

Comprensión clínica de caso de abuso sexual e interrupción voluntaria del embarazo en una  
adolescente

Natalia Villegas Escobar

Director del Trabajo de Grado:

Dr. Julián Velásquez Moreno

Trabajo para optar al título de Magister en Psicología

Maestría en Psicología con Profundización Clínica

Universidad del Norte – Barranquilla

Octubre, 2020

## Tabla de contenido

1. Introducción .....	4
2. Justificación .....	6
3. Área problemática .....	12
4. Objetivos .....	20
4.1 General .....	20
4.2 Específicos .....	20
5. Preguntas Orientadoras .....	21
6. Historia clínica del paciente .....	22
6.1 Identificación de la paciente: .....	22
6.2 Motivo de consulta: .....	22
6.3 Descripción sintomática: .....	22
6.4 Historia personal .....	24
6.5 Historia familiar .....	25
6.6 Genograma .....	26
6.7 Proceso de evaluación .....	26
6.8 Conceptualización diagnóstica .....	27
7. Descripción detallada de las sesiones .....	29
7.1 Descripción de la sesión 1: .....	29
7.2 Descripción de la sesión 2: .....	31
7.3 Descripción de la sesión 3: .....	32
7.4 Descripción de la sesión 4: .....	34
7.5 Descripción de la sesión 5: .....	35
7.6 Descripción de la sesión 6: .....	37
7.7 Descripción de la sesión 7: .....	38
7.8 Descripción de la sesión 8: .....	39
7.9 Descripción de la sesión 9: .....	41
8. Marco conceptual de referencia .....	43

8.1 Emocional.....	43
8.2 Situaciones límite.....	53
9. Análisis del caso .....	58
9.1 Gráfico del caso.....	58
9.2 Mapa Categorial.....	59
9.2.1 Categoría: Emocional .....	60
9.2.2 Categoría: Situaciones Límite.....	65
10. Conclusiones .....	69
11. Referencias.....	74
12. Anexos.....	78
12.1 Matriz Categorial.....	78
12.2 Formato de Evaluación Psicológica.....	95
12.3 Consentimiento informado.....	98

## 1. Introducción

El presente es un estudio de caso en el que se abordan aspectos relacionados con el abuso sexual y el aborto inducido, legalmente establecido como Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), posterior a la concepción a partir de un abuso sexual, y sus implicaciones psicológicas en una adolescente de 16 años de edad.

El proceso clínico realizado se soporta en el método fenomenológico-hermenéutico, “debido a que la psicología existencial aplicada a la psicoterapia se vale de un modelo fenomenológico-hermenéutico para aproximarse y comprender al ser humano” (De Castro et al., 2017, p. 15). A través de este modelo se aplicaron instrumentos para abordar la paciente desde su propia experiencia, y en el proceso de interpretación de los resultados, se recurrió a la persona para retroalimentar y revisar en conjunto, lo que se interpretó y lo que realmente ella quiso expresar.

Lo anterior a través de un ciclo hermenéutico, como movimiento en espiral que se da en la interacción constante paciente-terapeuta, con lo cual el paciente ayuda a clarificar lo que el terapeuta entendió. Puesto que “antes que preocuparse por tanto por cualquier interés causal o *por qué*, como por cualquier forma de actuar o *cómo*, debe atenderse a la experiencia específica de cada ser humano en sí o *qué*. Con otras palabras, el enfoque fenomenológico en psicología sustenta que toda técnica psicológica y toda metodología investigativa, debe basarse, desarrollarse y tener sentido a partir de la comprensión de la experiencia concreta de cada ser humano” (De Castro et al., 2017, p. 15).

A su vez, la comprensión del caso se realiza a partir elementos teóricos de la psicología y la psicología humanista existencial. Cabe anotar que en el presente estudio de caso se identificaron dos categorías: emocional y situaciones límite, cada una con sus respectivas subcategorías. Es pertinente tener en cuenta que la adolescente no asistió a consulta voluntariamente, sino que fue remitida desde defensoría de familia a una institución de restablecimiento de derechos después de haber vivenciado las experiencias traumáticas escritas al inicio de este texto, siendo el aborto la experiencia más significativa para ella. Lo anterior implicó en este caso, la no adherencia efectiva al proceso clínico y constante resistencia al mismo, teniendo en cuenta a su vez experiencias negativas en relaciones terapéuticas anteriores.

Para el presente estudio de caso se registraron 9 sesiones (de la 1 a la 9), cabe anotar que fueron 12 en total, sin embargo estas últimas no fueron relevantes puesto que la paciente mostró resistencia hacia el proceso, hubo inasistencia por largos periodos de tiempo, manifestó que no deseaba continuar en el programa de restablecimiento de derechos, nombró un anterior presunto abuso sexual por parte de su hermano y expresó que no deseaba trabajar en ello, se retiró voluntariamente del proceso clínico, agradeciendo el acompañamiento y la ayuda recibida por las experiencias de abuso sexual y aborto recientes.

## 2. Justificación

En este estudio de caso se resalta la importancia de comprender a la paciente desde su propia experiencia y percepción de la realidad, puesto que el sentido que tiene este estudio de caso está enmarcado en elementos de la psicología humanista existencial, que permiten realizar una comprensión fenomenológica de la experiencia de una adolescente quien vivenció abuso sexual e interrupción voluntaria del embarazo. Para lo anterior también es relevante contextualizar la problemática social de abuso sexual que afecta diariamente a niños, niñas y adolescentes a nivel mundial; considerando abuso sexual como:

Todo acto que atente contra la dignidad y la libertad de otra persona mediante el uso de fuerza física, psíquica o moral, con el propósito de imponer una conducta sexual en contra de su voluntad. No necesariamente un acto de abuso sexual implica contacto físico como tocamientos o manoseo y la penetración, además actos como alentar a que un niño o niña toque de manera inapropiada a un adulto y la seducción verbal forman parte de ello. (ICBF, 2014, guía 7, p.

3)

Además de lo anterior, se consideran abusos sexuales, actos tales como exposición a pornografía o a actos sexuales, tomar fotografías en cuerpos desnudos o semidesnudos, entre otros, mediante los cuales la persona se sienta vulnerada sexualmente.

En el presente estudio de caso, se hace referencia al acceso carnal violento, el cual está descrito como “cualquier tipo de penetración del órgano sexual u otro objeto por cualquier parte del cuerpo humano” (Redacción Judicial, El Espectador, Sep. 2018).

En Colombia, según reporte del área de Jurídica del diario El Tiempo:

El abuso sexual bajo todas las aristas es un delito que se ha incrementado en un 8,9 por ciento en el país, al pasar de 15.988 casos reportados entre enero y septiembre del año pasado a 17.412 en igual periodo de 2017. Cada hora se denuncian tres casos de abuso sexual, siendo lo más preocupante que el 87 por ciento de las víctimas son menores de edad. En el rango de mayor afectación se ubican las niñas entre los 10 y los 13 años, con 5.192 casos atendidos. 15.175 mujeres denunciaron haber sido afectadas por algún tipo de acción sexual, de las cuales 12.892 son menores de 18 años. (Justicia, El Tiempo, 23 Octubre 2017)

Adicional, se destaca que la paciente además de ser una adolescente víctima de abuso sexual, queda en estado de gestación a partir de este acto violento y posteriormente, como derecho sexual y reproductivo, le practican un aborto inducido, Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el cual resulta relevante, dado que en la paciente este es el hecho que marca su mayor y profunda herida emocional. A partir de esto, es pertinente tener en cuenta que los derechos reproductivos están amparados por la Organización de Naciones Unidas, y según el Ministerio de Salud dentro de los objetivos de Desarrollo Sostenible se destacan aquellos que buscan la garantía de una vida saludable y el bienestar para todas las personas sin diferencia de

edades, así como el que promueve la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de mujeres y niñas.

Cabe anotar que, para efectos de interés en el presente estudio de caso, se tendrá en cuenta la definición de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que presenta el Ministerio de salud, como:

Un derecho fundamental de las niñas y mujeres, el cual fue reconocido como tal por la Corte Constitucional Colombiana mediante la Sentencia C-355 de 2006, en tres circunstancias: i. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico. ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico. iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. (Ministerio de Salud, interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres, 2016, p. 2)

Es importante resaltar que, según el Ministerio de Salud, la sentencia C-355 de 2006 -al reconocer este derecho- crea la opción, pero no obliga a ninguna mujer a optar por la interrupción voluntaria del embarazo, con lo cual se ratifican los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva. Por ello, es preciso que las mujeres cuenten con asesoría en opciones, en la que se les informe que aun estando inmersas en alguna causal pueden optar por seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción. A partir

de lo anterior, agrega que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De esta forma, la causal salud para interrumpir el embarazo abarca cualquier afectación a la salud física, mental o social de la mujer. Por ello, basta la existencia de riesgo para la salud de la mujer en cualquiera de estas esferas y no se requiere que se haya generado ya un daño por la continuación del embarazo. El concepto de peligro tiene que ser valorado por la mujer y no por terceros o por los profesionales que le atiendan. Lo anterior, en atención a que es su cuerpo, su salud y su vida la que se expone a los riesgos inherentes de la maternidad y esta puede ponderarlos en función de sus estándares de bienestar. Cada mujer, entonces, define los márgenes de riesgo que está dispuesta a correr. El Ministerio agrega que para una IVE por salud mental NO debe exigirse la existencia de un diagnóstico psiquiátrico o una discapacidad psicosocial. La causal de salud mental es procedente cuando se presente dolor psicológico o sufrimiento mental, y se afecten cualquiera de las esferas de la salud de la mujer.

Dado que lo anterior es una problemática a nivel mundial, es preciso resaltar la importancia de investigar sobre la afectación psicológica que se presenta en adolescentes tras las experiencias de violencias sexuales e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), al respecto Murgueytio (2018), citando a Coleman (2015) afirma que la violación sexual es una acción atroz y violenta que causa un trauma indescriptible sobre la víctima. Sin embargo, el trauma se agrava para las mujeres que, como producto de este acto, quedan embarazadas. Esta población debe afrontar, además del impacto de la experiencia de un evento traumático, el hecho de dar a luz a una criatura no planificada y que se presenta como el recuerdo de la violencia sexual que vivieron. De esta forma, se ve afectada la salud mental de las madres y el desarrollo saludable y estable de un vínculo afectivo con el niño. Con respecto a esto último, la legislación Colombiana

ha actuado a favor de la madre gestante, protegiendo sus derechos sexuales y reproductivos, permitiendo la Interrupción Voluntaria del Embarazo cuando es producto de violencia sexual, entre otras causas.

Ahora, siguiendo la línea de la importancia de investigar sobre la afectación en la salud mental de las víctimas de violencias sexuales, Murgueytio (2018), citando a Coleman (2015), destaca que las víctimas de una violación sexual son propensas a experimentar el “síndrome de trauma por violación”, en donde la mujer entra en una fase de corto plazo, que dura varias horas o días, y consiste en el choque emocional, la incredulidad y la desesperación ocasionada por el evento que ha puesto en riesgo su vida. La respuesta a esta situación varía desde la inestabilidad emocional hasta un patrón de comportamiento bien controlado, en donde se observan síntomas somáticos, alteración en los estados del sueño y en la alimentación; reactividad emocional, como cambios de ánimo, ansiedad y depresión. Por otra parte, Coleman (2015), agrega que la fase de largo plazo constituye el periodo en el que la víctima intenta reestructurar su vida y sus relaciones, puede durar varios meses o años.

Por esta razón, Echeburúa et al. (1989) afirman que el proceso de recuperación de la víctima lleva tiempo, y debe enfocarse en devolver la estabilidad a la persona, para que vuelva a sentir control por su cuerpo y a sentir confianza en su entorno. Los efectos psicológicos a corto y a largo plazo resaltan que los síntomas de mayor incidencia, y, aunque no se presentan de manera uniforme en todas las víctimas, debido a varios factores, se encuentran latentes en la mayoría de ellas.

He aquí expuestas algunas de las razones por las cuales se hace importante realizar un proceso clínico con víctimas de violencias sexuales y en este caso, se hace relevante abarcar la angustia como sentimiento fundamental que vive la paciente a partir de experiencias de abuso

sexual y aborto (IVE), además de centrarse en aspectos tales como: las emociones y las situaciones límite relacionadas con el abuso sexual y aborto, abordadas durante las sesiones clínicas. En dicho proceso incide negativamente que la paciente no ingresa voluntariamente a solicitar la atención psicológica, sino que es atendida porque ingresa al sistema de restablecimiento de derechos, puesto que según el modelo de atención en salud para víctimas de violencia sexual se comienza una articulación entre los sectores de salud, justicia y protección, siendo este último facilitado por el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF), quien a su vez se sustenta en la Ley de Infancia y Adolescencia, 1098 de 2006, la Constitución Política de Colombia, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, y las normas y tratados internacionales sobre protección y garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes, para la realización de unos lineamientos técnicos planteados desde el mismo instituto, dirigidos a lograr el restablecimiento de derechos, a partir de una atención integral. (ICBF, 2017).

Para terminar, se considera que en la actualidad, dichos procedimientos son susceptibles de ser estudiados, analizados y mejorados, para el beneficio de las víctimas de violencias sexuales, puesto que es común que dentro de ello se dé una revictimización institucional.

### 3. Área problemática

El abuso sexual infantil y adolescente es una problemática social de alta relevancia en todo el mundo. Un meta análisis desarrollado por Pereda y otros (2009) estima que la prevalencia del abuso sexual infantil a nivel mundial es del 7.9% de los varones y del 19.7% de las mujeres. Oddone Paolucci y otros (2001), Pereda (2009) y Saywitz y otros (2000), afirman que lo anterior representa un gran problema social ya que la violencia sexual ha sido reconocida como un factor de riesgo para la salud mental, reportándose una diversidad de síntomas asociados a estas experiencias de vulneración, entre ellos: estrés postraumático, depresión, bajo desempeño académico, agresividad, aislamiento y conducta sexualizada. Siendo según Cougle y otros (2010), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) el reportado con mayor frecuencia, tanto a nivel de su sintomatología intrusiva (recuerdos involuntarios del acontecimiento traumático, flashbacks, pesadillas), síntomas evitativos (dificultades para enfrentar estímulos asociados al trauma) y de aumento de la activación fisiológica (estado de alerta constante).

Así mismo, cabe mencionar que Murgueytio (2018), citando a Echeburúa et al. (1989), expresa que es común encontrar que las víctimas de abuso sexual experimenten distintos síntomas a lo largo del tiempo, iniciando con una fase aguda, caracterizada principalmente por una desorganización en el estilo de vida, la aparición de conductas incoherentes, pensamientos de incredulidad y confusión. La siguiente fase se denomina, pseudoadaptación, en la cual se observa un restablecimiento al estilo habitual de vida, pero con presencia de conductas evitativas. Finalmente, en la fase de integración y resolución, la víctima experimenta sensaciones

internas de depresión, sentimientos de humillación, culpa, deseos de venganza y el temor de ser nuevamente víctima de un asalto sexual.

Conociendo lo anterior, cabe preguntarse ¿Qué importancia tiene la clínica psicológica con víctimas de violencias sexuales para el abordaje de las consecuencias en salud mental?

En este orden de ideas y de acuerdo con lo planteado por Dupret y Unda (2013), un número elevado de situaciones de maltrato y abuso sexual contra los más jóvenes, así como la gravedad de la mayoría de los casos, es un tema tan doloroso como alarmante. Para solucionarlo, la vía ordenada por la ley, es la denuncia a alguna instancia del Estado. Sin embargo, las carencias en la capacidad de intervención psicosocial y legal, lo vuelven más preocupante porque no raras veces el mismo abordaje institucional conduce a una revictimización de los menores, debido sobre todo a una ignorancia profunda de la estructura del pensamiento infantil y de su manera particular de experimentar e interpretar las actuaciones institucionales por las cuales pasa, en especial en el campo jurídico.

La revictimización es el resultado de la implementación de procedimientos de atención inadecuados que trazan una ruta llena de obstáculos, y que no respetan la vivencia penosa de la víctima, reactivando emociones negativas en relación con el delito y propiciando una repetición de la experiencia de violencia. La otra causa muy inquietante de revictimización, es la falta de coordinación interinstitucional, de este modo nadie se hace responsable de lo que está ocurriendo a lo largo del proceso, y menos

aún de los sentimientos del sujeto infantil y de sus familiares, ni tampoco de los problemas que atraviesan a consecuencia de la intervención. Cabe añadir que, a pesar de ser un fenómeno muy conocido, escasean investigaciones sobre el disfuncionamiento institucional y sus repercusiones en el psiquismo del menor. (Dupret y Unda, 2013, p. 102)

En la misma línea, Dupret y Unda (2013) agregan que la revictimización es una repetición de violencias contra quién ha sido previamente víctima de alguna agresión, aunque sea por omisión. Sin embargo, la palabra ha adquirido un sentido algo diferente, que sirve para referirse en especial a las vivencias de maltrato sufridas por los niños y sus familiares, en el curso de intervenciones institucionales después de la denuncia de un abuso sexual u otra violencia, y remite por lo tanto a una falencia en el abordaje y tratamiento de la situación de violencia. El mismo autor señala que más específicamente, se entiende por revictimización institucional, a las carencias ligadas a la atención recibida por parte de entes dedicados a la protección de la niñez y adolescencia. La más conocida se manifiesta en la dificultad de articulación y remisión entre las distintas instituciones a cargo del bienestar y de la protección de los menores, lo que lleva al «peloteo», o sea el paso de una institución a otra, sin que ninguna se haga cargo; cada una considerando que no es de su competencia, de modo que al fin nadie se responsabiliza por el caso y no existe ningún tipo de seguimiento del proceso. Otro aspecto muy típico y que deriva del primero, es la multiplicación de entrevistas, exámenes periciales, interrogatorios, y pruebas de toda índole, muy a menudo con una falta de profesionalidad de los intervinientes. En fin, lo más característico de la revictimización, es el trato recibido por el

menor, considerado más como cosa desechable, que como sujeto que sufre a raíz del daño, lo que términos de la psicología humanista se define como una relación Yo-Ello, distinta a la relación Yo-Tú, “en esta aceptación resurge el sentido original de la palabra «víctima» como mero objeto del sacrificio, en el cual su subjetividad pierde valor y la singularidad de su ser desaparece” (Dupret y Unda, 2013, p.104).

De esta manera, según Dupret y Unda, la revictimización institucional aparece como:

Moneda común en la atención a los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, después de la denuncia de alguna forma grave de abuso sexual. Refleja la descoordinación de las intervenciones institucionales que no participan a la implementación de una política proactiva para el abordaje de estos casos. Esta situación se explica sobre todo por el rechazo adulto de cualquier forma de responsabilización respecto a problemas cuya dinámica le resulta oscura, tanto como por las carencias en la formación de los intervinientes en el campo de la infancia. Esta falencia se observa en todos los niveles de atención, aunque tal vez con más nitidez en la función judicial (y la policía) – en la actualidad, no existen ni abogados ni jueces especializados en el trato con menores. (Dupret y Unda, 2013, p. 125).

A partir de lo cual surge la pregunta ¿cómo afecta psicológicamente la revictimización dentro de la ruta de atención de violencias sexuales?

Y ahora, teniendo en cuenta que según (Coleman, 2015), las posibilidades de que una mujer quede embarazada después de una violación sexual son casi equivalentes a la posibilidad que una mujer quede embarazada después de una relación consensual, es preciso preguntarse, ¿qué importancia tiene investigar acerca de las consecuencias psicológicas que surgen a partir del embarazo producto de una violencia sexual?

Al respecto, Murgueytio (2018), afirma que el impacto que se presenta en aquellos casos en los que las mujeres que, como producto de este acto de violencia, esperan un hijo fruto del asalto sexual, se vuelve aún más complejo. Estas mujeres deben afrontar, además del impacto de la experiencia de un evento traumático, el hecho de dar a luz a una criatura no planificada y que se presenta como el recuerdo de la violencia sexual que vivieron. La misma autora continúa diciendo que estas mujeres han sido vulneradas, primero porque han pasado por una situación en donde su salud mental y física se encuentra fragmentada y herida; y luego, porque en este momento deben tomar una decisión sobre qué hacer con el niño que llevan dentro.

Siguiendo este orden de ideas, es pertinente mencionar el tema del aborto, el cual, dentro de la normatividad Colombiana, está contemplado como Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y constituye un derecho que tienen las mujeres quienes a consecuencia de una violación sexual quedan en embarazo.

Con respecto al termino aborto, el actual lenguaje coloquial sobre el mismo está amasado con numerosos eufemismos que acaban por confundir al hablante; de acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española, se entiende por eufemismo un «modo de decir para expresar con suavidad o decoro ideas cuya recta y franca expresión sería dura o malsonante». A lo que parece,

como el aborto es un término «duro» y «traumático» —una de las experiencias más lacerantes para la salud de la mujer—, lo que suelen hacer sus partidarios es envolverlo en palabras blandas y aparentemente transparentes —Interrupción Voluntaria del Embarazo— para que se cuele en el contexto cultural de forma indolora. (Polaino, 2009, p. 358).

Bouquet de Durán (2012) expresa que, en todo aborto, la mujer debe pasar por un trabajo de parto (aunque en menor medida) en el cual el sangrado y el dolor físico serán protagonistas con todo lo que ello implica a nivel corporal y emocional, y cita a Celesia (2003) quien dice acerca del dolor: «[...] podemos afirmar que se trata de la impresión desagradable, siempre subjetiva, que se convierte en experiencia emocional». Para hablar del dolor, continúa referenciando a Mulens Ramos (2009) «en la valoración del dolor es necesario tener en cuenta la subjetividad del mismo como expresión unidimensional que difiere de acuerdo al umbral de resistencia de cada persona».

Swanson y otros (2007) afirman que el aborto es un evento devastador ya que la madre debe parir un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico lo cual es un hecho extremadamente doloroso tanto física como afectivamente. Y desde la perspectiva psicopatológica “[...] la experiencia del aborto aumenta el riesgo de trastornos psicopatológicos en un amplio espectro, destacándose, especialmente, el consumo de drogas, la ansiedad, la hostilidad, la baja autoestima, la depresión y el trastorno bipolar [...] los síntomas psicopatológicos aumentan de forma significativa entre las mujeres que se han expuesto a la IVE”. (Polaino, 2009, p. 373).

Sin embargo, la APA (American Psychiatric Association; Hilary White, agosto 2008) atribuye estos trastornos psicopatológicos que siguen al aborto, a las causas siguientes: el «estigma» del aborto, la necesidad de guardar un secreto, el bajo apoyo social antes de tomar la decisión de abortar, y una historia previa de problemas de salud mental. No deja de ser sorprendente que la APA postule esas atribuciones «políticamente correctas», pero nada evidentes desde la perspectiva del rigor científico. Lo que no puede hacer la APA es negar el hecho de que el aborto genera trastornos psicopatológicos. Otra cosa muy diferente es que trate de atribuirlos, principalmente, a ciertos factores socioculturales, suavizando así la gravedad que comportan, al mismo tiempo que contribuye a «domesticar» la opinión de la sociedad mediática. Pero, ¿quién comprenderá, aliviará y procurará prevenir el sufrimiento y el riesgo de mortalidad de la mujer que aborta? (Polaino, 2009, p. 377).

Ahora, con respecto a los síntomas del Síndrome Post-Aborto (SPA), Polaino (2009) expresa que el perfil sintomático está constituido por la presencia de una amplia variedad de síntomas y trastornos psicopatológicos, de muy diversa naturaleza y manifestación, que emergen en las personas con diferentes intensidades y con muy variada temporalidad. Entre los síntomas, este autor resalta la tristeza, la evitación activa del recuerdo del aborto, la hostilidad hacia todo cuanto pueda hacérselo recordar, la irritabilidad ante la presencia de cualquier niño, las crisis de llanto, la fingida indiferencia hacia la maternidad, el insomnio o el abandono a la somnolencia

excesiva, las pesadillas y ensoñaciones culpabilizadoras, la des-motivación o el activismo, y la presencia de muy variadas manifestaciones de ansiedad, que no cesa. Incrementándose, según Polaino (2009), la presencia de angustia, depresión, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, conductas de auto-castigo, pesadillas, fobias, ataques de pánico, trastornos psicosomáticos, terrores nocturnos, insomnio, trastornos de la alimentación, y disfunciones sexuales.

Con relación a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Polaino (2009) dice que la IVE es irreversible y, por ende, histórico, tanto en lo relativo a la pérdida del embrión como a las secuelas que tan lamentable pérdida del hijo dejó en la madre, y afirma que una cosa es la pérdida del hijo y otra la acción que condujo a esa pérdida, la cual es también histórica y como tal hecho no es modificable. Para resaltar, el mismo autor señala que en estas circunstancias suele manifestarse un total rechazo de todo lo que esté relacionado con la maternidad [...] La experiencia es vivida como una situación irreversible de desesperación —modulada en su intensidad, en función de otros factores—, en que la persona es incapaz de perdonarse a sí misma por la pérdida de su hijo. Algunos de estos trastornos evolucionan hacia la cronicidad.

Para terminar, el interrogante que queda es ¿cuáles son las afectaciones psicológicas que sufre una mujer a quien le practican la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)?

## **4. Objetivos**

### **4.1 General**

Comprender en el contexto de la psicología clínica la experiencia de una adolescente quien vivenció abuso sexual e interrupción voluntaria del embarazo.

### **4.2 Específicos**

**4.1.1** Describir la incidencia de las experiencias de abuso sexual y aborto en la salud mental de la adolescente.

**4.1.2** Identificar la afectación en el sentido de vida de una adolescente a partir de la experiencia de abuso sexual y aborto.

**4.2.3** Caracterizar los núcleos significativos de la experiencia de una adolescente quien vivió abuso sexual y aborto, a lo largo del proceso clínico psicológico.

**4.3.4** Establecer la relación entre situaciones límite, abuso sexual e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) con la triada trágica en un proceso psicoterapéutico.

## 5. Preguntas Orientadoras

- 5.1** ¿Cómo afectan psicológicamente a una adolescente las experiencias de abuso sexual e interrupción voluntaria del embarazo?
- 5.2** ¿Cuáles fueron los núcleos significativos que estructuraron la experiencia de la adolescente en el proceso clínico?
- 5.3** ¿Qué importancia tiene documentar la experiencia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en adolescentes víctimas de violencia sexual?
- 5.4** ¿Cómo afecta psicológicamente la revictimización dentro de la ruta de atención de violencias sexuales?
- 5.5** ¿Cuál es la importancia que tiene la clínica psicológica con víctimas de violencias sexuales para el abordaje de las consecuencias en salud mental?
- 5.6** ¿Qué importancia tiene investigar acerca de las consecuencias psicológicas que surgen a partir del embarazo producto de una violencia sexual?
- 5.7** ¿Cuáles son las afectaciones psicológicas que sufre una mujer a quien le practican la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?
- 5.8** ¿Qué implicaciones tiene en el proceso clínico el hecho que la paciente no haya asistido a consulta voluntariamente?

## **6. Historia clínica del paciente**

### **6.1 Identificación de la paciente:**

Nombre: “Y” (se protege su identidad)

Sexo: Mujer

Lugar y fecha de nacimiento: Medellín, 20 de abril de 2000

Edad: 16 años

Escolaridad: 9°

Ocupación: Estudiante

### **6.2 Motivo de consulta:**

Adolescente de 16 años de edad, remitida por defensoría de familia a una institución con medida de restablecimiento de derechos, debido a presunto abuso sexual por parte de desconocido.

“Estoy aquí por lo que me pasó, me mandan aquí y allá”

### **6.3 Descripción sintomática:**

“Y” presenta afectación emocional asociada a las experiencias de presunto abuso sexual y aborto inducido, llamado legalmente Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), sin embargo, expresa que la ha afectado más este último, lo verbaliza con dolor y llanto, manifiesta que siente que su maternidad y sueños de matrimonio se han frustrado. Dice que no está segura y nunca lo

estuvo sobre la decisión de abortar, presenta confusión emocional, es ambivalente entre culpa o haber tomado una adecuada decisión, lo aduce a inadecuada orientación psicológica en el proceso legal. Con respecto al presunto abuso sexual, expresa que siente rabia y odio hacia el presunto abusador. “Y” expresa que no deseaba manifestar nada al respecto, lo hizo cuando descubrió que estaba en estado de gestación.

Hay presencia de síntomas en la esfera afectiva y social, a la adolescente se le dificulta recibir y expresar afecto, no soporta el contacto físico con otras personas, así sea su madre, no tolera besos, caricias ni abrazos. Además, se aísla y evita la interacción social, relata que anterior a la experiencia había sido sociable y actualmente prefiere estar en casa, en particular solitaria en su habitación.

Manifiesta alteración en la alimentación y en los ciclos de sueño, menciona falta de apetito y pocas horas de sueño.

En el momento de la valoración se encuentra sentido de realidad conservado. Se percibe que hay afectación en su autoimagen y autoestima, no se siente bien con su apariencia física, la cual cambió adrede posterior al presunto abuso para evitar ser reconocida por el presunto abusador, agrega que se siente fea y que no le gusta su cuerpo, frustrándose también el sueño de ser modelo.

Por otra parte, refiere que siente rabia y temor hacia los hombres posterior a su experiencia de presunto abuso sexual y manifiesta una imagen negativa, generalizada, de la figura masculina a partir de las infidelidades del papá en el matrimonio con su madre y de un presunto abuso sexual en la infancia por parte de su hermano. Además, el tema de la virginidad era sagrado para ella y lo perdió en el presunto acceso carnal violento, significaba pureza y honra femenina, ante lo cual siente frustración y manifiesta que después de esto no le interesa tener una

relación sentimental ni mucho menos sexual con nadie, a partir de lo anterior expresa que su proyecto de vida familiar se ha frustrado.

#### **6.4 Historia personal**

Actualmente, “Y” es una adolescente de 16 años de edad, soltera, cursa el grado décimo con proyecciones para desempeñarse como neuro-pediatra. Con respecto a su estado de salud, se ha considerado saludable, expresa que sus afecciones de salud han sido triviales y pasajeras.

Según la información recolectada, “Y” se ha caracterizado por su responsabilidad, compromiso con las tareas que emprende, ha sido cumplidora de la norma, bondadosa, inteligente y respetuosa.

Con respecto a su infancia, resalta la presencia de su padre como figura significativa, habla de las experiencias de juego, estudio, salidas y disfrute con su compañía. Expresa que fue feliz hasta la edad de 7 años, cuando su hermano de 13 años abusó sexualmente de ella, lo cual mantuvo en silencio hasta la etapa adolescente, época en la que develó el secreto a partir de los reclamos de su madre ante el rechazo que ella le demostraba a su hermano. Anterior a esto, en la pre adolescencia hubo ruptura en la relación con su padre, menciona episodios de infidelidad con su madre, violencia y maltrato intrafamiliar. Momento en el cual, se distanció afectivamente de él y desarrolló sentimientos de soledad en el hogar. De esta manera, como forma de compensación psíquica, empezó a ser sociable, tener muchos amigos, participar en grupos y actividades extracurriculares, pasar poco tiempo en casa y dedicarse al estudio con alto desempeño académico.

Relata que su orientación sexual es heterosexual, manifiesta que tuvo solo un novio, expresa que le molesta sentirse cohibida y perseguida por un hombre celoso. De lo anterior es enfática en expresar que no hubo relaciones sexuales con esta pareja ni con nadie. Manifiesta que

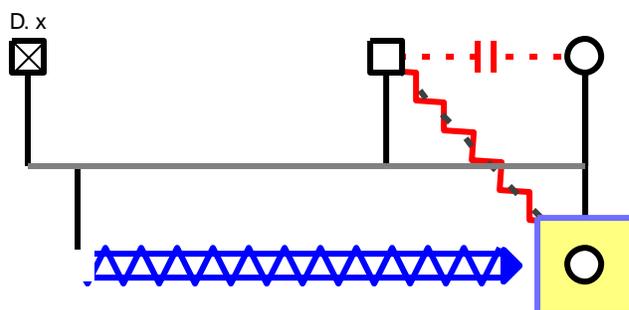
no inició su vida sexual por la concepción moral y religiosa del matrimonio, llegar virgen al matrimonio era sagrado para ella. Aquí sufrió una herida importante, puesto que a la edad de 16 años vivenció una experiencia de abuso sexual, con acceso carnal violento, a partir del cual quedó embarazada y le practicaron aborto inducido como medida legal. La paciente expresa que se ha frustrado su proyecto de vida familiar, ni casarse ni tener hijos es considerado posible en la actualidad.

### **6.5 Historia familiar**

“Y” de 16 años de edad, hace parte de una tipología familiar nuclear; que se encuentra en las etapas de adolescencia y adulto joven del ciclo vital; además de “Y”, ésta se encuentra conformada por el padre “A” de 47 años de edad quien labora en obra blanca, la madre “M” de 38 años de edad, quien labora independiente y su hermano materno “J” de 22 años de edad, quien estudia medios audiovisuales. En la historia de vida de la madre, se encuentra que la señora “M” conoció desde muy joven al padre de su primer hijo “J”, la relación se deterioró y en el año 2000 él murió de manera violenta. Cabe anotar que, para la señora, dicha muerte, fue una situación de duelo compleja, ella lo nombra como el amor de su vida. Posteriormente, al tener 21 años de edad, la señora “M” conoce el padre de “Y”, el señor “A”, durante el noviazgo queda embarazada de “Y” y deciden vivir juntos. Dentro de la relación se presentó una situación de infidelidad por parte del señor “A”, esta situación generó crisis en la familia. La señora le pide que se vaya de la casa, sin embargo, por su hija, el señor no se va. “M” manifiesta que le perdonó, sin embargo, posteriormente ocurrió otro episodio de infidelidad, situación que afectó a toda la familia y en especial a su hija “Y”. La relación de la adolescente con su padre tiende a ser distante, lo asume como proveedor, la comunicación y el contacto son limitados, según ella depende del estado de ánimo de él. Agrega que hubo una caída de ideales cuando ella descubrió

que él le estaba siendo infiel a su madre. Cabe anotar que “Y” manifiesta haber crecido en un ambiente familiar conflictivo, de constantes discusiones y violencia intrafamiliar en la que el padre ha sido el agresor de su madre. La relación con su madre ha sido más afectuosa después del presunto abuso, a “Y” se le dificulta recibir y dar afecto, sin embargo, manifiesta que se ha fortalecido el vínculo materno filial, en cuanto a comunicación, confianza, cercanía, amor y respeto; la madre es su figura más representativa y también es la figura de autoridad, existen normas y funciones en el hogar; al parecer la señora es asertiva para ejercer este rol con “Y”; esta última manifiesta que la relación con su hermano es buena, sin embargo ella es resistente para permitir el contacto físico y las expresiones afectivas de él. La adolescente relata que en la relación fraternal hubo una ruptura desde la infancia, expresa que el hermano abusó sexualmente de ella, siendo su hermano 6 años mayor que ella en edad; agrega que en el grupo familiar nunca han hablado de eso y dice que sólo su madre sabe lo sucedido.

## 6.6 Genograma



## 6.7 Proceso de evaluación

Cabe anotar que la adolescente se encontraba en proceso de restablecimiento de derechos por presunto abuso sexual, en una ONG, contratista de Bienestar Familiar.

El proceso de evaluación se realizó mediante entrevistas psicológicas sin aplicación de pruebas, la adolescente no accedió a dibujar, pintar ni escribir.

La primera entrevista fue interdisciplinaria, además del área de psicología, con presencia de una profesional en pedagogía, una profesional en desarrollo familiar, la madre de la paciente y la paciente misma. Esta entrevista fue no estructurada, se hicieron preguntas abiertas, relacionadas con la dinámica familiar, la historia escolar y el estado de salud mental de la paciente.

Por otra parte, se realizó la entrevista de evaluación psicológica individual entre la psicóloga y la paciente, esta entrevista no estructurada, permitió un dialogo abierto en el que se identificaron aspectos relacionados con motivo de ingreso a la institución, intervenciones anteriores, área familiar, antecedentes familiares, examen mental, área emocional, área psicosexual, área social y comportamental, y por ultimo adicciones; de esta manera dar una impresión diagnóstica y crear propuestas de intervención.

## **6.8 Conceptualización diagnóstica**

La paciente ha transitado por las experiencias de abuso sexual e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), posterior a la fecundación a partir de dicho abuso. Con lo anterior, dentro de las sesiones psicoterapéuticas, se identificaron síntomas relacionados con dos categorías: emocional y situaciones límite, cada una con sus respectivas subcategorías, donde se resalta que la violencia sexual ha sido un factor de riesgo para la salud mental, reportándose diversidad de síntomas asociados a estas experiencias de vulneración, entre ellos: estrés postraumático, depresión, agresividad, aislamiento y afectación en su proyecto de vida. A partir del evento se recurrió a la denuncia, como vía ordenada por la ley, con la que se inicia un proceso que conlleva

revictimización, teniendo en cuenta la implementación de procedimientos de atención que trazan una ruta llena de obstáculos, y que no respetan la vivencia penosa de la víctima, reactivando emociones negativas en relación con el delito y propiciando una repetición de la experiencia de violencia, representada en la falta de coordinación interinstitucional. La paciente dentro de su experiencia nombra la interrupción del embarazo como “aborto”, siendo para ella la vivencia más dolorosa dentro de esta serie de experiencias traumáticas, ante lo cual cabe la duda del carácter de “voluntario”, pues según ella, dentro del proceso y reprocesos legales entre una institución y otra, no le brindaron acompañamiento acorde para tomar una decisión a consciencia, lo cual la lleva a experimentar sentimientos de culpa y arrepentimiento, acompañado de tristeza, la evitación activa del recuerdo del aborto, la hostilidad hacia todo cuanto pueda hacérselo recordar, la irritabilidad ante la presencia de cualquier niño, llanto, manifestaciones de ansiedad, angustia, depresión, baja autoestima, entre otros síntomas presentados a lo largo del proceso de duelo, los cuales han sido transversales a todas las esferas del ser, afectando su desempeño en los diferentes contextos.

Ahora, teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, es preciso anotar que la paciente vivenció situaciones límite, las cuales corresponden a las experiencias traumáticas de abuso sexual, embarazo, aborto y duelo. Lo cual la afectó en diferentes esferas del ser, dentro de las que se destacan la esfera social, familiar y emocional; se puede considerar que vivenció estados de ánimo depresivos, donde se alteraron sus conductas de sueño y alimentación, el aspecto académico, su autoestima y su femenino. Identificando, de esta manera, que la afectación emocional ha transversalizado su existencia.

## **7. Descripción detallada de las sesiones**

Las sesiones registradas corresponden a la sesión N. 1 hasta la N. 9, no se hace registro de las otras sesiones realizadas con la paciente puesto que aparece nuevamente la resistencia ante el proceso clínico, hubo inasistencia, se ausentó un mes y al regreso, en la sesión N. 10 manifestó que no deseaba continuar en el programa de restablecimiento de derechos, se ausentó nuevamente 1 mes y medio, en la sesión N.11 nombró que su hermano no sólo tocó sus partes íntimas, sino que también la violó y en la última sesión, N.12, expresó que no deseaba trabajar en ello, diciendo que ese tema le genera rabia y lo quiere dejar en el olvido, se retiró voluntariamente del proceso clínico, agradeciendo el acompañamiento y la ayuda recibida por las experiencias de abuso sexual y aborto recientes.

### **7.1 Descripción de la sesión 1:**

En esta sesión “Y” habla inicialmente de su estado de ánimo, manifiesta que no se siente muy bien, pero sí, dice que se siente aburrida y permanece un tiempo en silencio, posteriormente manifiesta que la terapeuta ya conoce el motivo, sin embargo tras otro tiempo en silencio responde que su estado de ánimo obedece a lo que le pasó, continua diciendo que primero fue su hermano, luego su papá la decepcionó y luego este tipo, momento en el cual vuelve el silencio, agrega que ya no cree en los hombres, quedándose en silencio. “Y” continúa diciendo que su hermano la tocó cuando era pequeña, él tenía 12 años y ella tenía 7, momento en el cual vuelve el silencio, sigue diciendo que luego su papá se consiguió una moza, según dice muchas mozas y ella se dio cuenta. Manifiesta que sólo su mamá sabe de lo que pasó con el hermano, agrega que le tuvo que contar porque su hermanito es muy meloso y la abraza, le da picos, la molesta y no le

gusta, ante lo cual ella se le quita, por lo cual la mamá le cuestiona por qué es así, y le dice que ella no quiere al hermanito. Y expresa que nunca le había dicho nada a su madre porque siempre ha sido muy callada y no le gusta hablar sus cosas, dice que para ella hablar o llorar, es muy difícil, dice que casi nunca lo hace. Continúa diciendo ante lo anterior, que la mamá insiste a diario en que quiera a su hermanito, que no sea tan fastidiosa, por lo tanto, le “tocó” contarle, ante lo cual la mamá le cuestionó por qué no le había dicho eso antes, vuelve el silencio, sigue diciendo que eso pasó una vez, pero no se le olvida. Ahora, con respecto a su padre, “Y” dice que entre ambos tenían muy buena relación, salían juntos, jugaban y hacían cosas, eran muy juntos, muy unidos, pero desde que ella se dio cuenta de la moza, él se le empezó a salir. Seguidamente manifiesta que ella también empezó a ver que él era muy grosero y muy fastidioso con la mamá, dice que llegaba borracho y la trataba mal, le pegaba, la gritaba. Sin embargo, aclara que ella no veía eso, dice que ella escuchaba porque estaba en su pieza, supuestamente dormida, pero se daba cuenta. Dice que desde ahí le empezó a dar mucha rabia con él y ella se empezó a distanciar, expresa que él era el único con el que ella hablaba, salía y jugaba, porque ella era muy alejada y muy grosera con la mamá, dice que a su mamá prácticamente ni le hablaba, solo para lo necesario, agrega que era todo con su papá y ya. “Y” expresa que al alejarse de su papá se quedó sola, más o menos a la edad de 11 años, porque era alejada y callada en sus cosas. Sigue diciendo que luego empezó a tener más amigos en el colegio, y con ellos era con quienes hablaba y hacía cosas, tareas o salían a hablar. Posteriormente agrega que en el momento actual no tiene amigos, aclara, que si tiene, pero que no le gusta, que no quiere ir a estudiar, la invitan a salir e inventa que no, le dice a su mamá que les diga que no la deja, que está castigada o que está enferma, cualquier cosa, porque que le da pereza. Aquí se hace cierre de sesión,

invitando a “Y” a aceptar llamadas o salidas con sus amigos a pesar de que sienta que no lo quiere hacer, con el objetivo de que empiece a recuperarse en el área social.

## **7.2 Descripción de la sesión 2:**

La paciente llega a la segunda sesión expresando que se siente maluca, dice que nada del proceso actual le gusta, expresa que siempre lo mismo, y por lo que le pasó está en todo esto, manifiesta que su indisposición no tiene que ver con la persona de la terapeuta, sino que ella sabe el por qué está yendo a muchas citas, aquí y allá, y le da pereza, porque le pasó eso tiene que estar en proceso clínico psicológico en este momento. Expresa que había dicho que nunca iba a volver donde un psicólogo porque preguntan cosas y cosas, hablan de eso y otra vez lo mismo y además dice que le dio mucha rabia que supuestamente la mandaron para donde la psicóloga en la EPS para que le ayudara con eso que pasó y ella le echó pura cantaleta y no le creyó, diciéndole que ella era como todas las adolescentes, que iba de irresponsable a quedar embarazada y luego decía que la habían violado para poder abortar, momento en el cual permanece en silencio y continua diciendo, que ella no le creyó que la violaron, y dice “como si yo me fuera a inventar eso”. Continúa diciendo que posteriormente le dieron la cita en la fiscalía, manifiesta que allá también la atendió otra psicóloga y le dijo que ella tenía que abortar, que eso era lo que tenía que hacer cuando eso pasaba, que no iba a querer a ese muchachito y que lo iba a odiar. Agrega que no tuvo un proceso de acompañamiento para tomar esa decisión y dice que eso fue así, no le dieron tiempo de nada, ya habían pasado 23 semanas y eso había que hacerlo rápido, le dieron una cita y ya, le hicieron hacer eso, momento en el cual presenta llanto. Dice que se siente muy mal porque al principio se daba golpes en el estómago porque no quería a ese muchachito, puntualiza que eso pasó en noviembre y en diciembre le vino el periodo menstrual, dice que con eso se tranquilizó, pero se sentía muy rara, con ganas de vomitar en las mañanas, no

quería comer, mareada y toda maluca. Dice que ella sentía que estaba embarazada, pero le daba mucho susto. Agrega que la mamá le preguntó si ella se había acostado con alguien, que si estaba en embarazo porque estaba muy rara, ella le decía que no, entonces la mamá le dijo que fueran al médico y ella le decía que no, porque le daba miedo, dice que la mamá enojada le dijo que si no tenía nada que esconder fueran al médico, aclara que llegaron y la revisaron, le preguntaron si ya había iniciado su vida sexual y ella dijo que no, momento en el cual le mandaron unos exámenes, y dice, claro prueba de embarazo de orina positiva, manifiesta que ella le dijo a la doctora que eso era mentira, que ella no creía en eso y le mandó la de sangre, claro positiva, y ahí sí. “Y” dice que de no haber salido esa prueba positiva nunca le habría contado nada a la mamá de lo que pasó en noviembre, que si no fuera por el embarazo eso iba a morir con ella, así como pensaba dejar en secreto lo de su hermano. Expresa que su mamá se puso a llorar, le preguntó si era de un novio que ella tenía y ella le dijo que no, agrega que la mamá lo llamó a él para hacerle reclamo, y ahí le tuvo que contar a su mamá lo que le pasó, momento en el cual presenta llanto y permanece en un silencio prolongado y dice que no quiere hablar más, se termina la sesión sensibilizando sobre la importancia de darle continuidad al proceso clínico, motivándola para permitirse espacios de expresión de emociones y sentimientos que contribuyan a la elaboración de sus experiencias de vida.

### **7.3 Descripción de la sesión 3:**

En esta sesión la paciente dice que se ha sentido mejor, “Y” dice que está más apegada a la mamá y hablan más, continúa diciendo que después de todo esto se han empezado a unir. Agrega que de todas maneras está alejada de la gente, dice que no quiere salir, que la invitan a comer helado, a dar una vuelta y dice que le da pereza, que a ella ya no le gusta salir ni hablar con nadie, agrega que en la calle lo que siempre ve son bebés, niños, coches, mujeres en

embarazo, y dice que eso le recuerda su experiencia, y las amigas hablan de cosas que hacen con los novios y le da como fastidio, entonces mejor no sale. Con respecto a lo que se dedica mientras está en casa, dice que nada, dice que no quiere hacer nada, dice que se encierra en la pieza y se acuesta a pensar, no hace nada más. Agrega que a veces hace aseo en la casa, ayuda en lo que tenga que hacer, pero le da pereza, luego desmiente lo dicho y dice que casi no hace nada porque el hermanito no hace nada, expresa que la mamá les reparte las cosas y él no hace nada, entonces ella tampoco, cuestiona porque ella sola. Posteriormente habla de que actualmente le tiene más confianza a la madre, dice que nunca había estado mucho con su mamá, pues siempre estaba con el papá, pero con lo que le pasó, la mamá como es mujer le empezó a hablar, a aconsejar, a decirle que ella la entendía, que la apoyaba en lo que ella decidiera, que si lo iba a tener o lo iba a abortar, al contrario del papá quien le dijo que abortar era lo que ella tenía que hacer, que eso era obvio, y otra vez le dijo que lo tuviera y que nunca le decían la verdad al hijo de que ella era la mamá, le dijo que lo criaban como si fuera hermanito de ella y no le decían nada a nadie. Ante lo cual ella le dijo que no estaba de acuerdo, que entonces el día de mañana que lo quiera tener como su hijo entonces no va a poder, entra en un silencio prolongado. Dice que se siente culpable, que ella lo mató, era una vida que había dentro de ella, su hijo, independiente de quien haya sido el papá, ese tipo asqueroso, agrega que al principio se daba golpes en la barriga, después, al mes y medio ya lo empezó a aceptar, cuando le hicieron la ecografía, lo vio y sintió el corazón, entra en silencio. Posteriormente dice que en ese momento sintió amor, dice que sentirle el corazón y que el médico dijo que era un niño, incluso le preguntó que cómo se llamaba, ella dice que no sabía que decir y le dijo un nombre que inventó en ese momento, nombre con el que se quedó, agrega lo nombraba así, le hablaba y lo acariciaba. Ahora, con respecto a la culpa, dice que la siente porque ella debió haberse opuesto, que debía

haber dicho que lo iba a tener, pero allá la presionaron, le dijeron que ella nunca lo iba a querer, y ella expresa que duda eso, continua diciendo que allá le decían que eso era lo que tenía que hacer, relata que la llevaron al médico, y le dijeron tómese estas pastillas y espere, dice que ella se tomó eso y se acostó en una camilla, al rato sintió algo entre las piernas, llamó a la enfermera muy asustada, ella levantó la sabana y le dijo que no mirara, expresa que eso fue como decirle que mirara y con curiosidad miró y vio al bebé, ya estaba formado, momento en el cual vuelve a estar en silencio, continua diciendo que esa imagen no se le borra de la mente, tampoco el sonido del corazón y hay lágrimas en sus ojos. Dice que ella tenía todo eso guardado, pues si hablaba con la mamá, pero no así y se siente más tranquila, desahogada. Se hace cierre de la sesión dejando nuevamente la tarea de abrirse a compartir con amigos y realizar las funciones del hogar, evitando quedarse todo el tiempo en su habitación y aislarse.

#### **7.4 Descripción de la sesión 4:**

“Y” llega diciendo que le ha ido bien, puntualmente con respecto a cómo va con eso que se ha abordado en otras sesiones, expresa que el tema de la violación ya no le da tan duro, lo que sí es lo del bebé, dice que no ha podido con eso. Continúa diciendo que la terapeuta ha sido la única que no le ha preguntado por lo de la violación, que le ha tocado contarle a todo el mundo, en el hospital, en la denuncia, en la fiscalía, en el bienestar familiar, donde esa psicóloga que no le creyó. Dice que no quiere hablar de eso pero le parece raro que no le haya preguntado, luego dice que la terapeuta sí le genera confianza, y sí le gustaría contarle, y entra en silencio. Continúa diciendo que ella no volvió a salir también porque le da miedo, porque no sabe quién fue el que le hizo eso, que ella siempre salía del colegio y caminaba por la misma parte yendo para la casa, todos los días lo mismo y dice que ese tipo ya le tenía la hora en la que pasaba, continua relatando los hechos paso a paso de la violación; agrega que llegó a la casa y se bañó, no dijo

nada, después de otro silencio expresa que si no hubiera quedado en embarazo y no hubiera pasado todo esto se habría quedado callada, y muere con eso guardado. Posteriormente manifiesta que antes de eso no había iniciado su vida sexual, dice que era virgen, es que eso es otra cosa, tenía la idea de llegar virgen al matrimonio y tener hijos con su esposo, ya eso no, por un lado, dice que no cree en los hombres, lo del hermanito, lo del papá y ahora este tipo, dice que para ella los hombres son una porquería, y por otro lado, ya no es virgen, eso de llegar virgen al matrimonio no es posible, entonces ya para qué se va a casar. Dice que sabe que no todos los hombres son malos, que también hay hombres buenos, pero ella no quiere ensayar, además se pregunta para qué si yo ya no va a tener hijos. Agrega que su proyecto de vida era casarse y ser mamá, pero ya no. Momento en el cual pide que se termine la sesión, porque no quiere hablar más. Se le deja como tarea registrar emociones, sentimientos, pensamientos que aparezcan ante los recuerdos, así como sueños que tenga con el objetivo de enfrentarse consigo misma y con eso que siente.

### **7.5 Descripción de la sesión 5:**

En esta sesión “Y” llega diciendo que le ha ido bien, ha estudiado y dice que ya está saliendo más de su pieza a conversar con su mamá. Agrega que le da pereza salir con sus amigos, dice que hay unas amigas que han ido a visitarla a la casa, y le preguntan qué le pasa, le dicen que no ha vuelto a salir, le preguntan si está enojada y ella les responde que nada, que ha estado estudiando, y se mete por el lado de la media técnica y por el lado de que estuvo un tiempo enferma y no fue a estudiar, aquí menciona que por eso casi pierde el año. Dice que eso fue en ese tiempo que pasó todo, principio de año y hasta marzo, algo así, que no quería hacer nada, no quería que nadie le preguntara nada ni supieran nada. Sigue diciendo que ella no quería ni siquiera volver a estudiar, dice que la mamá le hizo una excusa de que estaba enferma y tenía

gastritis, pero nunca nadie supo nada. Según ella ahora es que se está recuperando, se dedicó solo a estudiar para ser neuro-pediatra y darle una casa a la mamá, ahora eso es lo único que quiere, que su mamá esté bien, dice que si hace algo por la mamá, lo está haciendo por ella misma, agrega que esa mujer es su vida entera, dice que ahora como están las cosas con el papá, se van a separar, ya se cambiaron los papeles, ahora está con su mamá, agrega que defiende a su mamá y casi no le habla al papá, solo por servirle la comida cuando llega de trabajar y una que otra cosa, no más. Manifiesta que ha estado muy apegada a la mamá, como una niña que no puede hacer nada sola, se ríe, dice que hasta para salir a la tienda, no va si no es con la mamá, que la recoge en el colegio y se van en bus para la casa, continua diciendo que no volvió a pasar por allá, que hay veces que pasa con la mamá rápido, siente que la persiguen, agrega que hace poco le dio mucho susto porque dijeron su nombre, llamaban duro y pensaba que la estaban llamando, aceleró el paso y se tranquilizó porque una muchacha contestó, momento en el que descansó; dice que es muy duro porque no sabe quién fue el que le hizo eso, como tenía capucha, entonces la puede estar por ahí mirando y no se da cuenta. Dice que es común que sienta miedo de encontrárselo, o que la persigan o que la van a abordar para hacerle algo, dice que ya vive toda “psicosiada”, con miedo. Agrega que por eso es que se cambió el cabello, cambió su imagen para que él no la reconozca, aunque también piensa que ese tipo estaba trabado y de pronto no se acuerda, pero otras veces piensa que a ellos se les pasa la traba y luego se acuerdan. Expresa que le dolió mucho porque lo que más quería de ella era su cabello, largo y mono, muy bonito, ahora se lo cortó y se lo tinturó de negro, dice que se dañó el pelo. Continúa diciendo que ya no le gusta organizarse porque a ella le gustaba usar blusitas pegadas y jeans; ahora le da asco cuando los hombres le dicen a la mamá suegra, cuídeme la muchacha, le da pereza que sean tan morbosos. Agrega que su autoestima está por el piso, que ya no se quiere ni mirar al espejo, ni

maquillarse, ni nada, continúa diciendo “¿para qué?”, ya no le interesa, ahora se preocupa porque su mamá esté bien y por estudiar, no más. Con respecto al tema de la alimentación, dice que casi no le da hambre, que ella come porque la mamá hasta se tiene que enojar con ella para que lo haga, y eso que come cualquier cosa, seguidamente dice que el hermanito es bien metido, es que es muy fastidioso, le dice a mi mamá, vea a “Y”, le da fastidio ese peladito. Con respecto al sueño responde que le dan pesadillas, se despierta toda asustada, pero no sabe qué estaba soñando, solo se despierta así, como ahogada y llorando. Habla de su salud, dice que se va a enfermar y que su mamá planea llevarla al médico. Aquí se cierra la sesión, dejando como compromiso que va a aceptar salir con sus amigas un poco así no quiera hacerlo, así mismo ser más responsable con la alimentación porque sabe que está afectando su salud.

#### **7.6 Descripción de la sesión 6:**

A esta sesión “Y” llega diciendo que está bien, agrega que se ha sentido mejor, que ahora se organiza más (risas), añade que salió el fin de semana con unas amigas y comió helado, dice que no quería salir y la mamá casi que la obligó, añade que así sin querer, ya ha hecho cosas, dice que le ha tocado porque su hermanito es muy metido y le pregunta que le pasa, por qué está encerrada, empieza a darle picos y a abrazarla, entonces le toca pararse y moverse para que la deje en paz. Pone música en la casa, hace oficio y ve televisión. Dice que así se ha sentido mejor, porque ella sola piensa muchas cosas y se acuerda de cosas que la ponen muy mal, habla de que el tema del bebé sigue estando presente, eso aparece hasta en la sopa, dice que entre más le saca el cuerpo más aparece, eso es como quien no quiere caldo que se le dan dos tazas, en las canciones hablan de cosas, en la televisión muestran bebés, las noticias, el abandono de niños, el aborto, en la calle están los niños, los coches, las embarazadas, las amigas hablan de sexo, de que el novio, de que el embarazo, de que esto y lo otro, siempre todo tiene que ver y expresa que no

soporta eso, le da una cosa en todo el cuerpo y ganas de llorar, esa cosa la describe como un desespero, “siento acá (se toca el vientre), un vacío, sí eso es un vacío muy grande”, “es que no es tanto lo de la violación, es el bebé, yo no he podido con eso”. Dice que ante lo anterior se pone malgeniada, grosera, más con el papá y con el hermano, se enoja y no soporta nada, trata de calmarse respirando, pero es muy difícil. Después de eso la mamá habla con ella, le dice que tranquila, que ella la entiende pero que a veces se pasa y también en una ocasión la regañó porque un día zarandó a la perrita, “ella me desesperó ladrando y yo la cogí y le hice así duro, mi mamá me gritó ¡“Y” vas a matar a la perra!, ahí como que caí en cuenta y me calmé”. Agrega que la mamá le dijo que si hubiera tenido ese niño lo coge como cogió a la perra y lo mata, él llora o algo y usted se desespera, como le tiene rabia porque le recuerda quien es el papá lo coge y acaba con él, mata al niño. Dice que a veces no se reconoce y se asusta de sí misma; se calma cuando se va para su pieza, se encierra y se acuesta. Después de un silencio dice que está tratando de mejorar eso desde lo que pasó con la perra, “es que yo la amo mucho, esa perra y mi mamá son mi vida”. Se cierra la sesión con la tarea de seguir haciendo cosas que le gusten, como salir con amigas a comer, salir con la mamá y comer un helado, hacer en la casa cosas diferentes a estar encerrada en la habitación, etc., así no quiera, obligarse a sí misma y salir.

### **7.7 Descripción de la sesión 7:**

“Y” llega diciendo que se ha sentido mejor, que va muy bien en el colegio, con la media técnica, los profesores la han felicitado y no ha peleado casi con el papá ni con el hermanito. Expresa que está más tranquila, malgeniada sí, pero no explotando tanto, está comiendo y durmiendo mejor, además las amigas han estado visitándola, salen y dan una vuelta. Ahora, con respecto al tema de la relación de los padres, dice que cada uno por su lado; el hermanito como siempre fastidioso y cizañoso, metiéndole dudas al papá, porque la mamá y ella salen, porque si

se demoran, eso es que ya está por allá con otro y cosas así. Agrega que la mamá está más tranquila, ella dice que quiere que él se vaya, pero él es como las cucarachas, con él para afuera y él para adentro. Al respecto dice que con tal de que la mamá esté bien y tranquila ella también está bien, porque como ella ya vio el daño que él le ha hecho a la mamá, y las mozas que se ha conseguido es mejor que se vaya, dice que la mamá está muy joven y está trabajando, por lo cual, en los días de trabajo de ella, se ha ido sola para el colegio y se ha devuelto sola también, dice que eso ha sido maluco, agrega que lo bueno ha sido estar entretenida haciendo cosas en la casa, cocinando y haciendo oficio. Con respecto al transporte para el colegio, dice que no volvió a caminar, siempre bus y cuando pasa por ahí voltea la cabeza. Con esto dice que ha podido ser más independiente y hacer cosas sola, pero le hace mucha falta la mamá, aunque también la ha estado dejando más sola y diciéndole que no puede estar siempre ahí, que ella puede sola, con voz infantil dice: “mi mamá me tiene que mimar, cuidar y consentir (risas), no mentiras yo sé”. Después de un silencio dice que quiere emborracharse para olvidarse de todo esto, por lo menos ver si la hace sentir mejor y ver qué pasa. Agrega que no llora, un poquitico y ya, porque como el hermanito no sabe nada y es tan metiche, le ve los ojos así y le empieza a preguntar cosas, sin embargo expresa que ni siquiera encerrada llora, entonces en el cierre de esta sesión se deja la tarea de permitirse sentir y si es necesario llorar, asumir la soledad, y con ella los recuerdos, los sentimientos y las emociones, evitar seguir huyendo de ella misma, todas sus experiencias están dentro de sí, y eso no lo borra el licor, lo que hay que hacer es enfrentar ese dolor, llorar es importante.

### **7.8 Descripción de la sesión 8:**

La paciente llega a la sesión manifestando que está bien, con respecto a las tareas de las sesiones anteriores dice que lo de salir si lo ha hecho, y llorar también (risas). Agrega que ya se

emborrachó, dice que lo hizo con su mamá, en la casa de una amiga de ella. Continúa diciendo que esta amiga tiene la misma historia de ella, pues parecida, el hijo mayor de ella es hijo de una violación y el muchacho es “normal”, es todo lindo y juicioso, y la mamá lo quiere, normal, común y corriente. Entonces se tomaron una caja de ron, según ella como bebiendo gaseosa, en menos de una hora ya estaba borracha, pero mucho, se cayó varias veces, amaneció aporreada, la mamá le cuenta que la estaba embarrando, que le decía a la amiga de ella que tenían algo en común, la mamá la callaba y le decía a ella que estaba borracha, que estaba hablando bobadas. Con respecto a sus expectativas de sanar y olvidar todo con el licor, dice que no, agrega que al día siguiente se sintió peor y el guayabo fue asqueroso, vomitó mucho y parecía enferma, todo el día en la cama vuelta nada. Agrega que no le quedaron ganas de volver a tomar, que asco, y además para qué eso sigue ahí, el licor no cura eso. Después de un silencio dice que no ha podido aceptar eso que pasó, dice que se hace la boba y quiere que eso pase ya, por eso es que no quiere volver a la consulta, no quiere que nada le vuelva a recordar eso que pasó, se quiere meter de lleno en el colegio y en la media técnica y dejar eso así, olvidado. Agrega que se quiere hacer la boba, como si eso no hubiera pasado y ya, dice que es muy difícil, que cree que nunca lo va a superar, lo de la violación sí, pero lo del bebé no. Agrega que sí reconoce que ha mejorado, pero quiere que sea ya, que eso se acabe ya. Posteriormente reconoce que ha avanzado y agradece, reflexiona diciendo que ella es responsable, que este es un compromiso y lo va a hacer. Se cierra la sesión enfatizando en la importancia de reconocer que es un proceso que requiere esfuerzo y tiempo, se deja la tarea de hacer apuntes sobre lo que siente y relacionarlo con los recuerdos o momentos que vive.

### 7.9 Descripción de la sesión 9:

A esta sesión “Y” llega con nuevo look, dice que se organizó el cabello y se lo cepilló, dice que tampoco se puede echar a morir, que le gusta sentirse bonita, y también le van a poner ortodoncia para que se le pongan bonitos los dientes. Por otro lado, dice que ya el papá se fue de la casa, siquiera porque era muy maluco para la mamá tener que vivir ahí con él y ella misma ya no se lo aguantaba. Dice que también pasó otra cosa, que están más unidos el hermanito y ella, ya no pelean, ni por la casa ni nada, se reparten el oficio, salen juntos, dice que él es muy celoso, entonces la acompaña y no la deja salir sola (risas), que, porque se consigue un novio, y ella lo molesta con eso, pero mentiras, cuando sale sola es al colegio o para hacerle algún favor a la mamá. Añade que no le interesa conseguir un novio, dice que está bien así. Sigue diciendo que los hombres son lindos, lo que pasa es que ya no confía en ellos y no le ve sentido al matrimonio, primero por lo que ha visto con la mamá y el papá y segundo porque ya no es virgen y no va a tener hijos. Después de un silencio dice que cuando le hicieron la historia odontológica le preguntaron si tenía hijos y dijo que no, ¿embarazos?, dijo uno, entonces la miraron raro, ¿embarazo sí, hijos no?, ¿abortos?, si, uno. Agrega que eso es muy maluco, así es cada vez que va al médico, esas preguntas, embarazos, hijos, abortos, y la miran raro, eso es maluco. Seguidamente dice que siente ese vacío, culpa y piensa mucho en ese bebé, es como una imagen imborrable. Después de un momento en silencio dice que siente que las personas la juzgan, no se ponen en su lugar, sino que siempre están ahí es para criticar, sin saber qué fue lo que pasó. Por otra parte, dice que ha tenido ganas de hacerse un tatuaje con unas alitas y la fecha del aborto, para tenerlo ahí, siempre presente, eso significaría ese bebé. Pero no lo hace porque no quiere que la gente esté preguntando por ese tatuaje, ¿qué son esas alitas?, ¿qué es esa fecha y eso por

qué?, y además nadie sabe eso que pasó, solo los papás, pero si le gustaría hacérselo, no está el bebé, por lo menos las alitas, dice que eso no lo quiere aceptar.

Se cierra la sesión dejando como tarea hacer lectura sobre el duelo y sus etapas, así mismo registrar emociones, sentimientos, ideas y opiniones al respecto.

## 8. Marco conceptual de referencia

“La angustia es un «estado afectivo», un temple psíquico que [...] posee, como otros sentimientos una intencionalidad, una referencia u objeto intencional”

(Aranguren, 1982, p.9).

Cabe anotar que el presente marco conceptual de referencia se presenta en el orden dado por las categorías en las que se agruparon las diferentes situaciones vivenciadas por la paciente en el estudio de caso clínico, las cuales fueron: Emocional y Situaciones Límite.

### 8.1 Emocional

En este texto se pretende relacionar la angustia con las experiencias de abuso sexual y aborto; tal como lo expresa Jolivet (1976) cuando referencia a Heidegger, la angustia expresa el sentimiento más profundo y es el principio y fuente de los demás, como voluntad, ansia, deseo, inclinación, impulso. Al respecto, Kierkegaard (1982) agrega que, ante más angustia, más sensibilidad.

Ahora, con el fin de continuar la correlación entre angustia, abuso sexual y aborto, cabe mencionar que la paciente experimenta angustia con relación a dichas vivencias, y es importante tener en cuenta que ante la angustia el Ser siente que su existencia se reduce, se angosta, hasta “no ser”, hasta la nada, y esto significa la muerte; la angustia unifica y concreta al ser humano. Dado lo anterior, la angustia también genera un sentimiento esperanzador, y es que es temporal, en algún momento termina, dado que el Ser se debate entre ser y no ser.

Aranguren (1982), expande esta idea diciendo que la angustia no se refiere a *nada* determinado, sino a la pura posibilidad y se enfrenta al “«vértigo de la libertad»: la libertad fija la vista en el abismo de su propia posibilidad e intentando sostenerse echa mano a la finitud” (Aranguren, 1982, p.10).

Con relación a esto, Kierkegaard (1982) plantea que la angustia debe entenderse con relación a la libertad; agrega que el educado por la angustia está educado a la posibilidad y por tanto a la finitud.

Siguiendo esta línea, Ferrer (2013) se acoge a lo planteado por Heidegger y menciona que hablar de la angustia es hablar, irremediablemente, de la nada. Una nada que se nos escapa en la medida en que apela a una «realidad» escurridiza, que no se deja aprehender por el instrumento privilegiado del concepto. No hay algo así como un concepto de la nada; la nada se desvanece en el ejercicio de su intelección. Intelectualizada sería algo, y la nada, nada es. Lo que sí hay es una experiencia de la nada, de manera que lo que el concepto nos hurta la experiencia nos lo concede, la cuestión será tratar de acceder a esa «experiencia» de la nada.

Y en concordancia con lo expuesto, Ferrer (2013) cita a Heidegger:

Con todo se da en nosotros un sentimiento de radical y decisiva importancia para la cuestión básica de la ontología, para el ser del Dasein: el sentimiento de la angustia (Angst) –un «encontrarse» fundamental. Una acción de apertura que nos pone en música – digámoslo así– nuestra existencia. Sabemos, sentimos y notamos que existimos y así «la angustia [nos] hace patente la nada» (Heidegger, 1974: 51) (Ferrer, 2013, p.58).

La angustia es un detonante de consciencia, ante la cual el ser humano reconoce lo contradictorio de existir, de emerger, en la medida que emerge, puede dejar de emerger, ser y no ser simultáneamente. Por otro lado, es paradójica, mientras más insiste en ser, no es, y mientras más no quiere ser, es. Lo cual también lleva a hablar de la polaridad, que es precisamente ser y no ser, lo que conlleva al ser humano a debatirse entre sus posibilidades.

Y al respecto, Ferrer (2013) define la angustia como la posibilidad permanente, para el Dasein, de darse de bruces con una Nada que le provoca su radical temblequera: la quiebra de sus fundamentos, el estar constantemente al borde del abismo. Aquí cabe mencionar que De la Aribiera (2008), contextualizando a Rollo May, plantea que «la ansiedad es el estado de espíritu del individuo al darse cuenta de que su existencia amenaza ruina, de que puede hundirse con todo su mundo y convertirse en nada».

El mismo autor, sigue la línea de los pensamientos de Rollo May y expone que éste considera que la raíz de la problemática de la ansiedad se halla en los valores, que, al verse amenazados, desencadenan en el individuo ansiedad, al cual llama sentimiento de aprehensión.

Dada la complejidad, ante la angustia la consciencia lleva a la desesperación, entiéndase esta como el impulso para resolver la angustia, que implica despojarse de su ser finito para entregarse a su ser infinito. Despojarse el ser finito es despojarse de lo que lo angustia y entregarse a no ser, que es lo eterno; lo cual es concordante con lo citado por De la Aribiera (2008), cuando refiriéndose a Rollo May, dice que él afirma que los movimientos en pro de la salud mental han puesto su acento en la «liberación de la angustia», como ese «fenómeno invasor y profundo».

En el caso de abuso sexual, se está siendo, entre otros, sufrimiento, dolor, rencor, odio, y dejar de ser esto genera angustia, porque es lo que determina, da certeza y lo ubica en la debilidad, dejar de ser eso es no ser más. Aquí cabe mencionar el salto de fe, el cual es una decisión no racional, pasar de una cualidad a otra; saltar sobre el abismo de la incertidumbre, de la nada, implica riesgo y elección. Precisamente soltarse de la angustia implica libertad y responsabilidad, es elegir una posibilidad, y como posibilidad aún no es, por tanto, genera incertidumbre.

Es común encontrar casos de niños, niñas y adolescentes que ante la angustia que les genera la experiencia de abuso sexual, eligen poseer baja valoración de sí mismo, bajos niveles de autoconfianza, autoeficacia y autoeficiencia, déficit de motivación y proyección a futuro, ideación o intento suicida, baja tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional, dificultad para establecer vínculos estables, poco control de impulsos, dificultades en las relaciones sociales, estrés, conductas sexualizadas, dificultad para evaluar, medir consecuencias y riesgos, consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones no químicas, enuresis, encopresis, alteración en los ciclos de sueño y alimentación y estados ansiógenos que obstaculizan los procesos cognitivos básicos y superiores, y otros aspectos interrelacionados.

De esta manera, en gran medida, desencadenan dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento académico y desmotivación escolar, lo cual en algunos casos genera deserción y atraso escolar; relaciones interpersonales y prácticas sociales riesgosas, hostilidad, violencia, actitud desafiante y opositora frente a la autoridad, al cumplimiento de la norma y el límite establecido por estos, déficit en habilidades sociales básicas, avanzadas y de planificación lo que afecta el establecimiento y desarrollo de su proyecto de vida; fugas de casa y en ocasiones permanencia en calle; desnutrición, presencia de enfermedades de transmisión sexual, embarazos

no deseados y a temprana edad, carencia de hábitos de higiene y autocuidado, así como otras manifestaciones psicosomáticas, psicosociales o psicoafectivas.

Por otro lado, es importante resaltar que en gran medida el acto abusivo es ejecutado por personas cercanas o parte del grupo familiar, lo cual está ligado a la ruptura de vínculos afectivos, sean parentales, fraternales o en otro orden de filiación. Dicha ruptura no deja de relacionarse con el tema de la confianza, si esa (s) persona (s) hace parte de su círculo más próximo, ese niño, niña o adolescente “se enfrenta con su existencia, con sus límites y temores, con las contradicciones que supone la azarosa encarnación humana” (Aranguren, 1982, p.9).

En este orden de ideas, esta contradicción hace referencia a que esa persona, muchas veces significativa en su vida, traicionó su confianza, y al respecto Ferrer (2013) dice que estamos en el mundo en la medida en que lo habitamos, lo amamos, lo cultivamos; un perpetuo condimentar la realidad para no perder la familiaridad con la misma, esa cercanía, esa confianza «natural» con que de ordinario andamos y nos tratamos con las cosas, aquí se añade que no sólo se trata de cosas sino también de personas. El mismo autor agrega que somos artífices de nuestra propia seguridad en constante vigilia contra todo aquello que trate de franquear nuestro muro de cotidianidad, de seguridad, de calma.

Sin embargo, tratándose de un niño, niña o adolescente, “en la inocencia no está el hombre determinado como espíritu, sino psíquicamente, en unidad inmediata con su naturalidad” (Kierkegaard, 1982, p. 59). Por lo tanto, no es culpable, “quien se hace culpable por angustia es inocente: no fue él mismo, sino la angustia, un poder extraño que hizo presa en él, un poder que él no amaba, del cual, por el contrario, se apartaba angustiado” (Kierkegaard, 1982, p. 61).

El mismo autor, plantea que la inocencia es ignorancia y la inocencia sólo puede ser suprimida por una culpa. La angustia que existe en la inocencia no es una culpa, no es una carga, no es un sufrimiento que no pueda conciliarse con la beatitud de la inocencia.

Jolivet (1976) en su capítulo que hace referencia a Heidegger menciona la temporalidad como característica del Dasein y dice que proporciona el sentido ontológico del cuidado. Aquí se añade la búsqueda de seguridad de la existencia, y por lo tanto instruir en prácticas de cuidado y autocuidado es fundamental con las víctimas de abuso sexual; ello a partir de la necesidad incesante de acumular seguridad, de construir estabilidades y regularidades.

Ahora, de acuerdo con Ferrer (2013) una buena manera de ganar en seguridad es generar distancia, es decir, andar con cuidado a la hora de otorgar confianza, pues al dar confianza se da cercanía, y la cercanía hace aumentar la amenaza; lo amenazador podrá ser una cosa, una persona, una circunstancia, ello nos es indiferente, pero lo fundamental es que, sea lo que fuere, debe ser algo activo, algo que puede acercarse –y en la medida en que se acerque irse tornando cada vez más temible y amenazador. Son temibles las cosas susceptibles de causar daño, ese es su sentido maléfico; una maldad no dotada, al menos aquí, únicamente de un sentido moral, sino que remite, en última instancia, a aquello que viene a alterar, a modificar, un estado de cosas en el cual nos reconocemos, el cual oferta seguridad o estabilidad.

Sin embargo, Ferrer (2013) agrega que por mucho que nos protejamos en nuestra habitual y cotidiana familiaridad con las cosas no quedamos libres del asalto de acontecimientos extraños, imprevisibles, sustos, espantos, temores, desconciertos que nos destemplan; sentimientos que ponen en tela de juicio nuestra arquitectónica de lo cotidiano, la seguridad de nuestras redes. El mismo autor agrega que habitamos el universo como un hogar propio, lo cual lo convierte en nuestro mundo y lo carga de sentimiento, sin embargo, las leyes físicas se ensañan “con nosotros

–cosas y personas– con igual «desconsideración» [...] Ante ello sólo nos queda –y, bien mirado, no es poco– blasfemar y maldecir a esa «injusta» naturaleza [...]” (Ferrer, 2013, p.57).

Ahora bien, en sentido de integridad, en este caso es preciso tener en cuenta el tema del cuerpo, enmarcando la comprensión en la Bioenergética de Lowen, según este autor, la bioenergética trata de entender la personalidad humana en función del cuerpo, “es el estudio de la personalidad humana en función de los procesos energéticos del cuerpo” (Lowen, 1986, p. 44).

Aquí es interesante hacer mención de lo que Lowen cuando referencia a Reich, expresa sobre la estructura, dice que es un conjunto de tensiones musculares crónicas del cuerpo, la cual suele denominarse armadura porque sirve para proteger a la persona de las experiencias emotivas dolorosas y amenazantes. Añade que la defienden de los ataques de los demás y también de los impulsos de su propia personalidad. Por otro lado, el mismo autor afirma que la armadura muscular sirve para mantener la economía energética, que se refiere a la carga y descarga de energía, puesto que sujeta la energía que no puede descargarse. Y acude a Reich para hacer referencia a que una persona sana no tiene una energía sujeta en su armadura muscular, por lo tanto, tiene disposición al placer sexual o a cualquier otra expresión creadora; por el contrario, las personas con energía a niveles bajos, es característica de tendencia a la depresión. Lowen agrega que el hombre puede influir en sus actitudes mentales trabajando sobre el cuerpo y toma de Reich que la respiración ayuda a liberar sentimientos y memorias asociadas, haciendo énfasis en que “la fuerza o espíritu vital de un organismo ha sido asociada con su respiración” (Lowen, 1986, p. 63). En esta línea, el mismo autor devela que asistió a la terapia de Reich y manifestó que no le resolvió los problemas, sino que lo hizo más consciente de ellos; aduce que cada vez que se resuelven asuntos internos, sube el nivel individual de energía, la persona carga y descarga más energía en actividades creadoras, placenteras y satisfactorias. Por otro lado, él

expone que la vida emocional de la persona depende de la movilidad de su cuerpo, que es función de la expansión de la excitación a través de él. Y agrega que “la vida de un individuo es la vida de su cuerpo, como el cuerpo viviente incluye la mente, el espíritu y el alma, vivir plenamente la vida del cuerpo es ser mental, espiritual y anímico”. (Lowen, 1986, p. 41).

En este orden de ideas y teniendo en cuenta que los temas en cuestión, tanto el abuso sexual como el aborto, corresponden a heridas emocionales que han afectado el sentido de vida de la paciente, es preciso traer a colación a Frankl (1989), quien en su libro *El Hombre Doliente*, habla de la logoterapia como una psicoterapia centrada en el sentido y su principio impulsor dice que el hombre es un ser que se encuentra en constante búsqueda del sentido, en la cual se presentan frustraciones dadas las condiciones o circunstancias por las que atraviesa la sociedad o la persona, según el mismo autor, estas frustraciones están cargadas en buena parte por la trágica tríada que se compone de (1) sufrimientos, (2) culpa y (3) muerte, “ninguno de nosotros puede evitar el encuentro con el sufrimiento ineludible, con la culpa inexcusable y con la muerte inevitable” (Frankl, 1983, p. 29), y agrega:

La pregunta que debemos formularnos es: ¿cómo podemos decir sí a la vida a pesar de todo este su aspecto trágico? Una pregunta que lleva a esta otra: la vida, a pesar de todos sus aspectos negativos, ¿puede tener un sentido, mantener el sentido en todas sus condiciones y circunstancias? Lo primero de todo hay que abordar la vida como es, según leemos en una carta de Rilke a la condesa Sizzo: «El que no acepta de una vez con resolución, incluso con alegría, la dimensión terrible de la vida, nunca disfrutará de los poderes inefables de nuestra existencia, quedará marginado y, a la

hora de la verdad, no estará vivo ni muerto.» Pero hay algo más: también de los aspectos negativos, y quizá especialmente de ellos, se puede «extraer» un sentido, transformándolos así en algo positivo: el sufrimiento, en servicio; la culpa, en cambio; la muerte, en acicate para la acción responsable. De un modo u otro, debe haber frente a los aspectos trágicos de nuestra existencia la posibilidad de to make the best of it, como se dice bellamente en inglés: la posibilidad de sacar el mejor partido; lo mejor se dice en latín optimum; y ahora comprenderán ustedes cómo llegué yo a la expresión «optimismo trágico» (Frankl, 1983, p. 29).

Según Frankl (1983), toda la realidad humana se caracteriza, en efecto, por su autotranscendencia, esto es:

Por la orientación hacia algo que no es el hombre mismo, hacia algo o hacia alguien, mas no hacia sí mismo, al menos no primariamente hacia sí mismo. “Cuando yo me pongo al servicio de algo, tengo presente ese algo y no a mí mismo, y en el amor a un semejante me pierdo de vista a mí mismo. Yo sólo puedo ser plenamente hombre y realizar mi individualidad en la medida en que me trasciendo a mí mismo de cara a algo o alguien que está en el mundo. Lo que debo tener presente, pues, es ese algo o alguien, y no mi autorrealización. Es más: debo relegarme a mí mismo, postergarme, olvidarme; debo pasarme por alto como el ojo debe pasarse por alto para poder ver algo del mundo (Frankl, 1983, p. 30).

Es preciso agregar elementos de la psicología humanista existencial para hacer lectura de la decisión de interrumpir el embarazo como “Interrupción Voluntaria”, de aquí el abordaje de términos de decisión, voluntad y responsabilidad. Yalom (1984) habla de la responsabilidad como condición previa para el cambio terapéutico, “mientras uno piense que la propia situación y disforia se deben a alguien más o a una fuerza externa, ¿qué sentido tiene esforzarse por cambiar? La gente se esfuerza continuamente por eludir la conciencia de la responsabilidad”. (Yalom, 1984, p. 276). Ahora, teniendo en cuenta la evitación de la responsabilidad, Yalom (1984), lo nombra “negación de la responsabilidad: la víctima «inocente» [...] un tipo especial de evitación de la responsabilidad que se observa a menudo en individuos que niegan la responsabilidad por creer que son víctimas inocentes de los acontecimientos que ellos mismos (sin querer) han desencadenado” (Yalom, 1984, p. 277). Yalom es firme al manifestar que cambiar «no quiero» por no puedo, es un mecanismo especialmente concebido para ayudar a despertar el sentido de responsabilidad. Donde es importante añadir el término de culpa, la cual nombra “culpa existencial «autocondenación», «arrepentimiento», «remordimiento», etc.” (Yalom, 1984, p. 346).

Yalom (1984) incluye la palabra voluntad «responsabilidad, voluntad y acción», nombra que la conciencia de la responsabilidad no es, en sí misma, sinónimo del cambio, sino que es únicamente el primer paso para el mismo, siendo según el mismo autor, la finalidad de la psicoterapia, como acción, que lleve a adoptar un nuevo estilo de conducta. “la voluntad va inextricablemente unida a la libertad” [...] hace muchos años el concepto de «voluntad» se reemplazó por el de «motivación» (Yalom, 1984, p. 352) y el mismo autor referencia a Rollo May para incluir el concepto de deseo, el cual según May es anterior a la voluntad.

Cabe señalar que partir de la experiencia descrita, la paciente desarrolló síntomas asociados al Síndrome Post-Aborto (SPA), Polaino (2009) expresa que el perfil sintomático está constituido por la presencia de una amplia variedad de síntomas y trastornos psicopatológicos, entre los cuales este autor resalta la tristeza, la evitación activa del recuerdo del aborto, la hostilidad hacia todo cuanto pueda hacérselo recordar, la irritabilidad ante la presencia de cualquier niño, las crisis de llanto, la fingida indiferencia hacia la maternidad, el insomnio o el abandono a la somnolencia excesiva, las pesadillas y ensoñaciones culpabilizadoras, la desmotivación o el activismo, y la presencia de muy variadas manifestaciones de ansiedad, que no cesa. Incrementándose, según Polaino (2009), la presencia de angustia, depresión, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, conductas de auto-castigo, pesadillas, fobias, ataques de pánico, trastornos psicósomáticos, terrores nocturnos, insomnio, trastornos de la alimentación, y disfunciones sexuales.

## **8.2 Situaciones límite**

Ahora, teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, es preciso anotar que la paciente, a partir de sus vivencias traumáticas, presentó afectación en diferentes esferas del ser, dentro de las que se destacan la esfera social, familiar y emocional. Se puede considerar que vivenció estados de ánimo depresivos, donde se afectaron sus conductas de sueño y alimentación, el aspecto académico, su autoestima y su femenino. Lo anteriormente expuesto corresponde a situaciones límite vivenciadas por la paciente, “una «situación límite» es un acontecimiento, una experiencia apremiante, que le impulsa a uno hacia la confrontación con la propia « situación » existencial en el mundo” (Yalom, 2000, p. 258). “Estas situaciones « límite» [...] incluyen experiencias tales como la confrontación con la propia muerte, alguna decisión irreversible de la mayor

importancia o el desmoronamiento de algún esquema fundamental que proporciona sentido” (Yalom, 2000, p. 196).

Jaspers (1973) habla de las situaciones límite como aquellas que nos enfrentan con grandes dificultades, que nos impulsan a la confrontación con nuestra situación existencial en el mundo, generando un estado de choque emocional, especialmente cuando nunca había tenido una situación de amenaza de vida.

Según Gómez y Londoño (2010), la situación límite por excelencia es la muerte. Esta experiencia límite nos hace tomar conciencia de nuestra finitud y enfrenta al individuo a su situación existencial arrastrándolo a una mayor conciencia del ser y, por lo tanto, a un estado más elevado. Esa conciencia del ser que supone el ver el propio límite puede catalizar un cambio interior de perspectiva, muy importante por posibilitar una reflexión profunda sobre nuestro lugar en el mundo y sobre nuestra existencia. Jaspers (1973), agrega que la muerte pone a prueba la coherencia de nuestro sentido vital y eso posibilita un cambio hacia una mayor autenticidad y hacia la posibilidad de vivir la vida con mayor intensidad.

Ahora, Gómez y Londoño (2010), mencionan la importancia de contextualizar *situación*, y dicen que para Jaspers (1983), situación, indica la posición de una realidad o cosa ante un sujeto. Estar situado, es estar de algún modo, forma o posición en determinado lugar, ya sea espacial, temporal o psíquicamente. No es sólo una realidad natural, sino más bien, física y psíquica a la vez. Como realidad concreta, representa para la existencia empírica del hombre ventaja o prejuicio, oportunidad o impedimento; es decir, que estar en determinada situación

alegre, triste, insatisfecho, sufriente, hace que se encuentre provisto de ellas para asumirlas y desde ellas experimentar su existencia. Y como existencia empírica, el hombre siempre está en situación, nunca deja de estar situado en el mundo, en una o en otra o en cualquier situación. No es posible pensar un hombre sin situación, le es inherente a su ser en el mundo, quien se encuentra en situación de ser.

Siguiendo las ideas anteriores, Álvarez (2007) afirma que Jaspers considera, que los seres humanos siempre están en *situación*, expresando que las situaciones cambian, las ocasiones suceden. Si estas no se aprovechan no vuelven más; se puede trabajar para hacer que cambie la situación, pero hay situaciones por su esencia permanentes, aun cuando se altere su apariencia momentánea y se cubra de un velo su poder sobrecogedor: no puedo menos de morir ni de padecer, ni de luchar, estoy sometido al acaso, me hundo inevitablemente en la culpa, y termina diciendo que estas situaciones son las que Jaspers llama, *situaciones límite*. Lo que significa que las situaciones le son impuestas al hombre y éste no puede sino vivirlas, sufrirlas, experimentarlas, aun cuando él sienta debe huir de ellas, o las niegue, no podrá escaparse, puesto que en ellas está la capacidad de lucha, la potencialidad, el propio y verdadero ser.

Gómez y Londoño (2010) agregan que hay situaciones que pueden ser modificadas hasta ignoradas por el hombre, pero nunca puede éste estar sin situación. La vida del hombre es una sucesión de situaciones; hay situaciones que se dan con la existencia empírica del hombre, las cuáles no puede transgredir, sin las cuales no logrará saborear lo compleja que es la existencia desde ellas, y son las que se han mencionado anteriormente como las situaciones límite.

Los mismos autores, en el contexto de Jaspers mencionan que en estas situaciones límite la existencia se nos plantea como un caos, todo se nos muestra adverso, queremos salir de ellas o transformarlas, cambiarlas, porque tendemos a ser felices como tendemos al ser. Quisiéramos eludirlas, pasarlas por alto para no experimentar lo escabrosas y fatales que pueden ser. La vida se nos muestra sin sentido, pero estamos inmersos en ellas, donde encontramos la templanza y el sentido de nuestra existencia, ante ellas chocamos como con un muro insensible, todo nos parece cruel y carece de sentido. No hay poder racional que las capte o comprenda, para los seres humanos sólo aparecen como absurdos, no son inteligibles por vía de la razón, a lo sumo, sólo se pueden esclarecer, sin lograr en ningún momento explicarlas o deducirlas. Se llega al fondo más íntimo del ser humano cuando se palpan; llegamos a ser nosotros mismos entrando en ellas pero con los ojos bien abiertos, es decir, con actitud despierta, porque aunque no las podemos cambiar, ni explicar, ni salirnos de ellas, podemos mantener la certeza de que pasarán y dejarán en nosotros un hombre más acrisolado. Pertenecen a la existencia, mientras que las otras situaciones cambiables o soslayables hacen parte de la conciencia inmanente; son las situaciones límite al lado del asombro griego que despertó la inquietud por la sabiduría, la duda (cartesiana) y la crítica (kantiana), el origen más profundo de la filosofía, es decir, que quien experimenta en su existencia las situaciones límite puede darse por bien servido de que ha podido palpar su propia existencia desde sus cimientos. Es el sufrimiento una de esas situaciones límite.

Álvarez (2007) expresa que en las situaciones límite, el hombre revela sus capacidades, se olvida del mundo superficial en el que vive y echa mano a una lucha constante por él, por su existencia, y referencia a Jaspers, para hablar de que la forma en la que se experimente el fracaso es lo que determina en qué acabará el hombre, lo que en otras palabras significa que las

situaciones límites son la forma como el ser humano encara lo inevitable o lo eventual. Concluye diciendo que para Karl Jaspers el hombre está inevitablemente referido a sus situaciones y enfrentado a su libertad, de manera que su existencia se configura en medio de la forma en la cual encara estas posibilidades vitales que pueden trocarse de situaciones límite como la muerte, la soledad, la separación, la pérdida o incluso formas sutiles como el apareamiento de los primeros signos de la vejez o la sensación de vacío frente a circunstancias donde está comprometida la propia valía.

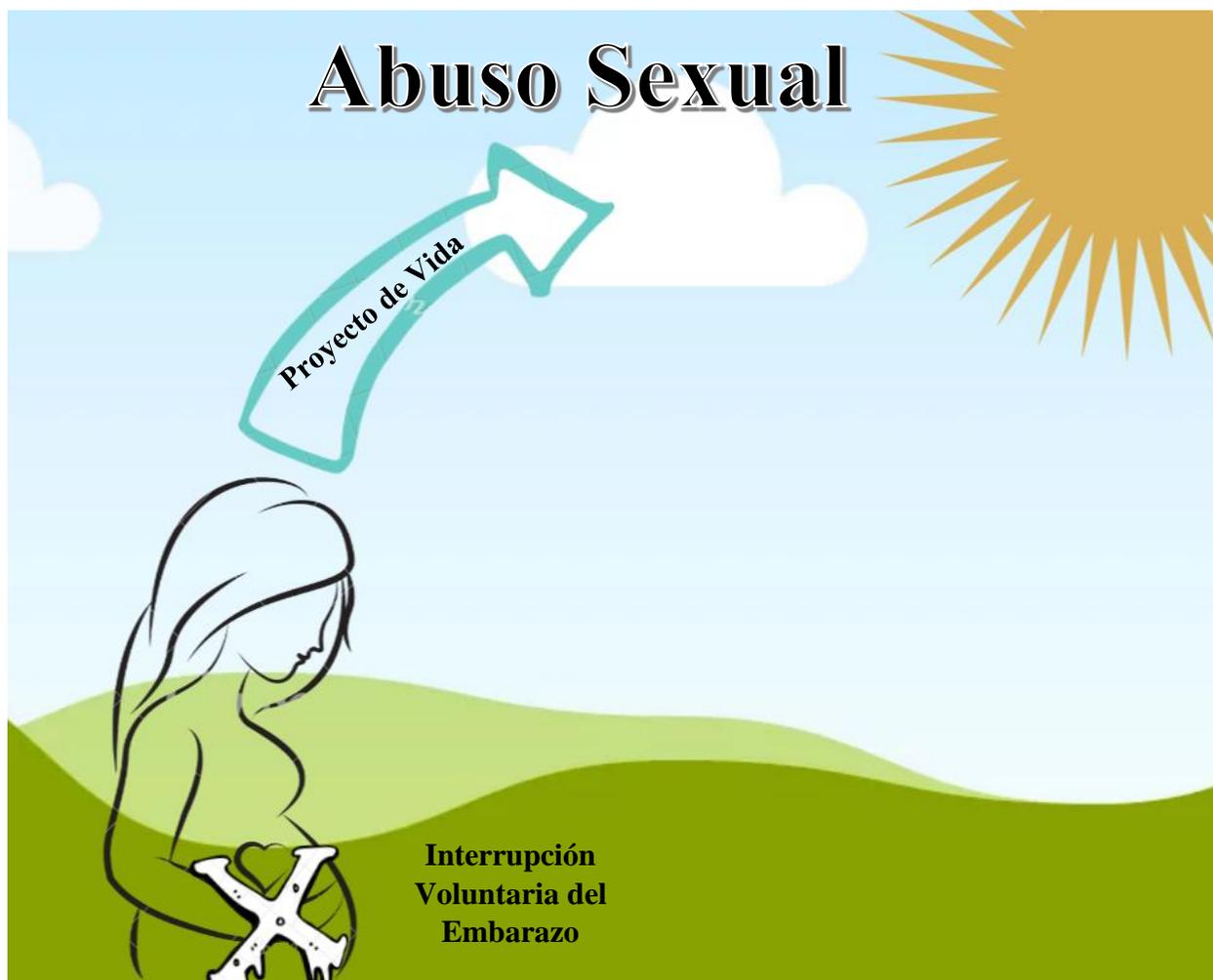
En este sentido, Álvarez (2007), afirma que para Jaspers, las inexplicables situaciones límite (la muerte, el sufrimiento, el azar, la culpa, la lucha), el tiempo, la multiplicidad de dimensiones de su sentido y la dinámica de la libertad, ofrecen paradójicamente al hombre la configuración de su persona, su mundo y su libertad. Seguidamente expresa que para Jaspers, ser - en - situación, es una condición en donde la praxis y el pensamiento, o en otras palabras, vida y obra, se entrelazan para significarse mutuamente.

El mismo autor, complementa lo anterior, expresando que Jaspers explica que en el dolor, en la flaqueza, en la impotencia, nos desesperamos. Y esto se ve claro en los seres humanos que temen a las situaciones límite que se le presentan mientras tienen felicidad, fuerza, se comportan optimistas y llenos de confianza en el mundo, pero al momento de la situación límite, experimentada como, fracaso, muerte o enfermedad, el ser humano experimenta un olvido de su condición, una huida y se ve empujado a asegurarse.

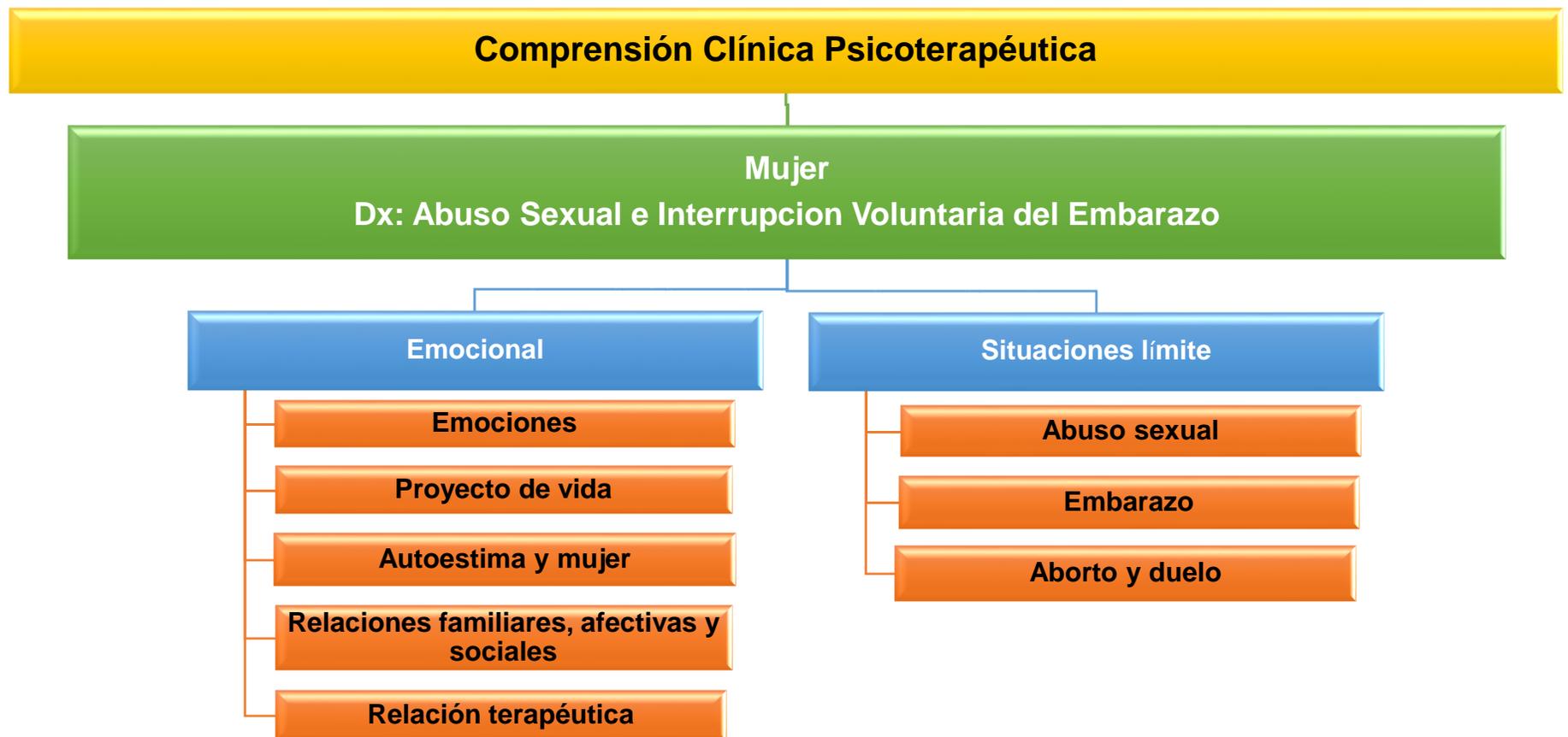
Para concluir, Álvarez (2007), afirma que las situaciones límite, no lo son porque limiten la libertad o las posibilidades humanas, ni porque impongan una pasiva aceptación de lo inevitable o las circunstancias de la vida, sino porque permiten que los humanos encuentren a través de ellas, un sentido y una autenticidad a la existencia.

## 9. Análisis del caso

### 9.1 Gráfico del caso



## 9.2 Mapa Categorial



Antes de iniciar, es importante mencionar que el presente análisis de caso se hará teniendo en cuenta las categorías emocional y situaciones límite, encontradas como relevantes dentro del caso, a partir del análisis de cada una de las sesiones del proceso clínico, identificando en primera instancia los temas abordados, posteriormente compilándolos en grupos por categorías y seguidamente por subcategorías, además, cada uno con sus subcategorías teóricas y descriptivas, lo que permite comprender la experiencia de la paciente, teniendo en cuenta un orden para darle un sentido teórico, que a su vez de pie para analizar el caso sin perder elementos que sean importantes en este proceso. Cabe anotar que cada relato de la paciente, se encuentra entre comillas para respetarlo tal cual como ella lo expresa, y está codificado por sesión y renglón en el que se puede ubicar de manera ágil dentro de las sesiones. Teniendo estas consideraciones, ahora se procede con la comprensión del caso, categoría por categoría, de la siguiente manera:

### **9.2.1 Categoría: Emocional**

Para iniciar con la categoría emocional, es preciso anotar que la mayor herida emocional de la paciente radica en la interrupción del embarazo; es importante resaltar que, según el Ministerio de Salud, la sentencia C-355 de 2006 -al reconocer este derecho- crea la opción, pero no obliga a ninguna mujer a optar por la interrupción voluntaria del embarazo, con lo cual se ratifican los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva y es preciso que las mujeres cuenten con asesoría en opciones, en la que se les informe que aun estando inmersas en alguna causal pueden optar por seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción. Ante lo cual la paciente manifiesta: *“me atendió otra psicóloga y me dijo que yo tenía que abortar”* S2r5 y *“la psicóloga en la EPS para que me ayudara con eso que*

*pasó y ella me echó pura cantaleta y no me creyó [...] S2r5 y luego decía que la habían violado para poder abortar” S2r5.*

Además de lo anterior se encuentra la revictimización sentida por la paciente: *“y usted ha sido la única que no me ha preguntado por lo de la violación, que me ha tocado contarle a todo el mundo, que, en el hospital, que, en la denuncia, que, en la fiscalía, que, en el bienestar familiar, que donde esa psicóloga que no me creyó” S4r2, “es que siempre lo mismo, y porque me pasó eso” S2r3.*

A partir de la experiencia descrita, la paciente desarrolló síntomas asociados al Síndrome Post-Aborto (SPA), Polaino (2009) diferencia tres etapas:

(1) En la etapa inicial los síntomas predominantes son la irritabilidad, la frustración y la tristeza. Los hechos están ahí, pero no resultan del todo creíbles. La frustración emana de la impotencia de quien, pasado ese suceso traumático, continúa reconociendo que, en aquellas circunstancias, «no podía hacer otra cosa que la que hizo». Esto aumenta la impotencia experimentada. Al mismo tiempo que a causa de esa supuesta justificación— se encubren y alivian, transitoriamente, los opacos y confusos sentimientos de culpabilidad, que no por eso quedan resueltos (Polaino, 2009, p. 379)

A esta etapa corresponden los síntomas descritos por la paciente de la siguiente manera: *“me dan pesadillas , me despierto toda asustada, pero no sé qué estaba soñando, solo me despierto así, como ahogada y llorando” S5r11, “casi no me da hambre , yo como porque mi mamá hasta se tiene que enojar conmigo para que coma y eso que me hago la boba y como*

*cualquier cosa y ya” S5r10, “un día sarandé a mi perrita, ella me desesperó ladrando y yo la cogí y le hice así duro, mi mamá me gritó ¡“Y” vas a matar a la perra!, ahí como que caí en cuenta y me calmé[...] S6r9 a veces no me reconozco y me asusto de mi misma” S6r10, “yo solo me desespero, me he vuelto malgeniada, más de lo que era antes, me enojo, no me soporto nada, y respiro y trato de calmarme, pero es muy difícil. He estado muy grosera con mi papá y con mi hermanito” S6r8, “un vacío, siii eso es un vacío muy grande” S6r7.*

(2) En la etapa intermedia predominan los recuerdos de lo que aconteció. Un secreto que se revive a diario y no cesa de ser evocado, por lo que emerge a su continua consideración en lo secreto de la intimidad. Los recuerdos se siguen unos a otros en una secuencia perfecta, adornada con numerosas imágenes — reales o imaginarias— de contenido traumático. La nostalgia e inquietud acerca de «cómo sería la criatura» hoy, de no haber interrumpido el embarazo, culminan las características de esta larga etapa, que puede prolongarse durante décadas. Lo que mejor la define es esa constante «rumiación» de aquél suceso, todavía no asumido como tampoco superado del todo. De acuerdo con esta nota distintiva, parece que el principal núcleo que sostiene las manifestaciones sintomáticas del SPA asienta en la memoria y en cierta ideación obsesiva y recriminatoria (Polaino, 2009, p. 379).

A esta etapa se asocia lo que la paciente nombra de la siguiente manera: *“entonces el día de mañana que yo lo quiera tener como mi hijo, es que era mi hijo, ¿entonces qué?, no voy a poder?” S3r16, “era mi hijo, independientemente de eso” S3r11, “ me hicieron mil exámenes y*

*cuando me hicieron la ecografía, hayyyy sí, yo lo vi y sentí el corazón S3r17 [...] desde ese momento amor, es que sentirle el corazón y que el médico dijo que era un niño, incluso me preguntó que cómo se llamaba, yo no sabía que decir y le dije “P”, así se quedó, yo le decía “P” y le hablaba y todo” S3r18, ”quiero hacerme el tatuaje de unas alitas con la fecha del aborto [...]S9r9 para tenerlo ahí, siempre presente, eso significaría ese bebé” S9r11. Cabe anotar que la paciente durante un tiempo mantuvo el tema del abuso sexual y del embarazo en secreto, lo cual corresponde a uno de los síntomas característicos de la presente etapa: “es que si no fuera por el embarazo eso iba a morir conmigo [...]S2r9 mi mamá, solamente mi mamá...yo le tuve que contar [...]S1r7 le tuve que contar a mi mamá lo que me pasó (llora, silencio prolongado), S2r12 “yo tenía todo eso guardado, pues yo hablaba con mi mamá, pero no así y me siento como más tranquila, desahogada” S3r12.*

(3) En la etapa final la nota predominante es el padecimiento de una grave y extraña depresión [...] La ansiedad persiste en esta etapa, pero su expresividad ha cambiado: ahora es menos abigarrada en sus manifestaciones y la paciente suele soportarla mejor. La culpabilidad, en cambio, suele comenzar a reconocerse en esta etapa —una vez que la persona se ha decidido a abrir su intimidad—, pero en modo alguno se explicita del todo su origen, las imágenes a las que está asociada, las recriminaciones que le resultan más dolorosas e insostenibles [...] (Polaino, 2009, p. 379-380).

Etapa a la cual hacen parte sentimientos de culpa y tendencia a la evitación que la paciente manifiesta con expresiones tales como: “*me siento culpable, es que yo lo maté, era una*

*vida que había dentro de mí, era mi hijo, independiente de quien haya sido el papá” S3r17, “siento ese vacío, culpa y pienso mucho en ese bebé, es como una imagen imborrable” S9r7, “yo debí haberme opuesto” S3r19, “yo me siento muy mal porque yo al principio me daba golpes en el estómago porque yo no quería a ese muchachito , es que primero eso pasó en noviembre y en diciembre me vino, yo me tranquilicé porque me vino” S2r8, “es que yo quiero ya, que esto se acabe ya” S8r11. “estoy aburrida” S1r3, “nooo, pues es que yo no quiero hacer nada, me encierro en mi pieza y me acuesto, pero es a pensar, no hago nada más” S3r15, “no quiero salir, me invitan: “Y” vamos a comer helado, “Y” vamos a dar una vuelta. Ahhhhh no que pereza a mí ya no me gusta salir ni hablar con nadie” S3r13, “es que en la calle lo que siempre veo son bebés, niños, coches, mujeres en embarazo, ahhhhyyy nooooo, eso me recuerda” S3r13, “en las canciones hablan de cosas, en la televisión muestran el bebé, las noticias, el abandono de niños, el aborto, en la calle están los niños, los coches, las embarazadas, las amigas hablan de sexo, de que el novio, de que esto y lo otro, de que el embarazo, de que esto y lo otro, hay noooo siempre todo tiene que ver y yo no soporto eso, me da una cosa en todo el cuerpo y ganas de llorar” S6r6, “yo no he podido aceptar eso que pasó, yo me hago la boba y quiero que eso pase ya” S8r7, “yo eso no lo quiero aceptar” S9r14, “es que yo sola pienso muchas cosas y me acuerdo de cosas que me ponen muy mal, pero está lo otro, eso aparece hasta en la sopa” S6r5, “yo me quiero meter de lleno en el colegio y en la media técnica y dejar eso así, olvidado” S8r8, “yo no quiero volver, que yo no quiero que nada me vuelva a recordar eso que pasó” S8r8.*

Por otra parte, dentro de la experiencia de la paciente se evidencia afectación en su proyecto y sentido de vida, lo cual expresa de la siguiente manera: *“ahora me preocupo porque*

*mi mamá esté bien y por estudiar, no más S5r9 [...] me dediqué solo a estudiar, yo quiero ser una neuro-pediatra” S5r4, “ahora ya ni amigos, pues si tengo, pero a mí no me gusta” S1r14, “yo era virgen, es que eso es otra cosa, yo tenía la idea de llegar virgen al matrimonio y tener hijos con mi esposo, ya eso no S4r7 [...] entonces ya eso de llegar virgen al matrimonio no es posible, entonces ya para qué me voy a casar S4r8 [...] ya no voy a tener hijos” S4r9, “no le veo sentido al matrimonio, primero por lo que he visto con mi mamá y mi papá y segundo porque yo ya no soy virgen y no voy a tener hijos” S9r5.*

Adicional, en este caso se hizo explícita la afectación de la paciente en la autoestima, su femenino y su relación con los hombres: *“está por el piso, yo ya no me quiero ni mirar al espejo, ni maquillarme ni nada, además para qué, ya no me interesa” S5r9, “me cambié el cabello y todo S5r7 [...] eso me dolió mucho porque lo que yo más quería de mí, era mi cabello, largo y mono, muy bonito y ahora me lo corté y me lo tinturé de negro, se me dañó el pelo” S5r8, “ya no me gusta organizarme porque a mí me gustaba usar blusitas pegadas y jeans, ahora me da asco cuando los hombres le dicen a mi mamá suegra, cuídeme la muchacha, hay que perezca tan morbosos” S5r8.*

### **9.2.2 Categoría: Situaciones Límite**

Ahora, considerando que la paciente presenta sentimientos de culpa y duelo no elaborado por la pérdida de su bebé, es preciso poner un interrogante en la palabra *Voluntaria* de las siglas IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo). De acuerdo con elementos de la psicología humanista existencial, es preciso revisar la decisión de interrumpir el embarazo como “Interrupción Voluntaria”, puesto que Yalom (1984) habla de la responsabilidad como condición

previa para el cambio terapéutico, “mientras uno piense que la propia situación y disforia se deben a alguien más o a una fuerza externa, ¿qué sentido tiene esforzarse por cambiar? La gente se esfuerza continuamente por eludir la conciencia de la responsabilidad” (Yalom, 1984, p. 276). Dado lo anterior, la paciente manifiesta que: *“me atendió otra psicóloga y me dijo que yo tenía que abortar”* S2r5, *“eso fue así, a mí no me dieron tiempo de nada, ya habían pasado 23 semanas y eso había que hacerlo rápido, me dieron una cita de una y ya, me hicieron hacer eso”* S2r7, *“yo debía haber dicho que yo lo iba a tener, pero allá me presionaron, me dijeron que yo nunca lo iba a querer, uno que va a saber, y que eso era lo que tenía que hacer, me llevaron al médico, tómesese estas pastillas y espere, yo me tomé eso y me acostaron en una camilla”* S3r10. Lo cual corresponde a la experiencia más significativa y dolorosa según la vivencia de la paciente, *“yo sé, pero es que es muy difícil, es más yo creo que yo nunca lo voy a superar, lo de la violación sí, pero lo del bebé no”* S8r10, *“es el bebé, yo no he podido con eso”* S6r7.

La paciente describe su experiencia de aborto de la siguiente manera: *“Sentí algo entre las piernas, llamé a la enfermera muy asustada y ella levantó la sabana y me dijo que no mirara, hayyyy eso fue como decir mire y me dio mucha curiosidad, yo digo que también el instinto y miré, ahí estaba el bebé, yo lo vi, ya estaba formado (silencio), esa imagen no se me borra de la mente, tampoco el sonido del corazón (lágrimas)”* S3r10.

De esta manera, se deja entrever que la paciente no asume la responsabilidad de su decisión, sino que manifiesta que no le orientaron para tomar la decisión correcta, a partir de lo cual, en lugar de responsabilizarse asume una posición de víctima, la cual se resiste a abandonar y expresa cosas como: *“yo eso no lo quiero aceptar”* S9r14, *“yo no he podido aceptar eso que pasó, yo me hago la boba y quiero que eso pase ya”* S8r7. De esto habla Yalom (1984) y lo nombra “negación de la responsabilidad: la víctima «inocente» [...] un tipo especial de evitación

de la responsabilidad que se observa a menudo en individuos (considerados de personalidad histérica) que niegan la responsabilidad por creer que son víctimas inocentes de los acontecimientos que ellos mismos (sin querer) han desencadenado” (Yalom, 1984, p. 277). Yalom es firme al manifestar que cambiar «no quiero» por no puedo, es un mecanismo especialmente concebido para ayudar a despertar el sentido de responsabilidad. Y nombra “la culpa existencial «autocondenación», «arrepentimiento», «remordimiento», etc.” (Yalom, 1984, p. 346), lo cual la paciente manifiesta como: *“me siento culpable, es que yo lo maté, era una vida que había dentro de mí, era mi hijo, independiente de quien haya sido el papá”* S3r17, *“siento ese vacío, culpa y pienso mucho en ese bebé, es como una imagen imborrable”* S9r7, *“yo debí haberme opuesto”* S3r19.

Yalom (1984) incluye la palabra voluntad «responsabilidad, voluntad y acción», nombra que la conciencia de la responsabilidad no es, en sí misma, sinónimo del cambio, sino que es únicamente el primer paso para el mismo, siendo según el mismo autor, la finalidad de la psicoterapia, como acción, que lleve a adoptar un nuevo estilo de conducta. “la voluntad va inextricablemente unida a la libertad” [...] hace muchos años el concepto de «voluntad» se reemplazó por el de «motivación» (Yalom, 1984, p. 352) y el mismo autor referencia a Rollo May para incluir el concepto de deseo, el cual según May es anterior a la voluntad. La paciente en su etapa de síndrome post-aborto y estrés pos-traumático, no cuenta con motivación para el cambio, aún no existe el deseo de transformar su sufrimiento ni su culpa en responsabilidad: *“yo eso no lo quiero aceptar”* S9r14.

Aquí es pertinente analizar la experiencia de la paciente con respecto a la Triada Trágica, la cual según Flankl (1989), se compone de (1) sufrimientos, (2) culpa y (3) muerte, “ninguno de

nosotros puede evitar el encuentro con el sufrimiento ineludible, con la culpa inexcusable y con la muerte inevitable” (Flankl, 1989, p. 29).

En el presente caso se hacen explícitas las experiencias de situaciones límite y la presencia de la triada trágica, se encuentran sufrimientos en experiencias de abuso sexual e interrupción del embarazo, culpa a partir de la experiencia de aborto y muerte en esta última, como pérdida del hijo en proceso de gestación. Sin embargo, dentro del proceso acompañado, la paciente no logró auto-trascenderse, ni resignificar o «extraer» un sentido, transformando en algo positivo: el sufrimiento, en servicio; la culpa, en cambio; la muerte, en acicate para la acción responsable; manteniéndose en un lugar de resistencia ante el proceso: *“es que yo quiero ya, que esto se acabe ya”* S8r11, *“yo no he podido aceptar eso que pasó, yo me hago la boba y quiero que eso pase ya”* S8r7, *“yo eso no lo quiero aceptar”* S9r14, *“yo no quiero volver, que yo no quiero que nada me vuelva a recordar eso que pasó”* S8r8. Es pertinente tener en cuenta que la adolescente no asistió a consulta voluntariamente, sino que fue remitida desde defensoría de familia a una institución de restablecimiento de derechos después de haber vivenciado las experiencias traumáticas mencionadas. Lo anterior implicó en este caso, la no adherencia efectiva al proceso y constante resistencia al mismo, teniendo en cuenta a su vez experiencias negativas en relaciones terapéuticas anteriores. Hubo inasistencia por largos periodos de tiempo, la paciente manifestó que no deseaba continuar en el programa de restablecimiento de derechos, nombró el abuso sexual por parte de su hermano y expresó que no deseaba trabajar en ello, se retiró voluntariamente, agradeciendo el acompañamiento y la ayuda recibida por las experiencias de abuso sexual y aborto recientes, esto a pesar de la constante motivación y sensibilización sobre la importancia del proceso y de la generación del vínculo empático que logró la paciente en esta relación terapéutica.

## 10. Conclusiones

Teniendo en cuenta que el abuso sexual infantil y adolescente es una problemática social importante a nivel mundial, la psicología clínica tiene un papel fundamental en el abordaje terapéutico e investigativo; en este estudio de caso queda explícito que la persona abusada lo puede vivenciar como una situación límite, las cuales según Jaspers nos enfrentan con grandes dificultades, que nos impulsan a la confrontación con nuestra situación existencial en el mundo, generando un estado de choque emocional, especialmente cuando nunca había tenido una situación de amenaza de vida. En este caso, se reconocen múltiples síntomas relacionados, los cuales afectan significativamente la salud mental de la paciente, que está representada en el concepto holista, el cual integra lo físico, lo mental, lo social, lo emocional y lo espiritual. Así mismo, a partir de estas experiencias pueden presentarse diferentes alteraciones a lo largo del tiempo, como consecuencias relevantes en la salud mental de las víctimas. Cabe anotar en este punto, que no sólo afecta el hecho mismo de la violencia sexual, sino también lo que circunda alrededor, como lo que ocurre dentro del sistema de justicia, atención médica y psicológica, donde se presentan una serie de elementos que pueden llevar a una revictimización, la cual según Dupret y otros, es el resultado de la falta de coordinación interinstitucional y de la implementación de procedimientos de atención inadecuados que trazan una ruta llena de obstáculos, y que no respetan la vivencia penosa de la víctima, reactivando emociones negativas en relación con el delito y propiciando una repetición de la experiencia de violencia. Dicho esto, cabe resaltar que la revictimización es también significativa en la experiencia de la paciente, donde aparece, según este caso, un presunto desconocimiento o falta de conocimientos profesionales en salud mental para el abordaje de la persona, existiendo de esta manera un

aparente abismo entre lo legal y lo psicosocial, encontrando así una necesidad de conjugarlos y brindar una atención integral, tal como lo engloba la psicología humanista existencial, atendiendo al ser humano de manera integral, reconociéndolo como una totalidad, que incluye lo psicosocial y espiritual. De tal manera, que se respete la vivencia del sufrimiento de la víctima y no se le lleve por dicha ruta de obstáculos y desarticulada, donde se reviven una y otra vez los hechos dolorosos; lo que a su vez significa brindar un trato humanizado, donde se evidencie lo descrito por Buber como la relación Yo-Tu, diferente a Yo-Ello, como en este caso, aparentemente, según lo expresado por la paciente, donde lo importante parecen ser los hechos mismos, lo objetivo y subjetivo de los funcionarios, más que la experiencia y la subjetividad de la persona que transita por la ruta de esa legalidad, afectándola así psicológicamente. Ahora, más específicamente enfocado en el tema que aquí convoca, se encuentra lo establecido por la ley, como la capacidad legal que tiene la mujer cuando queda en estado de gestación a partir de una violencia sexual, teniendo derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ante lo cual, según este caso, es importante evaluar la intervención dada por el sistema de salud, pues la paciente experimentó falta de acompañamiento clínico, al respecto, la psicología humanista existencial propone una atención integral, con respeto profundo hacia la persona, como ser humano, lo cual tiene implicaciones éticas en el abordaje psicoterapéutico, así mismo, se enfoca como ya se ha mencionado en un acompañamiento acorde a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta su integralidad, además, en la clínica humanista existencial es fundamental la comprensión de las experiencias subjetivas del paciente. En este caso, es de resaltar que el aborto fue para ella la herida emocional más profunda, vivenciando una triada trágica, la cual según Frankl, se compone de sufrimiento, culpa y muerte; se encuentran sufrimientos en experiencias de abuso sexual e interrupción del embarazo, culpa a partir de la experiencia de aborto y muerte

en esta última, como pérdida del hijo en proceso de gestación. Según la paciente, no le brindaron acompañamiento acorde para tomar una decisión a consciencia, lo cual la lleva a experimentar síntomas asociados al Síndrome Post-Aborto (SPA), tales como: sentimientos de culpa y arrepentimiento, acompañado de tristeza, la evitación activa del recuerdo del aborto, la hostilidad hacia todo cuanto pueda hacérselo recordar, la irritabilidad ante la presencia de cualquier niño, llanto, manifestaciones de ansiedad, angustia, depresión, baja autoestima, entre otros síntomas presentados a lo largo del proceso de duelo, los cuales han sido transversales a todas las esferas del ser, afectando su desempeño en los diferentes contextos. Cabe mencionar que la paciente en su etapa de síndrome post-aborto y estrés pos-traumático, no cuenta con motivación para el cambio, aún no existe el deseo de transformar su sufrimiento ni su culpa en responsabilidad, de tal forma, la paciente no logró auto-trascenderse, ni resignificar o «extraer» un sentido, transformando en algo positivo: el sufrimiento, en servicio; la culpa, en cambio; la muerte, en acicate para la acción responsable, manteniéndose en un lugar de resistencia ante el proceso. Ahora, en este orden de ideas, se encuentra como relevante mencionar la generalización del masculino, significándolo de manera negativa y como amenaza para la integridad de su ser femenino, la paciente vivenció experiencias traumáticas con personas del sexo opuesto (hermano y padre) desde la infancia y ahora con el presunto victimario en el abuso sexual reciente, que han generado en ella resistencia para relacionarse con los hombres, produciendo a su vez transformaciones substanciales en su proyecto de vida y en sus esferas afectiva y social.

Es preciso resaltar que la adolescente no asistió al proceso clínico voluntariamente, sino que fue remitida desde defensoría de familia a una institución de restablecimiento de derechos después de haber vivenciado las experiencias traumáticas ya descritas, lo anterior implicó en este caso, la no adherencia efectiva al proceso, constante resistencia y posterior deserción.

De esta manera, el presente estudio de caso aporta en la psicología clínica, y en especial en la clínica humanista, dado que reúne elementos relevantes para ahondar la comprensión fenomenológica – hermenéutica, la cual es el estudio de los fenómenos psíquicos de los seres humanos, con la capacidad de acercarse a ellos desde el marco interno de referencia del paciente, lo cual se logra a partir de un ejercicio hermenéutico, donde se tiene en cuenta la interpretación que la persona hace de su experiencia a través del lenguaje. Así, lograr una comprensión de la experiencia de las personas que sufren abuso sexual y en quienes a partir de ello surge el estado gestacional, donde es fundamental preguntarse por las consecuencias psicológicas que se generan a partir de un embarazo producto de una violencia sexual, lo que significa para la mujer ese hecho mismo. En este caso en particular, se evidenciaron dos categorías básicas: situaciones límite, antes mencionada, y la emocional, reportándose diversidad de síntomas asociados a las experiencias de vulneración vivenciadas, entre ellos: estrés postraumático, síndrome post-aborto, depresión, agresividad, aislamiento y afectación en su proyecto de vida. Donde cabe destacar que en estos procesos es importante ahondar en temas como autoestima, cuerpo, sexualidad, maternidad, lo femenino, lo masculino, relaciones con su sí mismo, con los otros y con lo Otro, así como la pregunta de lo que significa ese feto o hijo, en caso de que decida tenerlo, siendo producto de un acto violento, no siendo planificado o deseado, así como lo que significa interrumpir el embarazo o abortarlo, cómo impacta psicológicamente este acto, qué consecuencias o afectaciones genera en la mujer, si es significado o no como una pérdida, entre múltiples aspectos, consideraciones o situaciones no mencionadas. Ahora, teniendo en cuenta lo anterior, cabe mencionar que la desesperación y la angustia son condiciones naturales de la existencia, esto implica elección, por lo tanto, libertad. A partir de la angustia generada por la experiencia de abuso sexual, la víctima como ser humano libre, tiene la posibilidad de elegir,

lanzarse al abismo y posteriormente responsabilizarse de lo que se concrete en la caída; es común que esto que se concreta se relaciona con estilos de vida poco saludables, hábitos malsanos, dificultades emocionales, comportamentales, entre otras, ante lo cual se ven afectadas diferentes esferas del ser.

Para concluir, cobra gran valor un acompañamiento clínico desde la psicoterapia humanista existencial, en el cual es fundamental el respeto por el ser humano desde una mirada integral y la comprensión fenomenológica-hermenéutica de sus experiencias; lo cual es oportuno para la intervención y prevención de problemáticas en salud mental. Al respecto, cabe reiterar que este es un tema relevante a nivel social, y en esta medida se identifica la oportunidad para estudiar, analizar, evaluar y mejorar el sistema de atención integral a víctimas de violencias sexuales, a beneficio de ellas mismas y de la sociedad.

## 11. Referencias

- Álvarez, M. (2007). *Revisión bibliográfico analítica del concepto de situación límite en obras escogidas de la psicología fenomenológico – existencial de Karl Jaspers*. Grupo de investigación transformaciones contemporáneas. Línea de procesos de transformación de fenómenos contemporáneos. Universidad de San Buenaventura. Facultad de Psicología: Medellín.
- Aranguren, José Luis (1982). *Introducción El Concepto de la Angustia*. Segunda edición. Espasa-Calpe: Madrid.
- Bouquet de Durán, Romina Izzedin (2012). Aborto Espontaneo. *Liberabit. Revista de Psicología*, vol. 18, núm. 1, 2012, pp. 53-57. Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú.
- Coleman, G. (2015). Pregnancy after Rape. *International Journal of Women's Health and Wellness*, 1(004), 1-4.
- Cogle, J., Timpano, K., Sachs-Ericsson, N., Keough, M., & Riccardi, C. (2010). *Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication*. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 150-5.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.008>
- De la Aribiera, Javier (2008). *Rollo May: La Ansiedad*. Recuperado el 25 de noviembre de 2016, de [http://javierdelaribiera.blogspot.com.co/2008\\_07\\_01\\_archive.html](http://javierdelaribiera.blogspot.com.co/2008_07_01_archive.html)
- Dupret, Marie-Astrid; Unda, Nathalia (2013). Revictimización de niños y adolescentes tras denuncia de abuso sexual. *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, núm.

- 19, julio-diciembre, 2013, pp. 101-127. Universidad Politécnica Salesiana. Cuenca, Ecuador.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Sarasua, B. (1989). *El impacto psicológico en las víctimas de violación*. En A. Beristain y J.L. de la Cuesta (eds.). *Cárcel de mujeres. Ayer y hoy de la mujer delincuente y víctima*. Bilbao. Mensajero.
- Ferrer, Alberto (2013). Temblor sin temor: miedo y angustia en la filosofía de Martin Heidegger. *Revista de filosofía Factótum vol. 10, pp. 55-67*. Universidad de Valencia, España.
- Frankl, Víctor (1983). *El Hombre Doliente*. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia. Herder: Viena.
- Gómez Berrio, M. y Londoño, L. (2010). *Transformaciones del sentido de vida ante una situación límite como el diagnóstico de cáncer*. Grupo de investigación transformaciones contemporáneas. Línea de procesos de transformación de fenómenos contemporáneos. Universidad de San Buenaventura. Facultad de Psicología: Medellín.
- Grupo sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de Promoción y Prevención (2016). Ministerio de Salud, *Interrupción Voluntaria del Embarazo, un derecho humano de las mujeres*. Línea: Salud Materna – Derecho a la Maternidad Elegida, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>, 15 de Septiembre de 2018.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2014). *Guía 7: Abuso Sexual y Rutas de Atención para Víctimas*. Bogotá.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). *Lineamiento técnico del modelo para la atención de los niños, las niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados*

- o vulnerados*. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/document\\_19.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/document_19.pdf), 10 de octubre de 2018.
- Jaspers, K. (1973). *La filosofía*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.
- Jaspers, K. (1973). *Psicopatología general*. Beta: Buenos Aires.
- Jaspers, K. (1978). *La filosofía desde el punto de vista de la existencia*. Fondo de cultura económica: México.
- Jolivet, Regis (1976). *Las Doctrinas Existencialistas*. Cuarta edición. Editorial Gredos: Madrid.
- Justicia El Tiempo (23 de octubre 2017). *Tres casos de abuso sexual son reportados cada hora. Los menores de edad son los más afectados, con el 87 por ciento de los casos*, recuperado de <https://www.eltiempo.com/justicia/delitos/el-abuso-sexual-se-ha-incrementado-en-colombia-143734>, 10 de Octubre de 2018.
- Kierkegaard, Soren (1982). *El Concepto de la Angustia*. Segunda edición. Espasa-Calpe: Madrid.
- Murgueytio, M. (2018). *Embarazo producto de violación: salud mental de las madres y vínculo afectivo con sus hijos*. Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica, Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegio De Ciencias y Humanidades, Quito.
- Oddone Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. <http://doi.org/10.1080/00223980109603677>

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- Polaino, Aquilino (2009). Psicopatología e Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Cuadernos de Bioética*, vol. XX, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 357-380. Asociación Española de Bioética y Ética Médica Murcia, España.
- Redacción Judicial (2018). *¿Sabe la diferencia entre abuso, asalto sexual y acceso carnal violento? El Espectador*, edición 15 de Septiembre de 2018, recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/judicial/sabe-la-diferencia-entre-abuso-asalto-sexual-y-acceso-carnal-violento-articulo-793795>, 15 de Septiembre de 2018.
- Saywitz, K., Mannarino, A., Berliner, L., & Cohen, J. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040- 49. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>
- Swanson, K., Connor, S. & Jolley, S. (2007). *Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss*. *Research in nursing and health*, 30, 2-16.
- Yalom, Irvin (1984). *Psicoterapia Existencial*. Editorial Herder: Barcelona.
- Yalom, Irvin (2000). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Editorial Paidós: Barcelona.

## 12. Anexos

### 12.1 Matriz Categorial

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Texto</b>	<b>Código</b>	<b>Subcategoría descriptiva</b>	<b>Subcategoría teórica</b>
Emocional	Emociones	estoy comiendo mejor	S7r3	Come mejor	Alimentación
Emocional	Emociones	casi no me da hambre , yo como porque mi mamá hasta se tiene que enojar conmigo para que coma y eso que me hago la boba y como cualquier cosa y ya	S5r10	No hambre	Inapetente
Emocional	Emociones	un día sarandeeé a mi perrita, ella me desesperó ladrando y yo la cogí y le hice así duro, mi mamá me gritó ¡“Y” vas a matar a la perra!, ahí como que caí en cuenta y me calmé.	S6r9	Agresión mascota	Agresividad
Emocional	Emociones	a veces no me reconozco y me asusto de mi misma	S6r10	No me reconozco	Agresividad
Emocional	Emociones	así sin querer, pero ya he hecho cosas, me toca porque mi hermanito como es tan metido, me pregunta, que le pasa, porque está encerrada, me molesta a darme picos y a abrazarme y a mí me toca pararme y moverme para que me deje en paz. Pongo música en la casa y hago el oficio, y veo televisión a veces	S6r4	Apariencia estar bien	Inautenticidad

Emocional	Emociones	yo solo me desespero, me he vuelto malgeniada, más de lo que era antes, me enojo, no me soporto nada, y respiro y trato de calmarme, pero es muy difícil. He estado muy grosera con mi papá y con mi hermanito.	S6r8	Irritable	Irritabilidad
Emocional	Emociones	mejor, pues ya estoy más tranquila, malgeniada sí pero no explotando tanto	S7r3	Más tranquila	Control de emociones
Emocional	Emociones	me siento mejor	S6r2	Mejor ánimo	Estado de ánimo
Emocional	Emociones	ahora me preocupo porque mi mamá esté bien y por estudiar, no más.	S5r9	Perdida de sentido	Perdida de sentido de vida
Emocional	Emociones	dijeron mi nombre, llamaban duro y yo pensaba que me estaban llamando, aceleré el paso y me tranquilicé porque una muchacha contestó (“¿qué?”), ahhhhh ahí que descanso, es que es muy duro porque yo no sé quién fue el que me hizo eso, como tenía capucha, entonces me puede estar por ahí mirando y yo que voy a saber.	S5r6	Delirio y alucinación	Miedo
Emocional	Emociones	yo ya lo empecé a aceptar, me hicieron mil exámenes y cuando me hicieron la ecografía, hayyyy siiii, yo lo vi y sentí el corazón, desde ese momento	S3r17	Emoción maternidad	Aceptación del embarazo
Emocional	Emociones	nos vamos en bus para la casa, es que yo no volví a pasar por allá	S5r6	Evita	Miedo

Emocional	Emociones	yo siempre he sido muy callada, a mí no me gusta hablar mis cosas , es que para yo hablar o para yo llorar, hummm, eso es muy difícil , nooooo es que casi nunca.	S1r8	Reprime emociones	Represión
Emocional	Emociones	a mí no me gusta hablar mis cosas	S1r8	Secretos	Represión
Emocional	Emociones	amor, es que sentirle el corazón y que el médico dijo que era un niño, incluso me preguntó que cómo se llamaba, yo no sabía que decir y le dije “Perucho”, así se quedó, yo le decía “Perucho” y le hablaba y todo.	S3r18	Sentir el bebé	Aceptación del embarazo
Emocional	Emociones	estoy aburrida	S1r3	Aburrida	Bajo estado de ánimo
Emocional	Emociones	nooo, pues es que yo no quiero hacer nada, me encierro en mi pieza y me acuesto, pero es a pensar, no hago nada más	S3r15	No quiere hacer nada	Bajo estado de ánimo
Emocional	Emociones	y además para qué eso sigue ahí , el licor no cura eso.	S8r6	Licor no cura	Darse cuenta
Emocional	Emociones	hummmm yo no lloro, la otra vez lloré, pero así como he llorado unas veces acá, un poquitico y ya	S7r12	Difícil llorar	Represión
Emocional	Emociones	es que yo quiero ya, que esto se acabe ya.	S8r11	Quiere terminar proceso	Resistencia
Emocional	Emociones	Yo tenía todo eso guardado, pues yo hablaba con mi mamá pero no así y me siento como más tranquila, deahogada .	S3r12	Expresar, tranquilidad	Catarsis
Emocional	Emociones	y llorar también	S8r3	Llora	Expresión emocional

Emocional	Emociones	Y lo del colegio, yo no volví a caminar, siempre bus y cuando paso por ahí volteo la cabeza	S7r6	Miedo, evitación	Evitación
Emocional	Emociones	me dediqué solo a estudiar, yo quiero ser una neuro-pediatra	S5r4	No contacto emociones	Evitación
Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	ahora ya ni amigos, pues si tengo, pero a mí no me gusta, yo no quiero ni ir a estudiar y me invitan a salir y yo invento que no .	S1r14	Aislamiento	Aislamiento social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	mis amigas han estado visitándome, salimos a dar una vuelta	S7r3	Interacción amigas	Interacción social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	salí este fin de semana con unas amigas	S6r2	Interacción amigas	Interacción social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	lo de salir si lo he hecho	S8r3	Sale	Interacción social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	cogieron entre dos encapuchados	S4r6	Abusador desconocido	Abuso Sexual
Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	no volví a salir también porque me da miedo, es que yo no sé quién fue el que me hizo eso	S4r6	Miedo salir	Aislamiento social

Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	Es que en la calle lo que siempre veo son bebés, niños, coches, mujeres en embarazo, ahhhhyyyy nooooo. Eso me recuerda, y enseguida	S3r13	Evitación social embarazo	Evitación
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	eso lo miran a uno todo raro y como yo no les cuento nada al detalle, ellos que pensarán?	S9r8	Juzgan el aborto	Aislamiento social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	siempre están ahí es para juzgar, para criticar, sin saber qué fue lo que pasó	S9r9	Juzgan el aborto	Aislamiento social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	Hay no, eso es todo maluco, así es cada vez que voy al médico, esas preguntas, embarazos, hijos, abortos, y lo miran a uno todo raro, eso es todo maluco.	S9r6	Rechazo social aborto	Aislamiento social
Emocional	Emociones	Y durmiendo mejor	S7r3	Duerme mejor	Sueño
Emocional	Emociones	me dan pesadillas , me despierto toda asustada, pero no sé qué estaba soñando, solo me despierto así, como ahogada y llorando	S5r11	Pesadillas	Temor nocturno
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	yo ya era toda alejada y callada en mis cosas	S1r12	Alejamiento	Aislamiento social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	luego empecé a tener más amigos en el colegio, y con ellos era con los que hablaba y hacía cosas, tareas o salíamos así a hablar .	S1r13	Amigos	Interacción social

Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	no quiero salir, me invitan : “Y” vamos a comer helado, “Y” vamos a dar una vuelta. Ahhhh no que pereza a mí ya no me gusta salir ni hablar con nadie.	S3r13	Aislamiento	Aislamiento social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	hay me da tanta pereza, pero hay unas amigas que han ido a visitarme en la casa, y me preguntan “Y” que te pasa?, no has vuelto a salir, estás enojada o qué?, yo les digo, no nada, estudiando, y me meto por el lado de la media técnica y por el lado de que estuve un tiempo enferma y no fui a estudiar, por eso yo casi que pierdo el año.	S5r3	Aislamiento	Aislamiento social
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	yo estoy así, hasta para salir a la tienda, no voy si no es con ella,	S5r6	Dependiente, insegura	Dependencia
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	mi mamá como es mujer me empezó a hablar, a aconsejar, que ella me entendía, me decía que me apoyaba en lo que yo decidiera, que si lo iba a tener o lo iba a abortar	S3r16	Mama apoyo	Relación con la madre
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	ya estoy más apegada a mi mamá , hablamos más y todo. Después de todo esto nos hemos empezado a unir.	S3r12	Apego mamá	Apego
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	darle una casa a mi mamá, ahora eso es lo único que yo quiero que ella esté bien	S5r4	Mamá esté bien	Confluencia

Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	es que si hago por ella, hago por mí, esa mujer es mi vida entera	S5r5	Mamá esté bien	Confluencia
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	con tal de que mi mamá esté bien y tranquila yo también estoy bien .	S7r5	Mamá esté bien	Confluencia
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	Mi mamá me dijo que si yo me había acostado con alguien, que si yo estaba en embarazo porque yo estaba muy rara	S2r8	Confrontación mamá	Confrontación
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	ella también me ha estado dejando más sola y diciéndome que ella no puede estar siempre ahí, que yo puedo sola	S7r7	Mayor independencia	Independencia
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	pero yo me entretengo porque ya me toca hacer todo prácticamente sola, mi hermanito no ayuda casi nada, entonces arreglo casa y cocino	S7r6	Mayor independencia	Independencia
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	le tuve que contar a mi mamá lo que me pasó (llora, silencio prolongado).	S2r12	Contó abuso	Abuso Sexual
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	esa perra y mi mamá son mi vida	S6r12	Ellas son mi vida	Confluencia

Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	ella dice que quiere que él se vaya, pero él es como las cucarachas, con él pa'afuera y él pa'adentro.	S7r4	Dinámica familiar	Separación padres
Emocional	Relaciones familiares, afectivas sociales y	imagínate que ya mi papá se fue de la casa, hay siquiera porque mi mamá, era muy maluco ella tener que vivir ahí con él y yo ya no me lo aguantaba	S9r3	Dinámica familiar	Separación padres
Situaciones límite	Abuso sexual	por lo que me pasó	S1r4	Experiencia de abuso sexual	Abuso Sexual
Situaciones límite	Abuso sexual	Y usted ha sido la única que no me ha preguntado por lo de la violación, que me ha tocado contarle a todo el mundo, que en el hospital, que en la denuncia, que en la fiscalía, que en el bienestar familiar, que donde esa psicóloga que no me creyó.	S4r2	Experiencia de abuso sexual	Abuso Sexual
Situaciones límite	Abuso sexual	me violó	S4r6	Experiencia de abuso sexual	Abuso Sexual
Situaciones límite	Abuso sexual	es que siempre lo mismo, y porque me pasó eso	S2r3	Experiencia de abuso sexual	Abuso Sexual
Situaciones límite	Abuso sexual	y luego decía que la habían violado para poder abortar	S2r5	Experiencia de abuso sexual y aborto	Abuso Sexual
Situaciones límite	Abuso sexual	a mí el tema de la violación ya no me da tan duro	S4r2	Ya no me da tan duro	Abuso Sexual

Situaciones límite	Aborto y duelo	en las canciones hablan de cosas, en la televisión muestran el bebé, las noticias, el abandono de niños, el aborto, en la calle están los niños, los coches, las embarazas, las amigas hablan de sexo, de que el novio, de que esto y lo otro, de que el embarazo, de que esto y lo otro, hay noooo siempre todo tiene que ver y yo no soporto eso, me da una cosa en todo el cuerpo y ganas de llorar.	S6r6	Bebé tema recurrente	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	es que yo sola pienso muchas cosas y me acuerdo de cosas que me ponen muy mal, pero está lo otro, eso aparece hasta en la sopa	S6r5	Resistencia recuerdos	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	un vacío, siiii eso es un vacío muy grande	S6r7	Vacío vientre	Sensación de vacío
Situaciones límite	Abuso sexual	mi mamá, solamente mi mamá ...yo le tuve que contar	S1r7	Secreto abuso	Represión
Emocional	Emociones	voy muy bien en el colegio, con la media técnica, los profesores me han felicitado	S7r2	Buen rendimiento	Rendimiento académico
Emocional	Autoestima y mujer	eso me dolió mucho porque lo que yo más quería de mí, era mi cabello, largo y mono, muy bonito y ahora me lo corté y me lo tinturé de negro, se me dañó el pelo	S5r8	Baja autoestima	Autoestima
Emocional	Autoestima y mujer	está por el piso, yo ya no me quiero ni mirar al espejo, ni maquillarme ni nada, además para qué, ya no me interesa	S5r9	Baja autoestima	Autoestima
Emocional	Autoestima y mujer	Por eso es que me cambié el cabello y todo .	S5r7	Cambió imagen	Evitación

Emocional	Autoestima y mujer	si, es verdad, pero es que es mi mamá y me tiene que mimar, cuidar y consentir (risas), no mentiras yo sé	S7r8	Infantilizada	Dependencia
Emocional	Autoestima y mujer	Y ya no me gusta organizarme porque a mí me gustaba usar blusitas pegadas y jeans, ahora me da asco cuando los hombres le dicen a mi mamá suegra, cuideme la muchacha, hay que pereza tan morbosos.	S5r8	Inhibición feminidad	Autoestima
Emocional	Autoestima y mujer	es que tampoco me puedo echar a morir, me gusta sentirme bonita, ya también me van a poner los brackets para que se me pongan bonitos los dientes.	S9r2	Mayor autoestima	Autoestima
Emocional	Autoestima y mujer	ese pelo lo tenía muy feo, me lo organicé y me lo cepillé .	S9r1	Mejor autocuidado	Autoestima
Emocional	Autoestima y mujer	noooo, que tal, yo prefiero sola que con una mujer, nooo ni riesgos	S9r5	No homosexual	Elección sexual
Situaciones límite	Aborto y duelo	entonces el día de mañana que yo lo quiera tener como mi hijo, es que era mi hijo, entonces qué?, no voy a poder? (silencio prolongado)	S3r16	Arrepentimiento	Duelo
Situaciones límite	Aborto y duelo	me siento culpable, es que yo lo maté , era una vida que había dentro de mí, era mi hijo, independiente de quien haya sido el papá	S3r17	Me siento culpable	Culpa
Situaciones límite	Aborto y duelo	yo debí haberme opuesto	S3r19	Arrepentimiento	Culpa
Situaciones límite	Aborto y duelo	es el bebé, yo no he podido con eso.	S6r7	Duelo bebé	Duelo

Situaciones límite	Aborto y duelo	yo sé, pero es que es muy difícil, es más yo creo que yo nunca lo voy a superar, lo de la violación sí, pero lo del bebé no.	S8r10	Duelo bebé	Duelo
Situaciones límite	Aborto y duelo	ya me emborraché	S8r4	Embriagarse	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	me dan ganas de pegarme una borrachera para olvidarme de todo	S7r9	Embriagarse- olvidar	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	en la casa de una amiga de ella, imagínate que ella tiene la misma historia mía, pues parecida, el hijo mayor de ella es hijo de una violación y el muchacho es normal, es todo lindo y juicioso, y ella lo quiere, normal, común y corriente.	S8r5	Historia similar	Identificación
Situaciones límite	Aborto y duelo	Sentí algo entre las piernas, llamé a la enfermera muy asustada y ella levantó la sabana y me dijo que no mirara, hayyy eso fue como decir mire y me dio mucha curiosidad, yo digo que también el instinto y miré, ahí estaba el bebé, yo lo vi, ya estaba formado (silencio), esa imagen no se me borra de la mente, tampoco el sonido del corazón (lágrimas).	S3r10	Imagen bebé	Aborto
Situaciones límite	Aborto y duelo	le digo a mi mamá que les diga que no me deja, que estoy castigada o que estoy enferma, cualquier cosa, porque que pereza.	S1r14	Evita interacción	Aislamiento social
Situaciones límite	Aborto y duelo	pero por lo menos ver si me hace sentir mejor y ver qué pasa	S7r11	Licor	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	si yo me quiero hacer la boba, como si eso no hubiera pasado y ya	S8r9	Negación	Duelo

Situaciones límite	Aborto y duelo	yo no he podido aceptar eso que pasó, yo me hago la boba y quiero que eso pase ya	S8r7	No aceptación pérdida	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	unas alitas con la fecha del aborto	S9r10	No aceptación pérdida	Duelo
Situaciones límite	Aborto y duelo	para tenerlo ahí, siempre presente, eso significaría ese bebé	S9r11	No aceptación pérdida	Duelo
Situaciones límite	Aborto y duelo	yo eso no lo quiero aceptar	S9r14	No aceptación pérdida	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	yo me quiero meter de lleno en el colegio y en la media técnica y dejar eso así, olvidado.	S8r8	Olvidar	Evitación
Situaciones límite	Aborto y duelo	es que no me gusta esto.	S2r2	Resistencia proceso	Resistencia
Situaciones límite	Aborto y duelo	nooooo que va, antes al otro día me sentí peor y el guayabo fue asqueroso, vomité mucho y parecía enferma, todo el día en la cama vuelta nada	S8r6	Se embriagó, no solución	Darse cuenta
Situaciones límite	Aborto y duelo	lo que sí es lo del bebé, yo no he podido con eso	S4r2	Duelo bebé	Duelo
Situaciones límite	Aborto y duelo	Era mi hijo, independientemente de eso .	S3r11	Dolor perdida	Duelo
Situaciones límite	Aborto y duelo	yo he tenido ganas de hacerme un tatuaje	S9r9	No aceptación pérdida	Duelo
Situaciones límite	Aborto y duelo	siento ese vacío, culpa y pienso mucho en ese bebé, es como una imagen imborrable.	S9r7	Vacío, culpa	Duelo
Situaciones límite	Embarazo	entonces ella me dijo que fuéramos al médico y yo le decía que no, porque me daba miedo	S2r8	Miedo embarazo	Resistencia

Situaciones límite	Embarazo	yo me siento muy mal porque yo al principio me daba golpes en el estómago porque yo no quería a ese muchachito , es que primero eso pasó en noviembre y en diciembre me vino, yo me tranquilicé porque me vino	S2r8	Me siento mal	Culpa
Situaciones límite	Embarazo	prueba de embarazo de orina positiva, yo le dije a la doctora que eso era mentira, que yo no creía en eso y me mandó la de sangre	S2r8	Negación embarazo	Negación
Situaciones límite	Embarazo	es que si no fuera por el embarazo eso iba a morir conmigo	S2r9	Secreto embarazo	Evitación
Situaciones límite	Embarazo	yo ya lo acepté , y como mes y medio, hablándole todos los días y lo acariciaba, pues si me sentía maluca, con ganas de vomitar cuando comía con asco, pero me acordaba del corazón y ya	S3r19	Acepta embarazo	Aceptación embarazo
Emocional	Relación terapéutica	la psicóloga en Sura para que me ayudara con eso que pasó y ella me echó pura cantaleta y no me creyó	S2r5	No me creyó	Relación terapéutica
Emocional	Relación terapéutica	eso fue así, a mí no me dieron tiempo de nada, ya habían pasado 23 semanas y eso había que hacerlo rápido, me dieron una cita de una y ya, me hicieron hacer eso.	S2r7	No acompañamiento - aborto	Aborto
Emocional	Relación terapéutica	me atendió otra psicóloga y me dijo que yo tenía que abortar	S2r5	Psicologa-aborto	Aborto
Emocional	Relación terapéutica	yo no quiero volver, que yo no quiero que nada me vuelva a recordar eso que pasó,	S8r8	Resistencia proceso	Resistencia

Emocional	Relación terapéutica	yo dije que nunca iba a volver donde un psicólogo porque me hacen unas preguntas, tan ahhhhh, preguntan cosas y cosas, hablan de eso y otra vez lo mismo	S2r5	Resistencia psicólogos	Resistencia
Emocional	Relación terapéutica	yo digo que no quiero volver pero usted y mi mamá me han ayudado	S8r12	Valora proceso	Aceptación
Emocional	Relación terapéutica	muchas citas, aquí y allá, hay noooo, que pereza y porque me pasó esto tengo que estar acá.	S2r4	Proceso por abuso	Resistencia
Emocional	Proyecto de vida	entonces ya eso de llegar virgen al matrimonio no es posible, entonces ya para qué me voy a casar.	S4r8	Caída ideal matrimonio	Proyecto de vida
Emocional	Proyecto de vida	ya no voy a tener hijos .	S4r9	Dstrucción proyecto de vida	Proyecto de vida
Emocional	Proyecto de vida	no, yo era virgen, es que eso es otra cosa, yo tenía la idea de llegar virgen al matrimonio y tener hijos con mi esposo, ya eso no.	S4r7	Virginidad, matrimonio	Proyecto de vida
Emocional	Proyecto de vida	no le veo sentido al matrimonio, primero por lo que he visto con mi mamá y mi papá y segundo porque yo ya no soy virgen y no voy a tener hijos.	S9r5	Pérdida proyecto matrimonio	Proyecto de vida
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	es que mi hermano me tocó cuando yo era pequeña, él tenía 12 años y yo tenía 7	S1r6	Abuso hermano	Abuso sexual
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	es que eso pasó una vez, pero a mí no se me olvida.	S1r8	Abuso hermano	Abuso sexual

Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	no he peleado casi con mi papá ni con mi hermanito	S7r2	Mejor relación papá y hermano	Relación con el padre y con el hermano
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	me molesta a darme picos y a abrazarme y a mí me toca pararme y moverme para que me deje en paz	S6r4	Molesta el hermano	Rechazo hermano
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	mi hermanito no hace nada, mi mamá nos reparte las cosas y él no hace nada, entonces yo tampoco, porque yo sola?, oiga	S3r15	Relación hermano	Relación con el hermano
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	mi hermanito, ya estamos más unidos, no peleamos, ni por la casa ni nada, nos repartimos el oficio, el sale conmigo, me acompaña y todo	S9r3	Relación positiva hermano	Relación con el hermano
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	primero fue mi hermano, luego mi papá me decepcionó y luego este tipo , (silencio) yo ya no creo en los hombres (silencio)	S1r5	Decepción hombres	Generalización masculino
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	no creo en los hombres	S4r8	Generalización hombres	Generalización masculino
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	mis amigas, ellas hablan de cosas que hacen con los novios y me da una cosa, como fastidio.	S3r13	Rechazo sexo	Rechazo sexual

Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	si , él era el único con el que yo hablaba, salía y jugaba	S1r11	Distancia padre	Relación con el padre
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	Y también yo empecé a ver que él era muy grosero y muy fastidioso con mi mamá, mmmm hasta llegaba borracho y la trataba mal, le pegaba, la gritaba.	S1r9	Maltrato intrafamiliar	Dinámica familiar
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	él y yo teníamos muy buena relación, salíamos juntos, jugábamos y hacíamos cosas, éramos muy juntos, muy unidos, pero cuando yo me di cuenta de la moza, hasta ahí, se me empezó a salir. Y también yo empecé a ver que él era muy grosero y muy fastidioso con mi mamá, mmmm hasta llegaba borracho y la trataba mal, le pegaba, la gritaba.	S1r9	Fractura papá	Relación con el padre
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	no he peleado casi con mi papá ni con mi hermanito	S7r2	Mejor relación papá y hermano	Relación con el padre y con el hermano
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	en cambio mi papá de una me dijo que abortar era lo que yo tenía que hacer , que eso era obvio, y otra vez me dijo pues téngalo y nunca le decimos la verdad de que usted es la mamá, lo criamos como si fuera hermanito suyo y como si fuera hijo de su mamá y yo, no le decimos nada a nadie. Oiga a mi papá, como se le ocurre	S3r16	Papá aborto, y propuesta hijo	Relación con el padre

Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	mi papá se consiguió una moza , pues muchas mozas y yo me di cuenta.	S1r6	Papa infiel	Relación con el padre
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	mi hermanito es muy meloso y me abraza, me da picos, me molesta y a mí no me gusta, yo me le quito.	S1r7	Rechazo hermano	Evitación
Emocional	Relaciones familiares, afectivas y sociales	los hombres son lindos, lo que pasa es que ya no confío en ellos	S9r5	Generalización hombre	Generalización masculino
Situaciones límite	Aborto y duelo	yo debía haber dicho que yo lo iba a tener, pero allá me presionaron, me dijeron que yo nunca lo iba a querer, uno que va a saber, y que eso era lo que tenía que hacer, me llevaron al médico, tómese estas pastillas y espere, yo me tomé eso y me acostaron en una camilla	S3r10	Experiencia de abuso sexual y aborto	Aborto

## 12.2 Formato de Evaluación Psicológica

1. DATOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.			
Nombre Completo:			
Lugar y fecha de nacimiento:			Edad:
Estado civil:		Hijos:	
Escolaridad:			
Dirección:		Teléfono:	
Fecha de Ingreso:		Fecha de Valoración:	

2. **Motivo de ingreso a la institución:**(descripción del motivo de ingreso)
3. **Intervenciones anteriores:** (psicológicas, psiquiátricas, neurológicas, medicamentos, motivo del tratamiento, resultados, dificultades, solicitar historia clínica de ser necesario)
4. **Área familiar:**
- 4.1 **Relaciones vinculares:**(vinculación afectiva entre los niños, niñas y adolescentes con los miembros de su familia)

4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES	SI/NO	CUÁLES	QUIEN(ES)
Discapacidades (cognitiva o física)			
Trastornos psiquiátricos			
Enfermedades médicas			
Violencias			
Otros			

5. **Examen mental:** (Funciones cognitivas básicas y superiores, estado de conciencia)
6. **Área emocional:** (sueño, conducta alimentaria, juicio de realidad, aspectos emocionales significativos, autoesquemas, estrategias de afrontamiento, resiliencia)
7. **Área psicosexual:**(vivencia de la sexualidad, reconocimiento del cuerpo, prácticas de autocuidado, orientación sexual).
8. **Área social y comportamental:** (actitud, conducta motora, juicio moral y ético, habilidades sociales, relaciones interpersonales y con el entorno, proyección a futuro).
9. **Adicciones:**  
 Si \_\_\_ No \_\_\_ (En caso de adicciones diligencie los siguientes cuadros).

### Patrón de consumo de sustancias psicoactivas

<b>Sustancia</b>	<b>Vía de Admón.</b> (oral, fumada, inhalada, inyectada, dérmica)	<b>Edad de inicio</b>	<b>Cantidad de consumo</b>	<b>Frecuencia del consumo</b>	<b>Tiempo de consumo</b>	<b>Tipo de consumidor.</b> (Experimentador, social, usador, abusador, dependiente y autodestructivo)
Alcohol						
Tabaco						
Cannabis						
Cocaína (bazuco, crack, perico,						
Anfetaminas u otros estimulantes (éxtasis)						
Benzodiacepinas						
Inhalantes (pegantes, gasolina, popper, dick)						
Opiáceos (heroína, metadona, morfina, otros)						
Alucinógenos (hongos, ácidos, LSD, cacao sabanero))						
Otras						
<b>OTRAS ADICCIONES NO QUIMICAS</b> ( ludopatía, ciberadicciones, dependencia emocional, desórdenes alimenticios, sexo, trabajo, compras, teléfono, vigorexia, televisión, entre otros)						

Cual	Edad de inicio	Frecuencia de practica	Áreas de su vida afectadas

**9.1 Posición actual del niño, niña o adolescente frente al uso de sustancias psicoactivas u otras adicciones no químicas** (Aprobación, desaprobación, negación de la adicción, conformismo, justificación)

**10. Impresión diagnóstica:** (Análisis descriptivo de las dimensiones evaluadas donde se busca establecer hipótesis que permita construir un plan de intervención acorde a la realidad del niño, niña y adolescente)

**11. Propuestas de intervención:**

Realizaciones	Acciones	Meta/tiempo
Programa: Vida Saludable		
Programa: Desarrollo de Potencialidades		
Programa: Construcción de Ciudadanía		
Programa de Fortalecimiento Personal y Familiar.		

### 12.3 Consentimiento informado

#### Consentimiento Para Participar En Un Estudio De Caso Para Trabajo De Grado De Maestría En Psicología Clínica

Nombre de la psicóloga: Natalia Villegas Escobar

Señor(a) \_\_\_\_\_ le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
  - Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
  - Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
  - Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.
-

## Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Sé que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender y adquirir conocimientos en psicoterapia.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso y de haber recibido por parte de la psicóloga Natalia Villegas Escobar explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Natalia Villegas Escobar para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_, Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_, Correo electrónico: \_\_\_\_\_