posteriormente llora (mucho)...y dice con voz entre cortada: “sí”

Psicoterapeuta: ¿Deseas hablar de eso?

Paciente: -respira fuerte - “se trata de una prima, ella hacía unos juegos conmigo, que no me gustaban, y yo me quedaba callada por temor, porque ella me decía que yo no podía decir nada, porque me iban a castigar a mí porque ella iba a decir que eso era mentira, y a mí no me iban a creer, sino a ella”.

Psicoterapeuta: ¿Qué clase de juegos?

Paciente: “Ella jugaba con mi cuerpo, me tocaba, me besaba, y hacía movimientos encima de mí, como si ella fuera el hombre”-la paciente llora- “y esto lo recuerdo todos los días, me da asco, no me deja tranquila”.

Psicoterapeuta: ¿Cuántos años tenías tú? Paciente: “Como 4 ó 5 años”

Psicoterapeuta: ¿Y ella?

Paciente: “como 9 o 10 años”.

Psicoterapeuta: ¿Cómo empezó a ocurrir?

Paciente: “Un día de vacaciones de mitad de año, ella estaba en mi casa, estábamos en mi cuarto jugando, no recuerdo a qué, y de pronto ella cerró la puerta de mi cuarto y me dijo que me iba a enseñar un juego, y me hizo eso”.

Psicoterapeuta: ¿Por cuánto tiempo sucedió esta situación?

Paciente: “Como por 7 años, cada vez que ella venía de vacaciones, a veces venía a mitad de año, y otras veces al final, y mientras estaba en la casa sucedía casi todos los días”.

Psicoterapeuta: ¿Cómo dejó de suceder?

Paciente: “Cuando ella no vino más de vacaciones”.

Psicoterapeuta: ¿Tiene alguna relación este suceso con el bullying?

Paciente: “Sí” Psicoterapeuta: ¿Cuál?

Paciente: “Sentir miedo, paralizarme, quedarme callada, estar insegura”.

Psicoterapeuta: Por hoy termina la sesión.

Es importante tener en cuenta que la paciente ha continuado en psicoterapia hasta el presente, es decir han transcurrido dos años ininterrumpidos, excepto al principio de este año, 2015, que se ausentó por dos meses marzo y abril.

En todo este tiempo ha demostrado gran capacidad de insight, ha continuado con su carrera de Medicina, tiene un grupo de amistades, tiene un novio formal, ha retomado actividades artísticas, todo esto, con actitudes contra-fóbicas, pues “aunque le de miedo”, enfrenta la fobia, decidiendo además contarle a su familia, lo que le sucedió, presentando ocasionalmente ánimo bajo, pero ya con la herramienta de enfocar la causa y superarla, continúa medicada.

Cuando se ausentó por dos meses, por sentir mejoría, tuvo una recaída muy fuerte, requiriendo hospitalización por primera vez, durante 8 días, esta recaída fue debido a que existía la posibilidad de que su prima viniera de visita. Posterior a la hospitalización retoma las sesiones, y en una de

ellas cabe resaltar que expresa algo que no me había dicho relacionado con su prima, y es el hecho de que cuando “ya ella tenía entre 9 y 11 años, lo que le hacía su prima le gustaba, y esto la hace sentir culpa”, de igual forma “la hace sentirse culpable el hecho de que cuando ella tenía 12 años intentó hacer lo mismo con un primito de 4 años, al cual le dijo: te voy a enseñar un juego, y cuando lo cargó, se quedaron viendo a los ojos, y ella no soportó su mirada tan inocente, y esto la frenó” y comenta también que “cuando tenía 13 años le propuso lo mismo a un primito de 11 años, y se besaron, y se tocaron, con la ropa puesta y a su primo le gustó, pero ella siempre se ha sentido culpable por esto”.

*Sesión número 3 (22 de junio de 2015):*

La paciente continúa estable en cuanto a la mayoría de sus funciones mentales, excepto el afecto: ánimo bajo. Afirma: “debido a mi estado anímico por primera vez estoy a punto de perder una materia, porque, aunque tenía buenas notas en los exámenes finales que la conforman, me fue mal porque me bloqueé, aun así, dialogué con una profesora y me falta dialogar con otra, para que me tengan en cuenta mi rendimiento académico, y seguramente las décimas que me faltan, me las pueden conceder”.

Psicoterapeuta: Denotas avances nuevamente en cuanto a la Fobia Social.

Paciente: “Sí así me siento...también quiero comentarle que descubrí que definitivamente yo estuve en desventaja con respecto a mi prima, porque vi varias fotos antiguas donde estamos juntas, y mi prima era súper grande y yo muy chiquitica y delgadita (denota insight emocional).

Psicoterapeuta: ¿Y eso que puede significar?

Paciente: “Que yo le tenía miedo”.

Psicoterapeuta: Dejemos aquí por hoy.

*Las Defensas frente a la Angustia en un caso de Abuso Sexual Infantil*

*Sesión numero 4 (28 de enero de 2016):*

Paciente: “Me he sentido estable en este mes reciente, pero en esta semana se me han reactivado los temores”.

Psicoterapeuta: ¿Por qué crees que ha ocurrido eso?

Paciente: “He tenido miedos a enfrentar nuevas situaciones, principalmente en el ámbito de formación profesional... y bueno porque recientemente terminé mi relación con mi novio”.

Psicoterapeuta: ¿Qué pasó?

Paciente: (Llora) “...Doctora usted sabe todo lo que me ha costado superar muchas cosas... cuando no me dejaba ni tocar un hombro por nadie...ni hombre ni mujer, por la sensación de asco...y cuando tuve mi primer novio, todas las dificultades en las relaciones íntimas, que no sentía nada y todo me fastidiaba...y después que superé todo esto, en mi nueva relación todo fue mejor, pero ya últimamente sentí monotonía...como si ya no lo quisiera”.

Psicoterapeuta: Últimamente, ¿hace cuánto tiempo? Paciente: “Hace como 1 mes”

Psicoterapeuta: ¿Por qué tomaste la decisión de terminar una relación que lleva más de un año bien, por un mes de monotonía?

Paciente: “No sé...nosotros hacemos todo juntos, la misma carrera universitaria, los gustos, nos va bien en la intimidad, nos va bien en todo”.

Psicoterapeuta: ¿No puedes estar bien, crees que no lo mereces?

Paciente: (Silencio) “...sí es eso...creo que fui impulsiva...tal vez nos deberíamos dar un tiempo, pero no terminar”.

Psicoterapeuta: Dejemos aquí por hoy.

*Sesión numero 5 (24 de octubre de 2016)*

La paciente se encuentra conciente, coherente, lógica, orientada, ansiosa (leve), buen ánimo.

Afirma que: “he tenido mucha ayuda espiritual lo que me ha permitido fortalecerme y quizás dejar de asistir a las sesiones, pero reconozco que la parte psicológica es importante, y la necesito” por eso vuelve. Comenta que “ha tenido muchos avances, pues le ha ido muy bien en la Universidad, pero le preocupan algunos bajones en su estado anímico y un tema del que no había hablado casi”.

Psicoterapeuta: ¿A qué te refieres?

Paciente: (Llora) “... He tenido con mucha frecuencia, ideas de muerte y a veces suicidas...”

Psicoterapeuta: ¿Podrías darme un ejemplo?

Paciente: “Pienso en que me estoy cortando, aunque no sé si lo haría; pero siempre o casi siempre tengo esas ideas ahí, en el pensamiento y me molestan”.

Psicoterapeuta: ¿Qué es lo que deseas cortar?

Paciente: (Silencio) “...lo que me ocurrió con mi prima... realmente no hubiera querido que me hubiera pasado... esto me hace recordar algo... cuando yo tenía 12 años, yo sí lo hice, cortaditas en la muñeca... como curiosidad, porque me preguntaba qué sentían las personas que lo hacían, y sabe... me parecía placentero y raro hacerlo y sentir esto... dolor y placer al tiempo”.

Psicoterapeuta: ¿Cuándo y cómo dejaste de hacerlo?

Paciente: “No recuerdo... creo que cuando ya no vi más a mi prima... pero creo que cuando lo dejé de hacer aparecieron los pensamientos”.

Psicoterapeuta: Y sentir dolor y placer al tiempo ¿ya pasó?

Paciente: “Sabe que no... hay dolores agradables” Psicoterapeuta: ¿Cómo es esto?

Paciente: “Por ejemplo en una relación sexual de pareja puede haber sensaciones que produzcan las dos cosas; en una amistad, puede haber sentimientos amor y odio al tiempo, donde el amor produce placer y el odio produce dolor y pueden estar mezclados”.

Psicoterapeuta: ¿Y no puede haber un solo tipo de sensación y un solo tipo de sentimiento al tiempo?



Paciente: “No lo sé...tendría que pensar...”.

Psicoterapeuta: Con respecto a las ideas de muerte ¿Podrías hablarme de ellas ahora?

Paciente: “Sí... es que desde pequeña he sentido muchas veces ganas de no seguir viviendo, como si no tuviera sentido vivir...pero todo relacionado con lo que me pasó con mi prima...es como si lo ocurrido me hubiera robado la paz y la alegría que a veces experimento, y que seguramente un día tuve”.

Psicoterapeuta: Estas características han estado a partir del hecho traumático, pero ¿ha ocurrido algo que puedas asociar con las ideas de muerte recientes?

Paciente: “Sí...un hermano de mi prima está bajado en mi casa porque va ingresar a la Universidad y me siento súper incómoda”.

Psicoterapeuta: ¿Hablaste con tus padres al respecto? ¿Expresaste lo que estás sintiendo?

Paciente: “No...no sé si es pena o miedo”

Psicoterapeuta: ¿Prefieres pensar en morir en vez de hablar de lo mal que te sientes? Pareciera que esto se relaciona con placer y dolor, u odio y amor al tiempo...

Paciente: (Silencio) “...Sé que es mejor hablar...y sí lo voy a hacer.

Psicoterapeuta: Dejamos aquí por hoy

Se le propone acerca de una sesión de acompañamiento familiar (padres de familia) para la próxima sesión...teniendo en cuenta que su discurso ha sido de mucho acting, muerte, y si bien son ideas obsesivas (defensas), es necesario prevenir un pasaje al acto... y principalmente no descuidando que la paciente tiene al tiempo un tratamiento psiquiátrico.

### **Marco conceptual de referencia**

Teniendo en cuenta que este trabajo se centrará en la puesta en escena del recorrido psicoterapéutico con orientación psicoanalítica (5 sesiones como ejemplo, de 2 años consecutivos de atención psicológica) de un caso clínico, cuya temática de abordaje engrana principalmente aspectos relacionados con Defensas, Angustia y Trauma Psicológico por abuso sexual infantil, será necesario describir los siguientes conceptos: historia de angustia, trauma psicológico, feminidad, duelo y elaboración del trauma, que sirvan de apoyo para interpretar la psicodinamia de la paciente y comprender cómo se pudieron realizar las intervenciones clínicas pertinentes para que pasara de la inhibición a la resignificación.

#### ***Defensas***

Las defensas hay que entenderlas como mecanismos, que en gran manera son inconscientes, y que protegen al yo de diversas experiencias que son desagradables; de aquí que el yo del sujeto utilice mecanismos de defensa, que le permiten disminuir o desviar de alguna manera la angustia que le producen los recuerdos de las experiencias consideradas traumáticas (Freud 1936), y que por tanto se afirma entonces que el sujeto empieza a construir estas defensas desde muy temprana edad y que por esta razón en una psicoterapia con orientación psicoanalítica se hace necesario escuchar la historia del sujeto en tiempo retrospectivo, para hallar el origen de su neurosis. Al respecto Ana Freud (1936) comenta que las “fobias, neurosis obsesivas, histerias y rasgos de carácter neurótico”. (p.59) la mayoría de las veces, tienen su origen en la sexualidad infantil. Se hablaría entonces, de una neurosis infantil o una neurosis que se instaura desde la infancia, por experiencias relacionadas con interferencias en el desarrollo evolutivo, o con el mismo desarrollo psicosexual dentro de parámetros considerados normales, por ejemplo experimentar angustia de castración.

#### ***Angustia***

Un sujeto puede experimentar descargas afectivas placenteras o displacenteras, y un ejemplo de estas últimas, según el psicoanálisis, es la angustia, que tiene su origen en la sexualidad infantil.

Freud afirma en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1925/1926) que:

Los estados afectivos se hallan incorporados a la vida anímica como precipitados de sucesos traumáticos primitivos y son revividos como símbolos mnémicos, en situaciones análogas a dichos antiquísimos sucesos (...) el acto del nacimiento en el hombre y en los animales superiores, como primera experiencia angustiosa individual, parece haber prestado a la expresión del afecto de angustia rasgos característicos. (p.6)

Siendo el yo el escenario de la angustia, separa éste la carga preconsciente de la representación instintiva que ha de reprimir y la utiliza para producirla (Freud, 1925/1926), principalmente en las neurosis.

### ***Histeria de Angustia***

La Histeria de Angustia (Laplanche y Pontalis, 1987) es un tipo de neurosis cuyo síntoma principal es la fobia, y que existen semejanzas y diferencias con la histeria de conversión; y de estas últimas se resalta, que en la primera se hace una sustitución del objeto que produce la angustia, y en la otra una liberación de la angustia.

Es importante resaltar que en la histeria de angustia, hay una anticipación o actitud de prevención porque se percibe al objeto como peligroso.

En la Histeria de Angustia, la generación de síntomas se ligan cada vez más a la fobia, (Stekel, 1908) ya que el aparato psíquico hace un esfuerzo en retomar la angustia liberada, producida por el objeto original, colocándola en nuevos objetos, que sustituyan al primero.

Un sujeto que denota presentar una histeria de angustia, o cuyo síntoma principal es una fobia, evidencia que existe inconscientemente una pulsión hostil aunada a un trauma psicológico.

### ***Trauma psicológico***

Con el interjuego de las instancias psíquicas Consciente, Inconsciente y Preconsciente (Freud, 1894) se construye la psicodinamia de un sujeto, y que si existen interferencias en el desarrollo evolutivo ocurre un trauma psicológico.

Otros autores que retoman la conceptualización de Trauma Psicológico, son, Laplanche y Pontalis (1987) quienes afirmaron:

Llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético. El aflujo de excitaciones es excesivo en relación a la tolerancia del aparato psíquico, tanto si se trata de un único acontecimiento muy violento (emoción intensa) como de una acumulación de excitaciones (...) falla ante todo el principio de constancia, al ser incapaz el aparato de descargar la excitación. (p.448)

Principalmente si revisamos la etiología de las neurosis, y de ésta la sexualidad femenina.

### ***Feminidad***

En la mayoría de los casos, en las mujeres se evidencia, que los recuerdos o pensamientos traumáticos están asociados a experiencias sexuales tempranas (vividas directa o indirectamente, o un despertar al respecto) y que existen evocaciones puntuales de las defensas utilizadas para contrarrestar las ideas angustiantes (Freud, 1894); desde percibir por ejemplo la escena primaria, hasta haber sido incluso víctimas de abuso sexual.

El desarrollo psicosexual femenino deviene complejizado, pues, aunque para la niña igual que para el niño, el primer objeto de amor es la madre, ésta debe renunciar a ella (la madre) en la etapa edípica por el complejo de castración, pero posteriormente

regresa a ella para identificarse como mujer y reemplazar el deseo fálico por el deseo de ser madre (Freud, 1931), haciendo un giro hacia el padre.

¿Cómo hace entonces este giro la niña, es decir, pasar del complejo o fantasma masculino a una posición femenina propiamente dicha?

Al respecto, Freud (1931) afirma que “la fase pre-edípica de la mujer adquiere una importancia (...) puesto que en este periodo caben todas las fijaciones y represiones a las cuales atribuimos la génesis de las neurosis; parecería necesario retractar la universalidad del postulado según el cual el complejo de Edipo sería el núcleo de las neurosis” (p.519) Ya que la niña desde esta fase cree advertir la primacía del pene, experimenta frustración, vivencia complejo de castración, que la hace entrar a la etapa fálica y cuando finaliza el complejo de Edipo, experimentaría el devenir de su feminidad, de ser mujer.

Algunas niñas han quedado fijadas en la etapa fálica, en el complejo de masculinidad, sin hacer el tránsito adecuado a la posición femenina, por algún tipo de interferencias que les han generado pérdidas y como consecuencia un duelo.

### ***Duelo***

La niña durante el complejo de Edipo experimenta ambivalencia, principalmente hacia la madre, por la que incluso puede llegar a sentir deseos de muerte, los cuales les generan sentimientos de culpa. Y con esta culpa primitiva, realiza el recorrido del resto de etapas de su desarrollo psicosexual, en donde puede experimentar algunos acontecimientos que le produzcan movilizaciones y aún más, pérdidas emocionales.

En *Duelo y Melancolía*, Freud (1917) afirma que:

El duelo es (...) la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal (...) Cosa muy digna de notarse, además, de

que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida (...) confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aún dañino perturbarlo.

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo”.(p. 242)

En la actualidad, la melancolía se encuentra equiparada con los trastornos depresivos, que generalmente enmascaran duelos no elaborados de pérdidas traumáticas de origen sexual infantil.

### ***Elaboración del trauma***

En el intento inconsciente de elaborar una vivencia traumática, un sujeto por sí solo puede tomar el camino de repetir lo experimentado de manera compulsiva.

En Recordar, repetir, reelaborar, Freud (1914) afirma que el paciente “repite todo cuanto desde las fuentes de ser reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto, sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además durante el tratamiento, repite todos sus síntomas” (p.153), con la persona del terapeuta o el acto de ser atendido en psicoterapia, por el proceso transferencial y contratransferencial.

En la medida que el paciente habla, asocia, expresa, recuerda las experiencias dolorosas, en un proceso de psicoterapia, va dándole una mirada distinta a lo sucedido, lo que le permite avanzar como sujeto, resignificar.

## **Metodología**

*Tipo de investigación:* Cualitativa

*Paradigma:* Histórico Hermenéutico

*Nivel de investigación:* Descriptiva

*Instrumentos para recopilar la información:* Entrevista Clínica

*Variables:* El Caso Clínico de C. F.M. tiene dos Variables Cualitativas principales:

Una relacionada con las causas de su psicodinamia:

- Trauma psíquico por abuso sexual infantil

Y otra con las características en la construcción de su psicodinamia:

- Mecanismo de defensas

### **Análisis del caso**

C.F.M. nace en un núcleo familiar caracterizado por un padre castrante y una madre sumisa, quien convivió de cerca con las crisis depresivas de 4 hermanos, y quien “no ha podido generar confianza en su hija” para diálogos profundos, pero sí propició en ella por identificación, una tendencia a la sumisión representado en el silencio...con el silencio la paciente escondió un dolor profundo, que no ha elaborado, producto de una pérdida temprana, de una dualidad que entrampa, puesto que se sabe y no se sabe al mismo tiempo, se es curioso, no se es responsable, se siente culpa: la pérdida del cuerpo de niña por un abuso sexual, en el cual por tener 4 años de edad y estar atravesando el Complejo de Edipo, alcanzó a sentir placer por lo ocurrido, por tanto por las prohibiciones necesarias y fundantes, se siente culpa. Con este duelo culposo, C.F. M. crecía y realizaba compulsivamente este acto (intentando no recordarlo), atrapada en un silencio cómplice, porque además recibía amenazas verbales de quien la abusaba, y que conocía su posición de temor frente a los demás, por pertenecer a la misma dinámica familiar ya que era su prima paterna.

Inconscientemente C.F.M. cumplía con su fantasía Edípica, pues siendo su prima sobrina de su papá y refiriendo que ésta “realizaba movimientos masculinos”, era como sentir que le otorgaran el falo que la completara, pero la herencia fue la inhibición, la culpa, por una fantasía o fantasma homosexual, temor a ser castigada, reprochada a “hacer las cosas mal...a ser mala, pero siguió repitiendo hasta que “su prima la dejó quieta”, “se fue, no vino más”, ella experimentó tristeza, había un nuevo duelo por la pérdida de su objeto de goce, el cual , ya en los dos últimos años, era “ella quien lo buscaba...”

Con el nuevo duelo por su abandono, intentó tomar un nuevo objeto, un primito de 4 años (como cuando ella tenía 4 años y fue abusada por primera vez), pero “su mirada de inocencia, la frenó”.



La compulsión a la repetición continúa y esta vez su objeto de goce es un par, “ lo que para ella fue “un abuso sexual de su parte hacia su primo parte a este primo” ; terminó siendo reconocido como una exploración normal para la edad de ambos. Ya para esta época era fóbica (histeria de angustia), e inconscientemente, buscaba ser castigada “por lo mal que se comportaba,” y no encajaba, se burlaban de ella, y de igual forma se quedaba callada, nuevamente la Fobia Social que se exagera por el bullying, que de igual forma le permite sostener la posición de vulnerable. Cuando entra en una primera crisis, y pierde la sintonía con el malestar de ser burlada porque la angustia de quedarse sola pudo más...rompe el silencio... y le cuenta a su mamá “parte de su problema” y pasa de una Institución de “monjas, madres” castrantes a otra Institución de monjas, madres fundantes, que le permite amortiguar el trauma, pero se moviliza cuando ingresa a la Universidad al encontrarse con varias de las compañeras quienes “se burlaban de ella en el bachillerato” a quienes “ve seguras de sí mismas, y movilizándose en su inseguridad, lo que colocaba en juego su femineidad por el trauma no elaborado”... entra en una crisis, no tanto de un ¿quién soy? sino de un ¿qué soy? Retornando lo reprimido...es como si nuevamente se preguntara ¿Qué soy para otra mujer? ¿Qué soy si otra mujer se satisface conmigo sexualmente? ¿Qué soy si ella es más poderosa que yo, y le tengo miedo? Por eso se asustó y paralizó cuando vio a las ex -compañeras en la universidad, “ya no es una, son varias mujeres que me hacen daño y me dan miedo”...en la primaria, en el bachillerato, en la Universidad... pareciera que su objeto fóbigeno se le hubiera multiplicado y fuera omnipresente, pero todo debido a un trauma psíquico que no había sido elaborado y que llevó a su yo a colapsar...estalló de manera depresiva “ya no puedo más “, “prefiero morir” “intenté cortar, pero no funcionó”... “voy a hablar, aunque sea un poco...”

De lo poco que verbaliza aunado al resto del discurso se empieza a desentramar el trauma psíquico no elaborado, comienzan a flexibilizarse sus defensas (represión, desplazamiento,

negación, sublimación, inhibición, intelectualización, fantasía) y coloca en palabra su secreto dañino y angustiante, cae el fantasma homosexual que tanto la asusta, el horror del abuso, la mezcla de placer-displacer, la palabra no dicha es un bálsamo para sus síntomas y direcciona la resignificación que le permitió irse colocando en posición femenina, enfrentar la sociedad, y continuar sus estudios de medicina que tal vez como acto sublimatorio le permitirá a otros ser curados.

## **Conclusiones y discusión**

Las defensas frente a la angustia que presenta un paciente, por lo menos uno (una), C.F.M. al vivenciar abuso sexual infantil son:

### *Frente al Conflicto Psíquico*

Represión, negación, inhibición, intelectualización, sublimación, fantasía, desplazamiento.

Es claro que si a un sujeto lo abusan sexualmente va a tener unas consecuencias que apuntan en mayor o menor medida a la formación de síntomas, y con más arraigo cuando ocurre en la infancia, como es el caso de C.F.M.

Aparece un Trauma psicológico por un evento desbordante, que la paciente no comprende bien, no le puede colocar palabra, y la que fue utilizada en su momento no era coherente con la situación “juego”.

En este juego C.F.M. veía a su prima como alguien con “movimientos masculinos”, “grande”, alguien con poder que le iba a hacer daño, inconscientemente la percibía como un hombre, como un adulto, al cual ella le tenía miedo; como un padre, como su padre.

Y es que por la etapa evolutiva del desarrollo psicosexual que atravesaba la paciente cuando esto ocurrió (fálica), hubo de manera inconsciente un cumplimiento del incesto, y como consecuencia el horror y su gran concomitante: la angustia (que actúa como defensa).

C.F.M. se sentía culpable por la mezcla entre placer y prohibición. Lo que la prima le sostenía, al amenazarla de decir que todo era mentira, para ella quedar bien con los tíos y la paciente fuera “castigada”.

### *Frente a la Realidad Externa*

La construcción o instauración de una Histeria de Angustia o Fobia, de carácter social principalmente; con lo cual sostenía el síntoma de pasividad e inhibición; porque por la posición de temerosa y débil, fue víctima de bullying de manera compulsiva. En la época que fue víctima

de Bullying Escolar estaba en 6 y 7 grado y fue muy difícil para ella porque, aunque era muy buena estudiante, tenía pocas amigas: “todo era blanco de burlas”, su cabello, su contextura, en otras palabras, lo que podía distinguir su femineidad, y sostenía su trauma psicológico, pues su femineidad era la afectada. ¿Qué sustituía siendo víctima de bullying? ¿Por qué era objeto de burla? ¿Será que había en ella una tendencia sintomática a estar en posición de víctima frente a una figura femenina, o varias figuras femeninas? Sí...había miedo en C.F.M., miedo hacia otras mujeres con “poder” sobre ella, y se quedó callada por 2 años, silencio que re-crea el silencio que ya traía producto del trauma posterior al “castigo”, “incredulidad”, “vergüenza” frente a sus padres; y con sus pares sostenía todo lo anterior.

*De la construcción de su Psicodinamia*

Las marcas lingüísticas y en concomitancia corporales, para C.F.M. dejaron muchas huellas que hasta los 17 años aparentaban ser imborrables, instaurándosele inconsciente y conscientemente, un Fantasma Homosexual, con el cual al parecer era más satisfactorio que la tocara una mujer, aunque esto no volvió a suceder, se expresaba a través de la posición de evitación hacia los hombres, oscilando entre “la bella indiferencia y seducciones mezcladas con mucho miedo” a todo lo que le había producido o vislumbraba producirle placer...desde “cantar o tocar la guitarra y el piano, hasta hacer el amor”...lo que en un momento dado la hizo colapsar produciendo una crisis Depresiva Moderada , con la cual pedía a gritos ser escuchada y/o ayudada...ahora bien, una crisis depresiva afirmaba que había una pérdida.

*¿Qué había perdido C.F.M.?*

Al parecer había una construcción de una cadena de sustitutos de un primer objeto de amor perdido, lo que se fue descubriendo al escucharla en cada sesión y de manera retrospectiva al estilo de las asociaciones libres...tenemos que en la sesión la consulta de emergencia, deprimida, remitida por psiquiatría...en donde expone que para ella ha sido muy fuerte el regreso a la

Universidad, parece ser el cambio, se diría la pérdida del vínculo directo con el Colegio...Institución que fungió como madre protectora, que le ayudó a amortiguar “un poco”, “todo el malestar de la anterior Institución Educativa en donde fue víctima de bullying por parte de 3 ó 4 compañeras, 2 de las cuales se las encontró “de frente” en la Universidad, lo que fue el detonante para su crisis; pues ella no las había visto más, parecía que todo estaba solucionado, pero una vez más reprimió; la necesidad de castigo, que en su inconsciente buscaba y encontraba...ser víctima de bullying, encuentra eco, pues recrea la escena traumática, y hace que se movilice afectivamente, cuando nuevamente en un escenario educativo re-aparecen sus fantasmas, pero esta vez la invadió una angustia insoportable que la llevó inconscientemente al lugar de la pérdida casi de su yo, algo cercano a la muerte, pues el miedo no la dejaba ser.

Aun así, es importante anotar que su psicodinamia se mostraba organizada, porque sus mecanismos de defensas corresponden a una estructura Neurótica, pues, aunque tuvo ideas de muerte, suicidas, y de daño, estaban más relacionadas con ideas obsesivas, que, con un pasaje al acto, y nunca evidenció ningún tipo de alucinaciones ni delirios.

Con este entrampe llega a emergencia “ya no puede más”, busca ayuda y se le brinda la escucha y es evidente que hay palabras no dichas, que hay significantes que han sustituido los significantes originales y han alejado de la conciencia al significado.

Y la labor ha sido en el direccionamiento de la cura; no sólo que pueda asociar los significantes con los significados de manera original, sino que después de esto...pueda darle otro significado: es así como C.F.M en el primer año de sesiones psicoterapéuticas, la paciente percibía a su prima como alguien con poder y en sesiones más recientes, después de muchos insights, asociaciones, intervenciones, enmarcadas en los focos terapéuticos, se puede afirmar que la paciente realizó una resignificación, pasando de la inhibición a la expresión.

## **Referencias**

- Freud, A. (1936) El yo y los mecanismos de defensa. Barcelona, España: Editorial Planeta De Agostini S.A.
- Freud, Sigmund (1894). Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas Vol. III. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Nuevos conceptos sobre la técnica del Psicoanálisis II. Obras completas Vol. XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras completas Vol. XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, Sigmund (1925/1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas Vol. XX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1931). Sobre Sexualidad Femenina. Vol. III. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1932). ¿Por qué la guerra? Obras completas Vol. XXII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1987) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- OMS (2000) Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Stekel, W. (1908) Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Berlin, Alemania: Urban & Schwarzenberg.

**Anexos**

*Cuadro de Análisis de las Entrevistas*

<b>Sesiones</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Fenómeno fundamental</b>	<b>Tipo de Entrevista</b>	<b>Rol</b>	<b>Intervención</b>	<b>Aspectos Teóricos</b>	<b>Indicadores clínicos</b>
SESION NUMERO 1	Realizar hipótesis psicodiagnóstica inicial	Instauración de la transferencia y la contratransferencia	Abierta	Escucha analítica	Interrogantes, explicaciones, contenciones	S. Freud, J. Lacan, M. Klein, A. Freud, D. Winnicot, J. Bowlby, R. Spitz	Tristeza, llanto fácil, ansiedad, anhedonia, angustia, hipobulia, inapetencia alimenticia, insomnio, conducta sexual inhibida
SESION NUMERO 2	Asociaciones dirigidas hacia el foco terapéutico	Transferencia y Contratransferencia positiva, regresión, silencio, asociaciones, expresiones aproximadas a una catarsis, alivio sintomático.	Semiabierta	Escucha analítica	Interrogantes dirigidos al foco terapéutico	S. Freud, J. Lacan, M. Klein, A. Freud, D. Winnicot, J. Bowlby, R. Spitz	Tristeza, ansiedad, angustia.
SESION NUMERO 3	Reanudar psicoterapia posterior a hospitalización psiquiátrica	Transferencia y Contratransferencia positiva, regresión, silencio, asociaciones (demuestra gran capacidad de insight)	Semiabierta	Escucha analítica	Interrogantes, señalamientos.	S. Freud, J. Lacan, M. Klein, A. Freud, D. Winnicot, J. Bowlby, R. Spitz	Distimia, ansiedad, angustia.
SESION NUMERO 4	Punto de urgencia	Transferencia y contratransferencia positiva, buena capacidad de apercepción, silencio.	Semiabierta	Escucha analítica	Interrogantes, señalamientos.	S. Freud, J. Lacan, M. Klein, A. Freud, D. Winnicot, J. Bowlby, R. Spitz	Distimia, ansiedad, angustia, llanto fácil, acting out.
SESION NUMERO 5	Fortalecimiento yoico, prevención de acting out y/o pasaje al acto.	Transferencia y contratransferencia positiva.	Semiabierta	Escucha analítica	Interrogantes, señalamientos, contención.	S. Freud, J. Lacan, M. Klein, A. Freud, D. Winnicot, J. Bowlby, R. Spitz	Distimia, llanto fácil, pensamientos obsesivos de muerte y cutting, ambivalencia.