Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Secretaría

PUCE

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **TAMIA SOLEDAD BEDÓN ONTANEDA,** con **CC. 172586537-0,** autora del trabajo de graduación intitulado: **"RELACIÓN ENTRE LA ELECCIÓN DE OBJETO AMOROSO Y EL ABUSO SEXUAL INFANTIL". Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con 5 terapeutas que hayan atendido casos de mujeres que hayan vivido abuso sexual infantil,** previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, febrero 2019

TAMIA SOLEDAD BEDÓN ONTANEDA
CC. 172586537-0

Av. 12 de Octubre 1076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 1164
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGIA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

RELACIÓN ENTRE LA ELECCIÓN DE OBJETO AMOROSO Y EL ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con 5 terapeutas que hayan atendido casos de mujeres que hayan vivido abuso sexual infantil.

TAMIA SOLEDAD BEDON ONTANEDA

DIRECTOR: Mgtr. Paulina Barahona Cruz

Quito, 2018.

DEDICATORIA

A mis padres por el amor y la confianza

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA ii
ÍNDICE DE CONTENIDO iii
INDICE DE TABLAS iv
RESUMEN v
ABSTRACT vi
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO 1 3
LA ELECCION DE OBJETO AMOROSO 3
1.1 Definición de objeto 3
1.2 Elección de objeto 4
1.3 Tipos de elección de objeto 10
1.4 Relación entre el Complejo de Edipo y la elección de objeto amoroso 11
1.5 La identificación y la elección de objeto 14
CAPÍTULO II 19
2. EL ABUSO SEXUAL INFATIL DESDE LA PSICOLOGIA 19
2.1 Realidad del abuso sexual infantil en el Ecuador 19
2.2 Definición de abuso sexual infantil 24
2.3 Tipología del abuso sexual infantil 26
2.3.1 Legal 27
2.4 Etiología del abuso sexual infantil 30
2.4.1 Factores ambientales 31
2.4.2 Factores familiares 32
2.4.3 Factores individuales 34
2.5 Principales problemáticas del abuso sexual infantil 36
2.5.1 Consecuencias psicológicas 36
2.5.2 Consecuencias físicas 40
2.5.3 Consecuencias sociales 41
2.6 Posibles relaciones entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil 43
2.6.1 Sentimiento de culpa 44
CAPÍTULO 3 49
3. Metodología 49

3.1 Participantes 52
3.2 Procedimiento 52
3.3 Discusión de resultados 75
Conclusiones 81
Recomendaciones 83
Bibliografía 84
ANEXOS 1
Anexo 1 1
Anexo 2 3
Anexo 3 5

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 50
Tabla 2 51
Tabla 3 52
Tabla 4 53
Tabla 5 54
Tabla 6 55
Tabla 7 56
Tabla 8 57
Tabla 9 59
Tabla 10 60
Tabla 11 62
Tabla 12 64
Tabla 13 66
Tabla 14 67
Tabla 15 69
Tabla 16 71
Tabla 17 73

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es analizar la relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil desde la teoría psicoanalítica. Por lo que el universo de la investigación está constituido por 9 casos de abuso sexual infantil, atendidos por 5 psicólogas clínicas. La información recopilada se da a partir de la realización de una entrevista semiestructurada aplicada a cada una de las terapeutas con el propósito de obtener datos que permitan ser comparados con la información teórica.

A través el análisis del grupo poblacional investigado, se pudo conocer que si existe una relación entre la elección de objeto de amor y el abuso sexual infantil. Donde la presencia del sentimiento de culpa en la víctima apuntala a la elección de un objeto de amor violento. Este proceso da cuenta de una formación sintomática manifestada mediante la compulsión a la repetición de patrones violentos, los cuales se evidencian en la elección de objeto de amor en los casos de estudio, donde 7 de las 9 mujeres realizan una elección de objeto amoroso violento.

Se recomienda que al trabajar con mujeres violentadas por sus parejas, se tome en cuenta la historicidad del sujeto y no se vea la elección de objeto amoroso como una decisión actual y sin ninguna relación con el pasado. Es importante que la víctima logre re-elaborar las vivencias de violencia para que estas puedan ser simbolizadas, con el fin de cortar la historia de maltrato y esta no se repita en la paciente.

Palabras clave:

Abuso sexual infantil, Elección de objeto, Sentimiento de culpa, Compulsión a la repetición.

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze the relationship between the choice of love object and child sexual abuse from psychoanalytic theory. So the universe of research is constituted by 9 cases of child sexual abuse, attended by 5 clinical psychologists. The information collected is given from the performance of a semi-structured interview applied to each of the therapists in order to obtain data that can be compared with the theoretical information.

Through the analysis of the population group investigated, it was known that there is a relationship between the choice of love object and child sexual abuse. Where the presence of guilt in the victim is linked to the choice of an object of violent love. This process accounts for a symptomatic formation manifested through the compulsion to the repetition of violent patterns, which are evidenced in the choice of object of love in the cases of study, where 7 of the 9 women make a choice of violent love object.

It is recommended that when working with women violated by their partners, the historicity of the subject is taken into account and that it is not seen as a current choice and without any relation to the past. It is important that the victim manages to re-elaborate the experiences of violence so that these can be symbolized, in order to cut the history of abuse and this is not repeated in the patient.

Keywords:

Child sexual abuse, Choice of object, Feeling of guilt, Compulsion to repeat.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfoca principalmente en la relación entre elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil, con el objetivo de entender el vínculo que se estructura entre el agresor y la víctima y cómo este influye e interviene en el desarrollo de la subjetividad, al momento de la elección de objeto de amor. El tema propuesto se desarrolla a partir de la teoría psicoanalítica, tomando como principal sustento teórico a Sigmund Freud.

El interés por este tema surge a partir de una problemática creciente en el Ecuador, como es el abuso sexual, donde según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), muestran que "En Ecuador 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual" (INEC;SENPLADES, 2011). La interrogación que se platea es cómo este hecho, violento en toda su magnitud, influye en los factores personales de la mujer al momento de la elección del objeto de amor.

Con el fin de cumplir el objetivo planteado, se analiza en el capítulo uno, la elección de objeto amoroso a través de un recorrido teórico por el que el sujeto debe atravesar con el fin de consolidar dicha elección de objeto de amor, donde se observa la influencia del Complejo de Edipo en los objetos que se eligen para amar. El segundo capítulo responde a la definición de abuso sexual infantil, a través de un recorrido por los organismos encargados de definir cuáles son los tipos de maltrato hacia la niñez que existen en el país y cuáles de estos son considerados como delitos sexuales. Se profundiza acerca de las consecuencias tanto físicas, psicológicas como sociales presentes en la mujer abusada sexualmente en su infancia con la finalidad de concluir el capítulo mostrando las posibles relaciones existentes entre la elección de objeto y el abuso sexual.

En el tercer capítulo, se realiza el análisis de los 9 casos estudiados a partir de la información recopilada por las 5 psicólogas clínicas. Con la finalidad de poder responder la relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil.

El siguiente trabajo no propone un modelo de psicoterapia en adultos ni es una investigación pensada en recomendaciones con la finalidad de diseñar una política pública. Su objetivo central es analizar la relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil, donde se concluye que las víctimas a través de su elección de pareja evidencian que la tendencia a la repetición de la violencia da cuenta de una formación y manifestación sintomática mediante prácticas o elecciones de situaciones destructivas o patológicas.

CAPÍTULO 1

LA ELECCION DE OBJETO AMOROSO

1.1 Definición de objeto

En psicoanálisis, la *noción de objeto* se puede evaluar desde diferentes aspectos.

> A) Como correlato de la pulsión. Es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantaseado. B) Como correlato del amor (o del odio) (...). Se trata entonces de la relación de la persona total, o de la instancia del yo, con un objeto al que se apunta como totalidad (persona, entidad, ideal, etc.) (el adjetivo correspondiente sería "objetal'). C) En el sentido tradicional de la filosofía y de la psicología del conocimiento, como correlato del sujeto que percibe y conoce. Es lo que se ofrece con caracteres fijos y permanentes, reconocibles por la universalidad de los sujetos, con independencia de los deseos y de las opiniones de los individuos (el adjetivo correspondiente sería «objetivo»)" (Laplanche & Pontalis, 1996/2004, p. 258).

Con el fin de entender los tres aspectos propuestos por la teoría psicoanalítica acerca de la noción de objeto, se retoma a Freud (1905), quien realiza una distinción entre la sexualidad infantil y la sexualidad pospuberal. Para este autor, la sexualidad infantil hace referencia a una etapa autoerótica. Expone que "(...) el carácter más llamativo de esta práctica sexual es el hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona; se satisface en el cuerpo propio, es autoerótica" (Freud, 1905/1999, p. 164). A través de esta afirmación Freud postula que, en la sexualidad infantil, el objeto es el cuerpo mismo y en él se encuentra la satisfacción. A diferencia de la sexualidad pospuberal, en la cual el

objeto ya es distinto al propio cuerpo e involucra la elección de un objeto externo. De esta manera, en la etapa pospuberal el sujeto se orienta hacia otro individuo y para esto "(...) la elección de objeto de la época de la pubertad tiene que renunciar a los objetos infantiles y empezar de nuevo como corriente sensual" (p. 182).

Para Freud el autoerotismo, presente en la sexualidad infantil, se caracteriza por el funcionamiento de las pulsiones parciales, y su meta sexual es conseguir placer. En un principio el niño asocia la actividad sexual con la conservación de la vida, es decir, el niño halla la satisfacción por primera vez a partir de la succión del pecho materno; esta succión de leche cálida produce en el niño tal nivel de excitación que convierte al pecho de la madre en su primera fuente de placer pues así logra satisfacer su apetito.

A diferencia de la niñez, para el adulto "(...) la consecución de placer se ha puesto al servicio de la función de reproducción, y las pulsiones parciales, bajo el primado de una única zona erógena, han formado una organización sólida para el logro de la meta sexual en un objeto ajeno" (Freud, 1905/1999, p. 179). A partir de lo anunciado, Freud realiza una diferenciación entre el objeto pulsional y el objeto de amor, en donde el objeto pulsional se define esencialmente como capaz de procurar la satisfacción a la pulsión de que se trate, y que puede tratarse de una persona, pero no es indispensable que sea así, ya que la satisfacción puede ser especialmente proporcionada por una parte del cuerpo.

1.2 Elección de objeto

A continuación se desarrollará el cómo se da el proceso de elección de objeto de amor, lo cual se remite a otro sexuado. Como primer punto se expondrá en qué consiste la elección de objeto amoroso y cómo se da dicho proceso según la teoría psicoanalítica, tomado en cuenta únicamente la elección de objeto infantil.

Según el diccionario de Laplanche & Pontalis, la "elección de objeto u objetal" es "acto de elegir a una persona o un tipo de persona como objeto de amor" (1996/2004, p. 109). Freud distingue la elección de objeto infantil de la pospuberal, siendo la primera un puente para le elección de objeto de amor. Freud afirma la existencia de pulsiones sexuales en la infancia y, al mismo tiempo, destaca la importancia de los primeros años infantiles en la constitución del sujeto, atribuyendo una gran importancia a la sexualidad tanto en la construcción como en la vida psíquica del sujeto (1905). Plantea que para el psicoanálisis la palabra sexualidad no hace referencia únicamente al funcionamiento del aparato genital, "(...) sino a toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental" (Laplanche & Pontalis, 1996/2004, p. 401). De esta manera Freud propone que el neonato trae consigo mociones sexuales, las mismas que se desarrollarán durante su crecimiento; su origen, se da a partir de diferentes fuentes somáticas, denominadas zonas erógenas, que emiten impulsos y que excitan sexualmente al sujeto.

De esta forma tanto el niño como la niña, durante su desarrollo, se enfrentarán a diferentes fases y en cada una de estas predomina una zona erógena específica, en concordancia con su crecimiento. A partir de lo enunciado, Freud formula la teoría psicosexual, la cual se basa en una secuencia de fases por las que atraviesa el sujeto durante su desarrollo.

Paralelamente al desarrollo de la teoría psicosexual, Freud amplía el concepto de fijación y regresión. Ambos se relacionan con la evolución de la libido y permiten entender la unión y persistencia de la libido a *imagos*, personas o fases que reproducen un determinado modo de satisfacción en el sujeto. La fijación suele estar enlazada a experiencias infantiles, e implica una resistencia o detención de la libido. En esta el sujeto

no logra desprenderse de ella y suele quedar excesivamente "fijado" en alguna de sus fases psicosexuales. Argumenta que "(...) con el desarrollo de la teoría de las fases* (...), el concepto de fijación adquiere nueva extensión: puede referirse no solamente a un fin o a un objeto* libidinal parcial, sino a toda una estructura de la actividad característica de una determinada fase" (Laplanche & Pontalis, 1996/2004, p. 157). Por lo tanto el origen de la fijación se encuentra en la represión y es a partir de esta donde se produce la regresión, la cual hace referencia al retorno de estados psíquicos anteriores. Freud plantea que durante las fases de desarrollo psicosexual no siempre la libido podrá trasladarse completamente a la siguiente zona erógena y, al no poder trasladarse, quedará adherida a una fase. De esta manera, el sujeto vuelve a presentar características de la fase en la que se encuentra fijado; y por lo tanto, mientras más fuertes sean las fijaciones, será más fácil la regresión a esos puntos de fijación.

En la formulación de la teoría psicosexual, Freud propone distintas fases de organización sexual que se dan en el desarrollo del infante: fase oral, fase anal, fase fálica, período de latencia y la fase genital.

En la *fase oral*, que se da desde el nacimiento hasta el primer año de vida del niño, Freud señala que "la actividad sexual no se ha separado todavía de la nutrición, ni se han diferenciado opuestos dentro de ella" (1905/1999, p. 180). Por lo tanto en esta fase la meta sexual va a consistir en la incorporación del objeto, y la boca vendría a ser la fuente predominante de obtención de placer. De esta manera, en la fase oral, la nutrición genera en el infante una ganancia de satisfacción, y es mediante la evolución de la etapa en donde la libido de succión pronto se independiza de la nutrición, desplazando su carga hacia otros objetos.

La segunda fase, la organización *sádico-anal*, se desarrolla entre el primer año de vida hasta aproximadamente los tres años. Esta fase está dirigida a la mucosa anal y al placer que produce la defecación y la retención. Así los excrementos no son concebidos con asco para el infante, más bien son considerados como parte del propio cuerpo, por lo cual se le hace difícil desprenderse de ellos. Esta fase recobra vital importancia cuando el niño logra controlar sus esfínteres, pues de esa manera adquiere la sensación de dominio del mundo exterior y el consecuente placer que ello le proporciona.

La tercera fase de la organización sexual infantil que propone Freud es la fase *fálica*, que se da a partir de los tres años hasta alrededor de los seis años. En esta fase tanto el niño como la niña atravesarán por el Complejo de Edipo, tema que se desarrollará con profundidad en el siguiente apartado. La fase *fálica* "se caracteriza por una unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales; pero, a diferencia de la organización genital puberal, el niño o la niña no reconocen en esta fase más que un solo órgano genital, el masculino" (Laplanche & Pontalis, 1996/2004, p. 148) . En esta fase, la zona erógena corresponde a las partes genitales reales; por lo tanto, el interés sexual está dirigido al descubrimiento y exploración de los órganos genitales como fuentes generadoras de placer.

A partir de los siete años de edad hasta alrededor de los doce, el niño entra en el período denominado *latencia*, en el cual no existe ninguna zona erógena preponderante. En el período de latencia se da una declinación de la sexualidad infantil, lo cual da paso a la pubertad. Según el psicoanálisis, en esta fase se observa

> (...) una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos (especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales), y la aparición de sentimientos como el pudor

y el asco, y de aspiraciones morales y estéticas (Laplanche & Pontalis, 1996/2004, p. 209).

En el período de *latencia* surgen otros intereses en el infante asociados a la escolarización, relaciones personales y crecimiento intelectual.

La última fase, denominada *genital*, aparece en la pubertad a partir de los doce años en adelante y está relacionada con los cambios físicos que se dan durante la adolescencia. La zona erógena vuelven a ser los genitales, dando paso al nacimiento de la sexualidad adulta a través de un objeto exogámico.

Por lo tanto, Freud propone que la meta sexual de las pulsiones sexuales infantiles, presentes en la infancia, consiste en producir satisfacción a través de la estimulación adecuada de la zona erógena escogida. Además expone que "(...) la vida sexual infantil, a pesar del imperio que ejercen ciertas zonas erógenas, muestra componentes que desde el comienzo envuelven a otras personas en calidad de objetos sexuales" (Freud, 1905/1999, p. 174), las mismas que entrarán en relación con la vida genital del infante. Así, Freud afirma que:

> El punto de llegada del desarrollo lo constituye la vida sexual del adulto llamada normal; en ella, la consecución de placer se ha puesto al servicio de la función de reproducción, y las pulsiones parciales, bajo el primado de una única zona erógena, han formado una organización sólida para el logro de la meta sexual en un objeto ajeno (1905/1999, p. 179).

Por lo tanto, la instauración de ese primado al servicio de la reproducción es la fase que culmina la organización sexual. En la pubertad, a diferencia de la infancia, las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital; y, de esta forma, la pulsión se dirige a otro sujeto en el cual se quiere alcanzar su meta.

Freud (1905/1999) plantea además la existencia de dos tiempos en el sujeto en donde se da la elección de objeto: “La primera se inicia entre los dos y los cinco años, y el período de latencia la detiene o la hace retroceder; se caracteriza por la naturaleza infantil de sus metas sexuales” (p. 181). En el primer tiempo de elección, el infante escoge como primeros objetos de amor a sus figuras parentales. Por ello Freud determina que esta primera elección de objeto, por lo general, es incestuosa, debido a que el infante selecciona como objeto de amor generalmente a la madre. A diferencia del primer tiempo de elección de objeto, Freud plantea que “la segunda sobreviene con la pubertad y determina la conformación definitiva de la vida sexual” (p. 181). De tal manera que para este autor la sexualidad no se adquiere ni se instaura únicamente en la pubertad, sino que más bien la llegada de la misma produce cambios en la vida sexual infantil, lo cual implica un proceso de desarrollo no lineal, relacionado con la historia particular de cada sujeto.

Por lo tanto, la sexualidad del adulto guarda una estrecha relación con la sexualidad infantil, postulando que en la pubertad “(...) se consuma el hallazgo de objeto, preparado desde la más temprana infancia” (p. 202). Sin embargo, durante su maduración sexual, se implanta la barrera del incesto con el fin de impedir como objeto de amor a parientes consanguíneos o personas amadas durante la niñez. Para Freud, la barrera del incesto no actúa por completo y afirma que “ni siquiera quien ha evitado felizmente la fijación incestuosa de su libido se sustrae por completo de su influencia” (1905/1999, p. 208). De modo que la elección de objeto en general se da mediante un apuntalamiento a los modelos parentales y va a ser guiada por los recuerdos inconscientes infantiles, transformados en la pubertad y desviados por la barrera de incesto. Así, la elección de objeto vendría a ser un reencuentro con lo ya experimentado.

1.3 Tipos de elección de objeto

Freud (1914) desarrolla la idea de dos tipos de elección de objeto amoroso en la vida adulta. La primera denominada "por apoyo o anaclítica" y la diferencia de la elección objetal narcisista. Asegura que "(...) el niño (y el adolescente) elige sus objetos sexuales tomándolos de sus vivencias de satisfacción. Las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas son vivenciadas a remolque de funciones vitales que sirven a la autoconservación" (1914/ 1999, p. 84). Según el diccionario de Laplache & Pontalis la elección de objeto anaclítica hace referencia a un "tipo de elección de objeto en el que el objeto de amor se elige sobre el modelo de las figuras parentales, en tanto que estas aseguran al niño alimento, cuidado y protección" (1996/2004, p. 110). La persona encargada de brindar satisfacción al niño es su madre o figura sustituta y es a través de esta donde el niño encuentra protección además del alimento necesario para su desarrollo.

Por lo tanto es este tipo de elección de objeto "por apuntalamiento o anaclítica" en la cual el niño o niña escogen su objeto de amor en base a la pulsión de nutrición. Esta forma de elección de objeto se basa en que las pulsiones sexuales se apoyan en las pulsiones de autoconservación, es decir, el niño busca a través de la elección de objeto amoroso el prototipo de la madre nutricia o al padre protector.

Freud (1914) también plantea que no todos los sujetos escogen objetos de amor de acuerdo a los modelos anteriormente planteados y propone al narcisismo como vía de acceso al estudio de la vida amorosa. La denomina "elección narcisista", y señala que es "(...) aquella cuyo desarrollo libidinal experimentó una perturbación (...), no eligen su posterior objeto de amor según el modelo de la madre, sino según el de su persona propia" (1914/ 1999, p. 85). Por lo tanto, en este tipo de elección de objeto, el sujeto se busca a sí mismo como objeto de amor o algo que lo represente. Según el autor en este tipo de

elección de objeto narcisista se ama: "a) lo que uno mismo es (a sí mismo); b) a lo que uno mismo fue; c) a lo que uno querría ser; y d) a la persona que fue una parte del sí-mismo propio" (p. 87). Este tipo de elección se opone a la de objeto anaclítica ya que "la primera no constituye la reproducción de una relación de objeto preexistente, sino la formación de una relación de objeto sobre el modelo de la relación del sujeto consigo mismo" (Laplanche & Pontalis, 1996/2004, p. 111).

1.4 Relación entre el Complejo de Edipo y la elección de objeto amoroso

Durante este apartado, se teorizará un concepto central para le teoría psicoanalítica, desarrollado por Freud a lo largo de su obra y que tiene su génesis en la tragedia de Edipo Rey, escrita por Sófocles. Freud desarrolla el Complejo de Edipo a partir de un autoanálisis, además de los análisis realizados a sus pacientes, y descubre que el niño vivencia deseos tanto incestuosos como hostiles hacia sus progenitores.

Freud (1924) afirma que "el Complejo de Edipo revela cada vez más su significado como fenómeno central del período sexual de la primera infancia. Después cae sepultado, sucumbe la represión –como decimos–, y es seguido por el período de latencia" (1924/1997, p. 181). Su origen se da en la fase fálica y la declinación del mismo permite al niño la entrada al período de latencia, el cual se "supera" a partir de un tipo particular de elección de objeto y es vivenciado de forma particular en cada sujeto. Freud propone que el desarrollo sexual tanto del niño como el de la niña progresa hasta una fase donde los genitales ya han tomado sobre sí su papel rector, de tal manera que el Complejo de Edipo se desarrolla paralelamente a la fase fálica. Sin embargo afirma que "(...) estos genitales son solo los masculinos, pues los femeninos siguen sin ser descubiertos" (p. 182).

A través del onanismo el niño explora sus genitales, sin embargo esta ocupación manual es reprimida por el adulto a cargo de su cuidado a través de amenazas y miedos, ya que en la mayoría de casos no suelen estar de acuerdo con su forma de exploración. Con el fin de que el niño deje de tocarse los genitales surge la amenaza de castración impuesta por los padres, y sentida por el niño como un castigo debido al onanismo. En sus inicios el varón no obedece a la amenaza impuesta por sus padres, mas con el pasar del tiempo "la observación, que por fin quiebra la incredulidad del niño, es la de los genitales femeninos (...), y llega a ver la región genital de una niñita, y no puede menos que convencerse de la falta de un pene" (Freud, 1924/1997, p. 183). A partir de este evento, el niño experimenta un fuerte temor frente a la amenaza de castración ya que al observar los genitales femeninos siente que podría llegar a perder sus propios genitales.

El Complejo de Edipo ofrecerá al niño dos posibilidades de satisfacción: una activa (positiva) y una pasiva (negativa), en donde

> pudo situarse de manera masculina en el lugar del padre y, como él, mantener comercio con la madre, a raíz de lo cual el padre fue sentido pronto como un obstáculo; o, quiso sustituir a la madre y hacerse amar por el padre, con lo cual la madre quedó sobrando" (Freud, 1924/1997, p. 184).

Estas dos posibilidades de satisfacción llegan a su fin al considerar la posibilidad de castración y observar a la mujer como castrada; por lo tanto, es justamente a través de la amenaza de castración donde el Complejo de Edipo quedará sepultado dando paso a la formación del superyo y al comienzo del período de latencia.

Freud plantea que el desarrollo de la niña es más complejo que la del varón, pues en este devenir de niña a mujer se debe atravesar por dos tareas adicionales. La primera de ellas consiste en cambiar su zona erógena, del clítoris a la vagina: "(...) con la vuelta

hacia la feminidad, el clítoris debe ceder en todo o en parte a la vagina su sensibilidad y con ella su valor (1933/1997, p. 110). La segunda tarea por la que debe atravesar la niña es lograr resignificar su primer objeto de amor y tomar a cambio al padre como objeto de amor, sin dejar de lado que tanto para el niño como para la niña el primer objeto de amor es la madre.

La diferencia anatómica que existe entre ambos sexos repercute en el desarrollo del psiquismo. Freud señala que el clítoris en la niña hace referencia al pene en el varón, y es a través del intercambio lúdico entre niños en donde ella observa la diferencia anatómica de su sexo: "(...) percibe que es 'demasiado corto', y siente este hecho como un perjuicio y una razón de inferioridad" (1924/1997, p. 186). La niña comprende esta falta como un castigo debido a la castración. "La niña acepta la castración como un hecho consumado, mientras que el varoncito tiene miedo a la posibilidad de su consumación" (ibíd.). En este hecho radica la diferencia central entre hombre y mujer, y es a partir de allí donde la niña cae víctima de la envidia del pene; sin embargo, poco a poco empezará a compartir el menosprecio del varón a través de la aceptación de la castración como un castigo personal y tras comprender la universalidad del carácter sexual femenino.

El autor propone que el Complejo de Edipo en la niña culmina al desplazar el deseo de tener pene por el regalo de un hijo del padre; con este propósito, toma al padre como objeto de amor, mientras que la madre pasa a ser objeto de celos. Sin embargo, Freud afirma que "aunque la envidia del pene haya renunciado a su objeto genuino, no cesa de existir" (1925/1997, p. 272). Ambos deseos permanecerán en el inconsciente e influyen y determinan en la preparación femenina para la realización y aceptación de un papel sexual. De esta manera, el conocimiento de la diferencia anatómica de los sexos permite a la niña alejarse de la masculinidad y encaminarse a una nueva posición, la feminidad.

Tanto para la mujer como para el hombre, el Complejo de Edipo, al ser esbozado en la infancia, se manifiesta y se "supera" en la pubertad a través de un tipo particular de elección de objeto, debido a que este, después de la pubertad, viene condicionado tanto por las identificaciones como por la prohibición del incesto. Por lo tanto, el Complejo de Edipo desempeña un papel crucial tanto en la orientación del deseo como en la estructuración del sujeto.

1.5 La identificación y la elección de objeto

Dentro del psicoanálisis, la identificación desempeña un papel crucial tanto en la formación sintomática como en los sueños, las fantasías y el Complejo de Edipo. Es considerado como un término central dentro del psicoanálisis ya que a través de una serie de identificaciones se va constituyendo el sujeto.

Freud (1921/2011) enriquece la noción de identificación a través de diferentes aportaciones, y convoca al estudio de los modos de identificación desde la primera infancia, postulando que,

> en primer lugar, la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto; en segundo lugar, pasa a sustituir a una ligazón libidinosa de objeto por la vía regresiva, mediante introyección del objeto en el yo, por así decir; y, en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales (1921/2011, p. 101).

A través de lo planteado por Freud se pueden observar tres modos de identificación. El primero es considerado preedípico a diferencia de los otros dos modos planteados, los cuales se dan posteriormente al Complejo de Edipo. Es importante tomar en cuenta que las identificaciones están volcadas del lado del sujeto, no del objeto como representación psíquica, y hacen referencia a un proceso puramente inconsciente por el

cual el sujeto y el objeto entran en una relación de identificación, diferenciada por Freud de la imitación; por la tanto, es justamente a través de las identificaciones en donde el sujeto se va estructurando.

El primer modo de identificación hace referencia a la fase oral del sujeto, en la cual el niño se considera uno con la madre ya que aún no existe un *Yo* que se asuma como sujeto separado de ella; de esta manera, su meta sexual consiste en la incorporación del objeto: "En la incorporación coinciden el placer de hacer penetrar un objeto dentro de sí, la destrucción del mismo y asimilarse las cualidades de este" (Vanni & E., 2014, p. 19). Así, el primer modo de identificación se da con la persona que ejerce la función de cuidado, devorando al objeto con el fin de asimilarlo. Constituye una relación preedípica, dado que no es posterior a ninguna relación de objeto propiamente dicha; y más tarde ese objeto (madre), en calidad de identificación, desempeñará un papel psíquico importante en la constitución del sujeto.

El primer modo de identificación dará paso al segundo modo de identificación, en el cual su característica principal es la resignación e introyección del objeto en el *Yo*. Freud postula que en este segundo modo de identificación el pequeño "(...) manifiesta un particular interés hacia su padre, querría crecer y ser como él, hacer sus veces en todos los terrenos. Digamos, simplemente: toma al padre como su ideal" (1921/2011, p. 99). Este segundo modo de identificación actúa como sustitutivo regresivo de una elección objetal abandonada, da cuenta del síntoma ya que a través de este el sujeto logra sustituir a la persona que provoca hostilidad o a la persona que es objeto de una inclinación erótica.

Es importante tomar en cuenta que tanto en el primer modo como en el segundo modo, la identificación es ambivalente pues está cargada de ternura y, a la vez, de un deseo de eliminación; así, la ambivalencia será esencial para la construcción de toda

identificación. De esta manera los objetos primarios, tanto la madre como el padre, o cualquier figura que los sustituya, con los cuales el niño logra hacer sus primeras identificaciones al entrar en la pubertad, deberán ser reprimidos y resignados, logrando ser sustituidos por objetos externos, los cuales se eligen en base al objeto perdido.

En el tercer modo de identificación planteado por Freud, el sujeto prescinde de una relación de objeto con la persona con la cual se identifica o la toma por modelo: "El mecanismo es el de la identificación sobre la base de poder o querer ponerse en la misma situación" (1921/2011, p. 101). A través de este tercer modo de identificación, nace el comienzo de nuevas ligazones ya que lo que el sujeto comparte con el objeto es una cualidad en común. En este caso no se produce una introyección de objeto como en los dos anteriores modelos planteados.

Freud plantea además que la diferencia entre identificación y elección recae, "en el primer caso (...), en lo que uno querría ser; en el segundo, lo que uno querría tener" (1921/2011, p. 100). Por lo tanto la identificación vendría a ser un proceso inconsciente a diferencia de la elección, ya que esta implica una decisión "aparentemente" consciente. A través de las identificaciones el sujeto configura su propio *Yo* a semejanza del otro y lo enriquece tomando de otros objetos varias propiedades.

Freud (1923/1999) establece la segunda teoría del aparato psíquico en la cual enriquece el término identificación. En la segunda tópica, Freud describe el *Ello*, el *Yo* y el Superyó, planteando que los efectos de las primeras identificaciones conducen a la génesis del Superyó y afirma que (...) "tras este se esconde la identificación primera, y de mayor valencia, del individuo: la identificación con el padre de la prehistoria personal (...) es una identificación directa e inmediata {no mediada}, y más temprana que cualquier investidura de objeto" (1923/1999, p. 33). De esta manera Freud establece que, en un

primer momento y antes de cualquier investidura de objeto, el infante se identificará con sus progenitores de manera inmediata; y que, a través de estas identificaciones que establece con sus progenitores, irá construyendo su *Yo*. Posteriormente, con el surgimiento del Complejo de Edipo, tanto el niño como la niña refuerzan esa identificación primaria, rectificando su feminidad o masculinidad.

Freud en su texto *Duelo y melancolía* realiza otra aportación acerca del término identificación, en donde lo plantea como el estadio preliminar a la elección de objeto. Para esto realiza una diferenciación entre el "duelo y la melancolía", considerando a la melancolía como un estado patológico de empobrecimiento del *Yo*; explica que la melancolía hace referencia a una pérdida inconsciente, a diferencia del duelo en el cual no se tiene la certeza de qué se perdió: "(...) no atinamos a discernir con precisión lo que se perdió, y con mayor razón podemos pensar que tampoco el enfermo puede apresar en su conciencia lo que ha perdido" (1915/2001, p. 245). En la melancolía, la libido no logra desplazarse a otro objeto, sino que recae sobre el *Yo* provocando una identificación del *Yo* con el objeto resignado. Así, Freud postula que la melancolía hace referencia a la ligazón entre una identificación y un objeto del cual no se puede elaborar su pérdida ya que se trata de una pérdida desconocida para el sujeto. En este estado, el objeto triunfa por lo tanto no es posible que la pérdida afecte al objeto ya que el afectado por la pérdida es el *Yo*, el cual se vuelve sombra del objeto "perdido" como resultado de una identificación.

Se podría plantear que la identificación hace referencia a un proceso inconsciente por el cual se va "decidiendo" y "eligiendo" lo que somos. Surge desde el deseo y desde aquella relación que se ha configurado con el otro, siendo esa etapa previa a la elección de objeto y el primer modo ambivalente de expresión.

Tomando en cuenta los tres modos de identificación planteados por Freud se concluye que, en el primer modo de identificación, el sujeto elegiría como objeto de amor así mismo, a diferencia del segundo modo, en el cual el sujeto elegiría un objeto igual a sus progenitores con quienes se identificó, mientras que en el tercer modo de identificación, el sujeto elige otro objeto con el cual solo comparte cualidades o ciertos rasgos en común.

Por lo tanto la posición que cada sujeto ocupa en la vida amorosa, y la pareja que elige, no se da de manera azarosa. La elección del objeto de amor, la cual es una decisión "aparentemente consciente", está determinada por factores inconscientes establecidos por los efectos de las primeras identificaciones que el infante logre hacer con sus figuras primordiales. Estas establecerán ciertas condiciones y huellas, las cuales determinarán la vida amorosa del sujeto y por ende la elección de pareja.

CAPÍTULO II

EL ABUSO SEXUAL INFANTIL DESDE LA PSICOLOGIA

2.1 Realidad del abuso sexual infantil en el Ecuador

El abuso sexual infantil constituye un problema creciente en el Ecuador, siendo considerado una de las peores formas de violación a los derechos humanos. Representa una problemática que afecta de manera violenta y decisiva la niñez y, por ende, a la constitución del sujeto. Por tanto, debería ser un tema de preocupación para todos y cada uno de los ciudadanos, así como de las instituciones privadas y estatales, con el fin de luchar a favor de los derechos de la niñez y movilizarnos por erradicar la violencia en todas sus expresiones, incluida la sexual, dentro de nuestra sociedad.

Uno de los últimos informes planteados por la UNICEF, "Ocultos a plena luz" –considerado el informe más completo publicado en los últimos años sobre la violación de derechos hacia la niñez–, revela grandes cifras de violencia en contra de la niñez, en base de un análisis estadístico realizado a 195 países. Concluye que "(...) 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de una de cada 10) han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas, y de otras agresiones sexuales en algún momento de sus vidas" (UNICEF, 2014, p. 4). Las cifras de este informe apenas revelan los altos indicadores de violencia sexual hacia los niños en el mundo, considerando que la gran mayoría de casos no son denunciados.

El Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia realizó un estudio en 2014, que revela datos preocupantes acerca del incumplimiento de derechos que sufre la niñez en el Ecuador, con el fin de formular políticas públicas que garanticen la protección al infante. El estudio muestra 17.370 demandas por violencia ejercida hacia la niñez,

registradas por las Unidades de Atención de la Familia del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en el año 2012, de estas 1.343 fueron de abuso sexual infantil, siendo Galápagos y Manabí las provincias con mayor porcentaje de abuso sexual en el Ecuador (Observatorio Social del Ecuador, 2014).

A la vez, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) con la ayuda de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) plantean un análisis de los resultados de la "*Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres"* realizada en el 2011, la cual revela que aproximadamente "En Ecuador 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual" (INEC, SENPLADES, 2011). Los datos propuestos en dicho análisis dan cuenta de la magnitud de la violencia ejercida contra la mujer, determinando niveles altos de abuso sexual infantil en el Ecuador.

La Dirección Nacional de Policía especializada en Niños, Niñas y Adolescentes (DINAPEN), institución encargada de hacer valer los derechos y de velar por la protección de los niños, niñas y adolescentes en el Ecuador, realizó una investigación sobre los casos de abuso sexual en el año 2017, y encontró que existieron 912 casos de abuso sexual infantil denunciados en el año 2017. Mientras que, en marzo de 2018, el Ministerio de Educación entregó 129 casos de abuso sexual infantil a la Fiscalía General del Estado: "Con esta cuarta entrega, suman 385 casos puestos en manos de la Fiscalía para determinar responsabilidad penal de los infractores de delitos de violencia sexual cometidos en contra de niños, niñas y adolescentes en establecimientos educativos del país" (2018, p. Párr 1). Concluye que los abusos cometidos fueron realizados por los docentes como por el personal de trabajo de las instituciones educativas; además, el mismo informe muestra que se han encontrado, a nivel nacional, 1.260 denuncias de abuso sexual infantil entre 2014 y 2017.

Las cifras reveladas por varias instituciones tanto públicas como privadas son alarmantes. Sin embargo, el abuso sexual infantil no es un fenómeno que ocurre ahora, siempre se ha encontrado presente tanto en las familias como en las escuelas. Eso lleva a preguntarse, ¿cuáles son las instituciones que protegen al infante frente al maltrato y la vulneración de sus derechos?

En el Ecuador existe un marco legal y constitucional el cual protege a los niños, niñas y adolescentes de cualquier tipo de maltrato, siendo el primer país en América Latina en firmar el acuerdo en la *Convención sobre los derechos del niño* (CDN), y que entró en vigor en 1990, la cual toma y enriquece lo planteado por la Declaración Universal de Derechos Humanos. En este convenio se propone a la infancia como un período por el cual el niño tiene el derecho de asistencia y cuidado especial, y plantea a la familia y al Estado como grupos fundamentales encargados de asumir los cuidados que el infante necesite para su bienestar y desarrollo.

En art. 3 propone:

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño (UNICEF, 1990, p. 2).
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas (UNICEF, 1990, p. 2).

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada (UNICEF, 1990, p. 2).

Con la firma de la Convención se asegura el crecimiento y desarrollo del niño a plenitud además de su protección y atención. De esta manera, tanto los niños como las niñas pasan a ser consideradas sujetos de derechos protegidos por un instrumento legal el cual garantiza el cumplimiento de sus derechos. A través de este tratado, el Ecuador empieza a tomar medidas legislativas y administrativas que proporcionan la asistencia necesaria para el cuidado del infante. En el art. 19, la CDN propone "(...) proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual" (UNICEF, 1990, p. 6). Complementado su cuidado en el art. 34 el cual se compromete a "(...) proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales" (UNICEF, 1990, p. 11). Dicho artículo hace referencia a cualquier actividad o material sexual en el cual se encuentre involucrado y expuesto el infante.

La Constitución Política de la República del Ecuador, la cual determina el funcionamiento legal del país, toma en cuenta el importante paso histórico que se asumió al firmar este Convenio; y, rectifica los derechos del niño proclamados en la Convención, proponiendo a la infancia como un grupo de atención prioritaria. En el capítulo III, art. 35, dedicado al derecho de las personas y grupos de atención prioritaria anuncia que:

> Las personas (...) quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Constitución de la República del Ecuador, 1998/2014, p. 6).

De esta manera se logra establecer cuáles son los grupos vulnerables, incluyendo entre estos a los niños abusados sexualmente. Así, tanto los niños y niñas que han sufrido abuso sexual forman parte de la atención prioritaria del país. La misma Constitución, en la sección V, encargada de los derechos tanto para las niñas, los niños y los adolescentes, trae un artículo de especial interés para el tema de abuso sexual infantil. En el art. 46, dedicado a las medidas que toma el Estado para asegurar la integridad de los niños, niñas y adolescentes, en el numeral 4, establece que el Estado es el encargado de brindar "protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones" (Constitución de la República del Ecuador, 1998/2014, p. 9). Este artículo rectifica el derecho a la protección y el papel que cumple el Estado frente a toda situación de violencia a la que está expuesta el niño, incluyendo la sexual.

El Código Orgánico Integral Penal (COIP) establece distintas penas según el tipo de abuso al cual ha sido expuesto un niño o niña. En su sección cuarta, dedicada a los delitos contra la integridad sexual y reproductiva, propone a través del art. 170 que:

> La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma, u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista

> penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Cuando 1a víctima sea menor de catorce años de edad o con discapacidad (...) será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si 1a víctima es menor de seis años, se sancionará con pena privativa de libertad de siete a diez años (COIP, 2014, p. 77).

2.2 Definición de abuso sexual infantil

Existen varias definiciones que intentan precisar aquello que se constituye como "abuso sexual infantil". Las definiciones que se encontrarán en este apartado, se delimitan a partir de dos conceptos: dominación y la diferencia de edad que se da entre víctima y agresor. El "abuso sexual infantil" es un concepto difícil de precisar debido a que su concepción varía según el tipo de comunidad en donde se dé, siendo un concepto ligado a aspectos no académicos sino más bien ideológicos, donde su definición está articulado a las culturas y leyes que lo conforman.

A continuación se presentan diversas definiciones con límites claros, las cuales permitirán comprender de qué se trata el abuso sexual infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como:

> Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder" (2014).

A través de esta definición planteada por la OMS, se puede observar que el abuso sexual infantil se encuentra dentro de lo denominado maltrato infantil, afirmando que este hecho produce un daño real, el cual repercute de alguna manera en su desarrollo como en sus potencialidades.

La UNICEF realizó una guía en el año 2017 que se especializa en el abuso sexual infantil, y en donde se define al abuso sexual infantil como:

> (...) toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño, o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias (2017, p. 7).

Es importante tomar en cuenta que el abuso sexual infantil no hace referencia únicamente al coito, abarca fenómenos tales como: sexo oral, masturbación, relatos sexuales, etc. A través de la definición se observa la disparidad en la edad que existe entre la víctima y el agresor, siendo esta una relación asimétrica tanto de poder como de conocimientos, lo cual la convierte en un abuso, haya o no agresión física como verbal.

En el Ecuador, el *Código de la niñez y la adolescencia* (2003/2017) –el cual está conformado por un conjunto de normas jurídicas encargadas de regular y garantizar la protección de los derechos de los niños–, en el art. 68 dedicado a la protección contra el maltrato, abuso, explotación sexual, tráfico y pérdida de niños, niñas y adolescentes, define al abuso sexual como "(...) todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete a un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento,

mediante seducción, chantaje, intimidad, acción, engaños, amenazas, o cualquier otro medio" (2003/2017, p. 7).

A la vez, el Ministerio de Salud Pública en el libro *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida* (2009), reafirma la definición planteada en el *Código de la niñez y adolescencia*. Al definir ¿Qué es el abuso sexual infantil? Ambas organizaciones plantean la palabra "consentimiento" la cual no tiene ningún valor frente a un tema de abuso sexual infantil, ya que tanto el niño como la niña carecen del desarrollo madurativo, emocional y cognoscitivo como para dar una respuesta a dicha situación.

A partir de las definiciones planteadas, se puede concluir y aseverar que el abuso sexual infantil implica un acto violento, en el cual se acentúa un desequilibrio de poder y de saberes entre el infante y el agresor, donde el menor no puede dar un consentimiento desde su posición de sujeto. Una víctima de abuso sexual infantil ha sufrido un daño psíquico devastador que afecta a la persona en su totalidad, y que resulta subjetivamente importante y penoso por los efectos y desencadenantes que puede generar.

2.3 Tipología del abuso sexual infantil

El abuso sexual está calificado por muchos autores y organizaciones dentro de los malos tratos hacia la infancia. Tanto niños, niñas como adolescentes han sido expuestos a varias formas de violencia, considerando al abuso sexual infantil como una de las formas más comunes y atroces. Sin embargo, el abuso sexual infantil no es un hecho aislado, se encuentra determinado por diversos factores en los cuales se hallan otros tipos de maltrato. Por lo mismo, el Ecuador cuenta con dos instrumentos, el COIP (2014) y el Código de la Niñez y Adolescencia (2017), encargados de definir cuáles son las distintas sanciones y procedimientos frente a la violencia contra los niños y niñas, a la vez,

determinan cuáles son los tipos de maltrato hacia la niñez que existen en el país, y de estos, cuáles son considerados como delitos sexuales.

2.3.1 Legal

En el Ecuador, el COIP es el instrumento encargado de determinar las sanciones conforme al sistema penal ecuatoriano, y tipificar todas las conductas consideradas como delitos, entre estos los sexuales. En la sección IV, que se enfoca en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva, señala:

- Art. 166.- Acoso sexual, se refiere a "la persona que solicite algún acto de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, prevaliéndose de situación de autoridad" (2014, p. 76). Es sancionada con pena privativa de la libertad de uno a tres años.
- Art. 167.- Estupro, se lo considera así cuando una "(...) persona mayor de dieciocho años que, recurriendo al engaño, tenga relaciones sexuales con otra, mayor de catorce y menor de dieciocho años" (ibíd.). Es sancionado con pena privativa de libertad de uno a tres años.
- Art. 168.- Distribución de material pornográfico a niñas, niños y adolescentes. Hace referencia a "la persona que difunda, venda o entregue a niñas, niños o adolescentes, material pornográfico" (ibíd.). Es sancionado con pena privativa de la libertad de uno a tres años.
- Art. 169.- Corrupción de niñas, niños y adolescentes. Se refiere a "la persona que incite, conduzca o permita la entrada de niñas, niños o adolescentes a prostíbulos o lugares en los que se exhibe pornografía" (ibíd.). Es sancionado con una pena privativa de libertad de uno a tres años.

- Art. 170.- Abuso sexual. Hace referencia a “la persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal” (2014, p. 77). Es sancionado con una pena privativa de la libertad de tres a cinco años. Cuando la víctima de abuso sexual es menor de edad o discapacitada la pena aumenta de cinco a siete años.
- Art. 171.- Violación. Se lo define como al “(...) acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o, la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril” (ibíd.). Es sancionada con una pena privativa de la libertad de diecinueve a veintidós años. Cuando la víctima es menor de catorce años, se sanciona con el máximo de la pena.
- Art. 172.- Utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual. Hace referencia a “la persona que utilice a niñas, niños o adolescentes, a personas mayores de sesenta y cinco años o personas con discapacidad para obligarlas a exhibir su cuerpo total o parcialmente con fines de naturaleza sexual” (ibíd.). Es sancionado con una pena privativa de la libertad de cinco a siete años.
- Art. 174.- Oferta de servicios sexuales con menores de dieciocho años por medios electrónicos. Hace referencia a la “(...) persona que utilice o facilite el correo electrónico, chat, mensajería instantánea, redes sociales, blogs, fotoblogs, juegos en red o cualquier otro medio electrónico o telemático para ofrecer servicios sexuales con menores de dieciocho años de edad” (2014, p. 78). Se sanciona con pena privativa de la libertad de siete a diez años.

El Código de la Niñez y Adolescencia, es un conjunto de normas jurídicas que garantiza la protección integral tanto de la niñez como de la adolescencia. Establece diferencias y define las agresiones consideradas como delitos sexuales hacia el menor a través de disposiciones generales y específicas en cada caso en particular. En su sección IV dedicada a la protección contra el maltrato, abuso, explotación sexual, tráfico y pérdida de niños, niñas y adolescentes, divide en tres los delitos de carácter sexual hacia el infante, y los conceptualiza de la siguiente manera:

- Art. 68.- Abuso sexual. Como ya se mencionó anteriormente dentro de las definiciones, hace referencia a "(...) todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete a un niño, niña o adolescente aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación engaños, amenazas, o cualquier otro medio" (2003/2017, p. 7).
- Art. 69.- Explotación sexual. A diferencia del abuso sexual, la explotación sexual abarca a la pornografía y a la prostitución infantil. La primera hace referencia a "(...) toda representación, por cualquier medio, de un niño, niña y adolescente en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas; o, de sus órganos genitales, con la finalidad de promover, sugerir o evocar la actividad sexual" (2003/2017, p. 8). Mientras que la prostitución infantil es definida dentro del código como "(...) la utilización de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución" (ibíd.).
- Art. 70.- Tráfico de niños. Se entiende por tráfico a la "(...) sustracción, traslado o retención, dentro o fuera del país y por cualquier medio, con el propósito de utilizarlos en la prostitución, explotación sexual o laboral, pornografía narcotráfico, tráfico de órganos, servidumbre, adopciones ilegales otras actividades ilícitas" (ibíd.).

En nuestro país, tanto el COIP como el Código de la Niñez y Adolescencia no coinciden ni en sus tipologías ni en sus clasificaciones para designar los delitos a menores de edad con carácter sexual. Esta discordancia entre ambos instrumentos deriva confusiones. Es importante que tanto el COIP como el Código de la Niñez y Adolescencia estén compuestos a través de las mismas medidas sociales, administrativas, judiciales y legislativas con el fin de garantizar y regular el ejercicio y la protección del menor.

2.4 Etiología del abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil es una problemática que abarca varios fenómenos, los cuales actúan conjuntamente entre sí e incrementan la posibilidad de que el acto suceda. Reconocer cuáles fueron las causas que motivaron el abuso o los factores que influyeron para que el infante se encuentre en una situación de riesgo que desencadene el abuso sexual es de vital importancia para respaldar al infante, descartar mitos y conocer a profundidad sobre el tema.

En el siguiente acápite se describirá los factores de mayor incidencia en el abuso sexual infantil, tomando en cuenta que el maltrato no es un hecho aislado sino el resultado de la interacción de múltiples factores, por lo cual no tiene una sola razón u origen. Entre las variables con mayor incidencia se encuentran los factores ambientales, los factores familiares e individuales.

Al abordar este acápite es preciso recordar que los factores de riesgo no influyen de manera única y absoluta en dicha problemática. Pero el conocer acerca de ellos permite que tanto el adulto como el menor tomen medidas preventivas para evitar una situación de riesgo.

2.4.1 Factores ambientales

Existen ciertos factores ambientales considerados de riesgo, los cuales pueden incidir que un niño sea víctima de abuso sexual infantil. Se los define como "(...) condiciones referentes a la estructura física y a la habitabilidad del lugar de residencia o permanencia temporal de un menor, cuya presencia se relaciona con la probabilidad de aparición de abuso sexual infantil" (Apraez-Villamarín, 2015, p. 92).

Como uno de los principales factores ambientales de riesgo se plantea a la teoría del "Aislamiento social" descrita por David Finkelhor (2005), la cual hace referencia a la estructura física de la residencia, sea de forma permanente o temporal, de un menor cuyo entorno ambiental se relaciona con una alta probabilidad de ser víctima de abuso sexual infantil. A la vez, la Unicef (2015), considera como segundo factor de riesgo al nivel socioeconómico, planteado desde una problemática que expone al niño a una situación de mayor vulnerabilidad frente a la violencia, debido a la mayor cantidad de exposición a estresores ambientales y sociales, mas no como una situación de causa-efecto.

a. La teoría del "Aislamiento social" escrita por David Finkelhor, en su libro, *Abuso sexual al menor*, propone al aislamiento como una de las teorías explicativas sobre las causas del incesto o abuso sexual en general. El autor plantea que "las familias que están más aisladas, están menos a la vista del escrutinio general, además de crecer hacia adentro, lo cual se dice fomenta a los miembros de la familia a interactuar sexualmente" (2005, p. 156). Por consiguiente, esta teoría concluye que el separar a la familia de su participación dentro de la comunidad tendría efectos nocivos para la misma ya que se la limita en sus contactos externos, favoreciendo al apego sexual entre sus miembros. Sin embargo, se puede observar que tanto en las zonas urbanas como rurales se encuentran casos de abuso sexual

infantil, dónde el discurso del abuso esta sostenido por instituciones tales como; la escuela, el hogar, los hospitales, la policía, la iglesia y el juzgado Por lo tanto, la teoría del aislamiento social no basta como única causa o fuente para explicar el abuso sexual infantil.

b. El nivel socioeconómico es considerado como otro de los factores ambientales de riesgo dentro del abuso sexual infantil, ya que "(…) las condiciones económicas desfavorables de los sectores más empobrecidos de la población pueden actuar como un factor potenciador del estrés; de la misma manera, condiciones de hacinamiento en la vivienda pueden facilitar el acceso de un abusador sexual a su víctima" (UNICEF, 2015, p. 48). Sin embargo, es importante destacar que el abuso sexual infantil es un hecho que ocurre en todo nivel socioeconómico y grupo social, plasmándose de la misma manera en todos los estratos sociales. No obstante, es importante considerar que los medios sociales desfavorecidos, marcados por la pobreza, la privación y la estigmatización cultural, son más vulnerables en desencadenar violencia intrafamiliar debido a la exposición a estresores ambientales y sociales, y como es sabido la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo de abuso sexual infantil.

2.4.2 Factores familiares

Muchos de los casos de abuso sexual infantil se dan en el contexto intrafamiliar, por lo cual los factores familiares de riesgo que más se destacan son: la violencia intrafamiliar, una estructura patriarcal rígida, el componente transgeneracional y el consumo y abuso de estupefacientes. Dichos factores representan riesgo para la familia, desencadenando actos concretos violentos, entre estos el abuso sexual infantil. A continuación se hará una descripción acerca de cada una de estas variables las cuales pueden resultar causales y contribuir para que un hecho de abuso sexual infantil ocurra.

a. La violencia intrafamiliar constituye un factor de alto riesgo dentro del abuso sexual infantil ya que las relaciones que esta genera entre sus miembros pueden llegar a ser disfuncionales, cargadas de malos tratos y a la vez distantes, exponiendo al infante a la misma situación de abuso. De esta manera la violencia intrafamiliar promueve al "(…) sufrimiento, arbitrariedad, injusticia., opresión. pena, amenaza, violencia y abusos sexuales" (Perrone & Nannini, 1997/2010, p. 21).

b. Una estructura patriarcal rígida dentro de la familia constituye otro de los factores familiares de riesgo. Para el análisis de este factor de riesgo se ha tomado en cuenta la composición familiar, en la cual la superioridad y el dominio masculino es definitivo.

> El padre, en su actitud de dominación, puede llegar a creer que en el territorio familiar se aplica su propia ley y que puede sustraerse a las leyes de la sociedad (...); el predominio del padre se acompaña del borramiento de la madre quien no puede brindar ningún tipo de protección al niño (Perrone & Nannini, 1997/2010, p. 135).

Dentro de estas familias, con características muy conservadoras, la gran mayoría de las veces el padre quiere ejercer su rol de control mediante la violencia o el temor, con la finalidad de demostrar y asegurar su poder frente a todos los miembros de la misma. En estos casos, el padre configura relaciones abusivas con el resto de integrantes de la familia y dentro de estas relaciones abusivas se pueden llegar a encontrar casos de abuso sexual sea hacia la pareja o hacia el resto de integrantes de la familia.

c. El componente transgeneracional constituye un factor de riesgo dentro del abuso sexual infantil. Finkelhor (2005) plantea que muchas veces la motivación del

agresor para llegar a cometer el abuso sexual se da por repetición de generación en generación dentro de la misma familia. En estas circunstancias, el agresor ha pasado por situaciones sean de abuso sexual o de maltrato en su infancia y lo que reproduce en sus hijos es la relación distorsionada que él vivió junto a sus progenitores.

d. El consumo y abuso de sustancias psicotrópicas por parte de los progenitores o cualquier integrante que viva con el menor es considerado como otro de los factores de riesgo que se produce dentro de la familia. Una familia que abusa del consumo de drogas está expuesta a desencadenar escenas de violencia o descuido hacia los hijos, siendo estos vulnerables y expuestos a cualquier situación de maltrato o abuso sexual.

2.4.3 Factores individuales

Se puede decir que existen ciertos factores propios del individuo que podrían llegar a propiciar un abuso sexual infantil. De alguna manera estos factores están asociados y creados a través de la familia, el ambiente y la cultura en la cual se desenvuelve el infante. Se considera como factores individuales de riesgo: la edad del menor, una discapacidad sea mental o física y el género, los mismos que se expondrán con profundidad a continuación.

a. La edad de menor constituye un factor de riesgo asociado al abuso sexual infantil. Según la UNICEF se considera que a menor edad tenga el niño o niña es mucho más fácil para el agresor abusar de él, debido a su falta de compresión sobre las conductas sexuales y a su falta de fuerza. Por lo cual plantea que el ser menor de seis años constituye un factor de riesgo para el maltrato ya que “(...) su

dependencia respecto de los adultos es mayor, no solo en el plano emocional sino también físico, situación que aumenta su vulnerabilidad" (2015, p. 35).

b. La discapacidad sea mental o física presente en el menor constituye un factor de riesgo individual, debido a que coloca al niño en un situación de mayor vulnerabilidad frente al resto de los demás niños y niñas, ya sea "(...) por sus limitaciones físicas para moverse, escapar o defenderse, o por una menor comprensión de las conductas en las cuales está siendo involucrado" (p. 35).

c. Ser niña representa otro de los factores de riesgo individuales asociado al abuso sexual infantil. Se plantea que "las estadísticas a escala mundial dan cuenta de que la prevalencia de abuso sexual infantil sobre las niñas es mayor que sobre los varones (algunas estadísticas hablan de dos a tres niñas por cada varón, y otras de cinco niñas por cada varón)" (2015, p. 36). Ambos sexos son vulnerables, sin embargo este hecho sucede más en las mujeres que en los varones. Según Perrone y Nannini, en su texto *Violencias y abusos sexuales en la familia* (1997/2010), consideran que la feminización del cuerpo de la niña la hace más vulnerable frente a cualquier abuso y más al sexual.

A manera de conclusión, se podría afirmar que el medio en el cual está inmerso el sujeto y las experiencias tempranas a las cuales se encuentra expuesto pueden llegar a proporcionar factores de riesgo y aumentar el grado de vulnerabilidad en casos de abuso sexual infantil. Ciertos fenómenos tales como el ambiente en el cual se desenvuelve, la estructura y composición familiar, además de ciertas características particulares de cada infante, juegan un papel importante en esta problemática.

La intención de este acápite es encontrar ciertas teorías explicativas, como las nombradas anteriormente, con el fin de ofrecer modelos explicativos desde diferentes perspectivas. Es importante tomar en cuenta que el abuso sexual infantil no es una

problemática unicausal, por el contario, es un fenómeno bastante complejo y amplio el cual debe ser explicado a partir de la intervención de un conjunto de factores, entre estos los factores, culturales, familiares e individuales.

2.5 Principales problemáticas del abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil es una problemática que deja secuelas fuertes en el infante, sucede dentro de las etapas primordiales del desarrollo tanto del niño como de la niña. Las secuelas de este hecho se pueden evidenciar tanto de manera inmediata como a largo plazo, tomando en cuenta que, en la gran mayoría de casos, el abuso sexual infantil funciona como un hecho revelador de problemáticas y dificultades por las que atraviesa el sujeto en la edad adulta, y sus consecuencias se pueden observar a nivel psicológico físico y social.

En el siguiente acápite se presentan varias investigaciones relacionadas a los efectos tanto psicológicos, físicos y sociales que el abuso sexual infantil puede llegar a generar en las víctimas.

2.5.1 Consecuencias psicológicas

Una situación de abuso sexual es un hecho en que nadie está preparado y, debido al alto nivel de violencia que lo compone, siempre estará acompañada de malestar psicológico. Constituye un factor de riesgo puesto que afecta al niño y a la niña, y después al adulto, en varias áreas de su vida. Al revisar varios estudios, los cuales se detallaran a continuación, relacionados con el abuso sexual infantil, basados en la sintomatología de las víctimas. Se ha podido concluir que las consecuencias psicológicas más comunes del abuso sexual infantil son varias tales como: sentimiento de culpa, manifestado a través de sentimientos de inferioridad, sentimientos depresivos, vergüenza, sentimientos autopunitivos o tendencia al autocastigo y normalización de la violencia.

A continuación se presenta y se desarrolla a profundidad las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil.

Marie France Merlyn (2006), psicóloga clínica especializada en maltrato infantil y abuso sexual, en su libro *La problemática del abuso sexual en niños y adolescentes*, plantea que una de las consecuencias psíquicas del abuso sexual infantil es el sentimiento de culpa que se instaura en el infante. Este puede llegar a darse debido a la ambivalencia afectiva que se genera entre agresor y víctima a la cual se encuentra expuesta un niño o niña víctima de abuso sexual, ya que la relación que se establece entre ambos influye de manera notable en el infante, hasta el punto de hacerlo sentir culpable del abuso debido a las amenazas, chantajes y manipulaciones a las cuales se encuentra expuesto.

De la misma manera, Carla Crempien y Vania Martínez, en un estudio sobre "El sentimiento de vergüenza en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil", afirman que:

> El abusador hace creer a su víctima que fue ella quien provocó el abuso por su comportamiento seductor o sucio. La víctima siente que el abuso tiene que ver con algo que es o que hace. Siente que hay algo mal en ella, algo que debe ocultar y se siente avergonzada (2010, p. 238).

De modo que los mensajes y amenazas recibidos por el infante de parte del perpetrador lo hacen sentirse responsable, no solo frente al abuso, sino también frente al bienestar de su familia, ya que en la gran mayoría de casos el agresor obliga a la víctima a guardar silencio a través de chantajes.

Echeburúa y Corral en su estudio sobre "Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia" afirman que "el alcance del impacto psicológico va a

depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima" (2006, p. 78).

A la vez, Katherine Naranjo realiza un trabajo de investigación en 2015 titulado "Manifestaciones del sentimiento de culpa en niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual dentro del círculo familiar" en el cual concluye que los sentimientos autopunitivos surgen de la necesidad de castigo y hacen referencia a un "(...) método inconsciente de expiación de culpa que refiere a un tipo de representación en un acto patológico como la necesidad de castigo que liga un pasado traumático vivido" (2015, p. 15). De modo que el sujeto se infringe a sí mismo castigos, sufrimiento y autoreproches, buscando situaciones humillantes y penosas con el fin de liberarse de la culpa.

Otra de las consecuencias psicológicas que acompañan a una situación de abuso sexual infantil son los sentimientos de inferioridad como depresivos. Estos surgen a partir de la distorsión y deterioro de la propia imagen, pues la auto-imagen de una víctima de abuso sexual es herida y marcada a partir de las agresiones repetidas en su cuerpo. David Cortez y María Rosario Cortez proponen que, en la edad adulta, las víctimas de abuso sexual infantil presentan mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales cómo "(...) depresión, ansiedad, baja autoestima o problemas en las relaciones sexuales" (2015, p. 553). La deficiente imagen personal que llega a sentir una víctima de abuso sexual genera en la víctima mucha inseguridad y desconfianza sobre sí misma.

De la misma manera, la vergüenza viene a ser una de las emociones "morales" más comunes dentro de las experiencias de abuso sexual infantil, comprometiendo a la víctima en su totalidad. "La vergüenza resulta de la diferencia percibida entre el sí mismo ideal y el sí mismo real. Esto produce una inmensa decepción de la propia persona, que se siente deficiente, inadecuada o defectuosa" (Crempien & Martínez, 2010, p. 238). El

contexto en el cual ocurre un abuso sexual infantil, el cual obliga a guardar silencio y ocultar el abuso, promueve los sentimientos de vergüenza en las víctimas y por ende el aislamiento social de las mismas.

A la vez, el contexto social y por ende la familia juegan un papel importante en la construcción del sujeto, y es través de estos donde el sujeto aprende y reproduce ciertos patrones de funcionamiento que ordenan sus posibles relaciones posteriores. Desde el nacimiento hasta la edad escolar, los niños y las niñas deberán cumplir con ciertos aprendizajes básicos que los acompañarán durante su vida adulta, y que son las figuras primordiales, en este caso los padres, los encargados de introducirles en el mundo y brindarles las herramientas básicas para convivir en él. En el caso de un niño o de una niña en donde la violencia, sea física, psicológica o sexual, ha sido una constante durante su etapa de crecimiento y desarrollo, sus modelos de aprendizaje y la manera de comprender el mundo se evidenciarán a través de sus elecciones a ciertas prácticas, situaciones u objetos, ya que los conocimientos adquiridos a través de la familia y la sociedad se mantienen en vigencia en la medida en que los sujetos contribuyen sea de manera consciente o inconsciente en que se mantengan.

María Salomé Maldonado realizó un trabajo de investigación en el año 2011 titulado "Consecuencias psicológicas, comportamentales y sexuales de la 'normalización' del abuso sexual incestuoso en la víctima", en el cual propone la existencia de ciertos factores que posibilitan y a la vez contribuyen para que un niño o niña vea el abuso como un hecho normal en su vida, señalando que

> "(…) estos factores están determinados por un vínculo precario con la madre, la disfuncionalidad del sistema familiar y los conflictos que esto acarrea, el conjunto de códigos y creencias que se manejan socialmente sobre abuso sexual e incesto

y el modo en que es transmitido este fenómeno en una sociedad (Maldonado, 2011, p. 49).

Por lo tanto la normalización de la violencia, dentro de los actos de abuso sexual infantil, se la describe "como el proceso mediante el cual la víctima lo introduce dentro de la cadena de actos que son normales y convencionalmente aceptados, en su familia y también en la sociedad" (Maldonado, 2011, p. 77). De esta manera, el sufrimiento y la confusión llevan a la víctima a habituarse a situaciones de abuso percibiéndolas como parte de su rutina y diario vivir lo cual puede legar a perdurar en la edad adulta a través de ciertas elecciones y prácticas violentas que generan sufrimiento en el sujeto.

2.5.2 Consecuencias físicas

Una experiencia de abuso sexual infantil genera graves repercusiones en el bienestar físico y pueden ser detectadas a través de ciertos indicadores los cuales son únicamente visibles durante un breve período de tiempo tras el abuso. Sin embargo, muy pocos son los casos atendidos de manera inmediata, ya que es un hecho que puede tardar meses, años o incluso nunca llegar a ser revelado.

Javier Urra Portillo (2007), presidente de la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica, en su libro *SOS. Víctima de abusos sexuales*, propone que las consecuencias físicas más comunes presentes en un niño o niña, víctima de abuso sexual son "(...) hemorragias en los genitales, lesiones, heridas, golpes (...) enfermedades de trasmisión sexual o el embarazo en las chicas adolescentes, infecciones en el tracto urinario, sangrados alrededor de la boca, el ano o la vagina" (p. 28). Además se observa que muchas de las víctimas de abuso aumentan la probabilidad de tener un trastorno somático, como forma de manifestar y mostrar con su cuerpo lo que no se puede decir,

siendo más frecuentes los dolores físicos sin razón médica que los justifique, tales como dolores de cabeza, de estómago, náuseas, vómitos.

Durante la edad adulta se ha revelado que en las mujeres que han atravesado varios episodios de abuso sexual en su niñez pueden desencadenar problemas ginecológicos como "(...) dolores pélvicos crónicos, con alteraciones del ciclo menstrual, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia" (Beltrán, 2010). Las conductas autolesivas como cortes, laceraciones, etc., son algunas de las manifestaciones físicas que se pueden observar en la edad adulta, y suelen estar acompañadas de ideas o intentos de suicidio.

2.5.3 Consecuencias sociales

Las experiencias y situaciones negativas asociadas al abuso sexual a las cuales está expuesto sea un niño o una niña generan una importante afectación en el área social. El área de las relaciones interpersonales suele ser una de la más afectada, tanto a corto como a largo plazo. De tal modo que un infante víctima de abuso sexual manifiesta síntomas y comportamientos diferentes a los de un niño que no ha sido expuesto al maltrato, tales como el aislamiento social, considerado como una de las consecuencias sociales más comunes, bajos niveles de competencia y motivación, falta de capacidad de comprensión y empatía, relaciones de pareja conflictivas, además de dificultades para iniciar, mantener y desarrollar relaciones interpersonales. En cuanto a la práctica sexual, los estudios revelan conductas sexuales de riesgo o, por el contrario, evitan a toda costa el contacto sexual. Estas serán descritas a continuación.

Un niño, víctima de abuso sexual infantil, el cual ha sido expuesto a escenas tan violentas, envueltas de miedo y dolor, tanto físico como psíquico, va a manifestar diferentes comportamientos y formas de relacionarse con el mundo a diferencia de un

niño que no ha sido expuesto al maltrato. El entorno hostil en donde el niño fue víctima en un momento determinado de su vida le hará sentir desconfianza de todo lo que le rodea, y esta se puede manifestar a través del aislamiento social, conocida por ser una de las consecuencias sociales más comunes del abuso sexual infantil.

Noemí Pereda Beltrán destaca que los niños víctimas de abuso sexual cuentan con "(...) la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias" (Beltrán, 2010, p. 192). La falta de participación, así como de interacciones con los otros, se debe a la desconfianza, vergüenza y culpa que sienten las víctimas, estos sentimientos se instauran en la victima partir del vínculo que se estructura con el agresor.

José Duarte y María Rosario Cortés (1999) muestran en su libro sobre *Malos tratos y abuso sexual infantil*, un estudio realizado por Vondra, Barnett y Cicchetti en 1989 sobre la autopercepción de las víctimas de abuso sexual infantil, en el cual concluyen que:

> (...) Los niños de familias abusivas presentaban un peor funcionamiento cognitivo, parecían menos capaces o estaban menos dispuestos a seguir las directrices durante la realización de tareas sin supervisión directa, expresaban menos afecto mientras trabajaban en tareas supervisadas y tendían a describirse en términos más irrealistas (Duarte, 1999, p. 98).

A través de este estudio, se puede observar que el nivel de competencia y motivación de los niños abusados se encuentra en desventaja al de los niños no abusados. Ambos autores proponen que los procesos mentales pudieron haber sufrido alguna alteración. El mismo texto muestra otro estudio realizado por Camras, en 1998, acerca de las capacidades de reconocimiento y de expresión consciente de las emociones, en el cual

se concluye que "(...) los niños maltratados presentaban un rendimiento inferior en la expresión como en el reconocimiento de las emociones, reales o fingidas" (Duarte, 1999, p. 99). Esta falta de capacidad de comprensión y empatía frente a las emociones de los demás puede llegar a ser un limitante al momento de establecer relaciones interpersonales.

Las relaciones de pareja problemáticas son propuestas por Noemí Beltrán como otra de las posibles consecuencias sociales a largo plazo del abuso sexual infantil. Demuestra que tanto mujeres como hombres, víctimas de abuso sexual, presentan en la edad adulta relaciones de pareja conflictivas. "Se observa (...) un desajuste en las relaciones de pareja, con relaciones de pareja inestables y una evaluación negativa de las mismas" (Beltrán, 2010, p. 192).

A manera de conclusión, se puede decir que si bien no existe un síndrome específico en una víctima de abuso sexual infantil, sí existe una sintomatología común en las víctimas. Tanto las niñas como los niños víctimas de abuso reflejan un intenso malestar emocional y una dificultad de adaptación a la vida cotidiana. El abuso sexual infantil atraviesa además de la piel del infante todas sus habilidades imaginativas y creativas, dejando secuelas psicológicas, físicas y sociales que, cuanto más antiguas, más difíciles son de asimilar. Sin embargo, es una problemática que todavía suele pasar desapercibida.

2.6 Posibles relaciones entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil

A través de lo analizado se podría afirmar que el abuso sexual infantil es un hecho avasallador para cualquier niño. Sus condiciones tanto físicas como psíquicas, debidas a su edad, no permiten al infante asumir el hecho tal y como es. Por lo tanto, ¿en qué incide el abuso sexual infantil en cuanto a la elección de objeto amoroso? ¿Existe alguna relación entre estas dos variables? Estas preguntas permiten abordar con profundidad qué efectos

tiene el abuso sexual infantil, no como hecho aislado sino dentro de las dinámicas de violencia a las cuales son expuestos los niños y las niñas abusadas sexualmente en cuanto a su influencia y direccionamiento a su elección de objeto de amor.

2.6.1 Sentimiento de culpa

Cuando se habla de abuso sexual infantil, la condena tanto social como moral es inmediata, nadie duda en calificar de aberrante esa incursión de la sexualidad adulta en el espacio de la niñez. Por lo tanto, ¿Cuáles serían los medios de elaboraciones posibles para tramitar esa escena intolerable y de qué manera se relaciona a la elección de objeto de amor en la vida adulta? Freud, en su texto *Inhibición, síntoma y angustia* propone que "(…) la psique cae en el *afecto* de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea (un peligro) que *se avecina desde afuera"* (Freud, 1926, p. 76). La angustia vendría a ser una reacción de respuesta directa y automática frente a una situación de peligro o amenaza. Cuando se habla de abuso sexual infantil, se habla de una acumulación de excitación y tensión externa que el infante no logra tramitar, donde el Yo buscará diferentes modos de exteriorizar las escenas de abuso.

Las huellas mnémicas que dejan las situaciones de maltrato en la infancia y de abuso sexual, serán marcas que configurarán las bases del psiquismo adulto y de toda formación de síntoma neurótico. Freud plantea al síntoma, como una formación inconsciente que parte del resultado de un proceso represivo y su función es dar una salida a un conflicto psíquico. "(…) la formación del síntoma (…) se engendra a partir de la moción pulsional afectada por la represión. Cuando el Yo (…) consigue su propósito de sofocar por entero la moción pulsional, no nos enteramos de nada de lo acontecido (Freud, 1926, p. 90). Sin embargo, a pesar de la represión, la representación del abuso sexual infantil no se reprime por completo y encuentra un sustituto a manera de síntoma.

A partir de la revisión teórica realizada en el capítulo II y del análisis de las entrevistas realizadas a las 5 psicólogas clínicas, se propone en la presente investigación, al sentimiento de culpa como principal indicador psicológico en las mujeres abusadas sexualmente en su infancia, ya que se lo observa en 9 de las 9 participantes a través del discurso de las terapeutas. La culpa es instaurada e internalizada en el infante tanto por el agresor, la cultura, la religión, y siendo en muchos casos sostenida por la familia de la victima. Una situación de abuso sexual infantil genera un dilema moral para el niño, que puede llegar a ser traumático, da cuenta de un conflicto que no puede ser tramitado. Según el psicoanálisis el concepto de trauma implica el campo de la sexualidad, (…) "las situaciones sexuales hacen operar el mecanismo psíquico de la represión, por medio del cual reaccionan los seres humanos ante vivencias traumáticas, cuando está excluida la posibilidad de reaccionar de forma normal" (Uribe, 2010, p. 3). De esta manera la relación entre sexualidad y represión evidencia un proceso psíquico que dificulta la reacción apropiada ante situaciones traumáticas, y realiza su intento de tramitación mediante una formación sintomática, la misma nace de la incapacidad de tramitar una vivencia cargada de un afecto hipertenso.

A través de estas elaboraciones realizadas por Freud, se platea que tanto una niña como un niño, sometidos a episodios de abuso sexual infantil, incluyendo en estos violencia psicológica y física, debido a que el abuso sexual infantil no es un hecho aislado, no siempre podrán"(...) recordar todo lo que hay en él de reprimido, «caso justamente lo esencial (...) Más bien se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia préseme, en vez de recordarlo" (Freud, 1920/2006, p. 18). Lo cual da cuenta de que existe algo que se repite compulsivamente que opera dentro del marco de la represión inconsciente, y que está al servicio del principio de placer, ya que "saca a la luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas" (p. 20).

A la vez, Freud, propone que el Yo y el Superyó participan considerablemente en la formación del síntoma "(…) el yo se extraña de la moción pulsional desagradable, la deja librada a su decurso dentro del inconsciente" (1926, p. 110). Sin embargo "(…) el síntoma se significa al mismo tiempo el cumplimiento de un reclamo punitorio del superyó)" (p. 110). Por lo tanto, las situaciones de abusos sexual infantil serían traumáticas porque su recuerdo entra en conflicto con la conciencia moral, conocida como superyó, la cual reprocha al sujeto y en este caso al infante de todo tipo de actos sexuales, creando un conflicto entre las instancias psíquicas; ello, yo y superyó "(…) en el ejercicio clínico se compruebe una y otra vez el hecho de que aun cuando el niño sea la víctima del episodio de abuso sexual este se siente culpable, se siente mal consigo mismo"(Uribe, 2010, p. 4).

Es justamente a través de la elección de amor violento, donde 7 de las 9 mujeres dan cuenta de una forma de existencia, en la cual, vuelven a sucesos desagradables o encadenamientos a los cuales parece estar sometidas durante el transcurso de su vida. Estas experiencias se repiten a pesar de su carácter displacentero y aparecen como fatalidades donde las mujeres se sienten víctimas de dichos sucesos. Están relacionadas con lo traumático, no lo dicho, donde falla el proceso de simbolización, desencadenando la repetición de lo idéntico. Para esta investigación, la compulsión a la repetición vendría ser un concepto útil a esa respuesta paradójica de la mujer hacia su elección de parejas violentas; y, muestra que se trata entonces de situaciones o experiencias que no se pueden gobernar, que sobrepasan la subjetividad del infante de modo que no logra ser simbolizado y surge una imposición absoluta al sometimiento del otro.

Para entender en qué consiste la compulsión a la repetición se partirá del texto de Freud (1920/2006), *Mas allá del principio de placer*, en donde el autor plantea a través de su experiencia clínica "(...) que en la vida anímica existe realmente una compulsión de

repetición que se instaura más allá del principio de placer" (Freud, 1920/2006, p. 22). En donde el placer puede aparecer bajo otra forma o cualidad. Freud conceptualiza el concepto de compulsión a la repetición, el cual supone siempre un destino fatal dado que desborda la subjetividad del sujeto "(...) entran en juego acontecimientos exteriores que imponen al sujeto un vivenciar puramente pasivo sin posibilidad de una participación activa, que permita hablar de un conflicto que pueda ser transitado-afrontado a través de un síntoma" (Terrazas, 2010).

De modo que la compulsión a la repetición actúa con la finalidad de buscar un camino de contención de lo que no se ha logrado integrar en el sistema consciente, el cual "(...) al tener que realizar una 'sobreinvestidura' parece que se recrea en investir lo pulsional, cuando en realidad resulta que lo pulsional insiste y se repite porque anda suelto y no ha podido ser fijado" (Terrazas, 2010). Así, la compulsión a la repetición vendría a ser una formación del psiquismo que no está movida por el deseo, sino imposibilita al sujeto a posicionarse como sujeto deseante, debido a que se moviliza a través de algo no inscripto en los sistemas psíquicos, no ligados por la palabra, impidiendo el dominio de su propia acción.

Tanto el síntoma, manifestado mediante la compulsión a la repetición de patrones violentos, como el sentimiento de culpa dan cuenta de una dinámica conflictiva, determinada por procesos inconscientes desconocidos para el sujeto que buscan significación. Su simbolización no se produce inmediatamente, después de que ocurren las escenas traumáticas de abuso, sino que se producen pasado un periodo de elaboración psíquica y se manifiesta como símbolo de la situación traumática que no se desea recordar. A través de lo analizado se puede concluir que la tendencia a la repetición de la violencia da cuenta de una formación sintomática, la cual puede llegar manifestarse a través de la elección a ciertas prácticas, situaciones o elecciones de pareja con las que se

construyen y se repite vínculos inestables, perturbadores, destructivos o patológicos como lo vivenciado en la infancia.

CAPÍTULO 3

Análisis de casos

En el tercer capítulo se expondrá cómo fue llevada a cabo la investigación. Para esto se muestra el proceso que se siguió para efectuarla así como los participantes y los instrumentos que fueron tomados en cuenta para la realización de la misma.

La recolección de datos y los resultados obtenidos serán analizados a partir de cada una de las entrevistas.

3. Metodología

El objetivo del presente trabajo es analizar las relaciones entre la elección de objeto amoroso adulto y el abuso sexual infantil. Para cumplir con el mismo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco psicólogas clínicas de la ciudad de Quito que atendieron casos de abuso sexual infantil, con un mínimo de diez sesiones por caso.

Los pasos que se siguieron para el desarrollo de esta investigación fueron:

1. Construcción de la entrevista semiestructurada, tomando en consideración la información necesaria para la investigación (anexo 1).
2. Validación de la entrevista por una experta (anexo 2).
3. Elaboración del consentimiento informado (anexo 3).
4. Se contactó a cinco psicólogas clínicas que atendieron casos de mujeres que atravesaron una situación de abuso sexual infantil, con un mínimo de diez sesiones.
5. Aplicación de la entrevista semiestructurada a cada una de las cinco terapeutas acerca de dos casos de abuso sexual infantil atendidos por ellas, con el fin de recoger la información necesaria sobre sus pacientes en lo relacionado con la

elección de objeto amoroso y su relación de abuso sexual. Se decidió trabajar con psicólogas clínicas con el propósito de evitar la revictimización en cada una de las participantes que atravesaron situaciones de abuso sexual infantil.

6. Procesamiento de la información.
7. Análisis de los resultados.

- **Operacionalización**

La presente investigación se encuentra operacionalizada de acuerdo a las preguntas de investigación e indicadores que constan en la tabla a continuación:

Tabla 1

Preguntas e indicadores

Preguntas de investigación	Indicadores	Técnicas
¿Cómo se da el proceso de la elección de objeto según el psicoanálisis?	Momentos de la elección de objeto amoroso según la Teoría Psicoanalítica	Revisión documental
¿Qué es el abuso sexual infantil?	Definición	Revisión documental
¿Cuáles son los factores psicológicos involucrados en la mujer abusada sexualmente en su infancia?	Aislamiento Sentimiento inconsciente de culpa Sentimientos de inferioridad Vergüenza Sentimientos depresivos	Entrevistas semiestructuradas a cada uno/a de los/as terapeutas que han atendido casos de abuso sexual infantil. Historia vital
¿Existe una relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil?	Sentimiento inconsciente de culpa Necesidad de autocastigo/ Tendencia al autocastigo Sentimientos autopunitivos Agresividad Referencias de elección de parejas violentas	Entrevistas semiestructuradas a cada uno/a de los/as terapeutas que han atendido casos de abuso sexual infantil. Historia vital

Luego de revisar las entrevistas se pudieron encontrar nuevos indicadores de análisis presentes en el discurso de las profesionales, los mismos que se observan en la tabla No 2:

Tabla 2

Preguntas e indicadores

Preguntas de investigación	**Indicadores**	**Técnicas**
¿Cómo se da el proceso de la elección de objeto según el psicoanálisis?	Momentos de la elección de objeto amoroso según la Teoría Psicoanalítica	Revisión documental
¿Qué es el abuso sexual infantil?	Definición	Revisión documental
¿Cuáles son los factores psicológicos involucrados en la mujer abusada sexualmente en su infancia?	Aislamiento Sentimiento de culpa. Sentimientos de inferioridad Vergüenza Sentimientos depresivos. Sentimientos autupunitivos/ necesidad de autocastigo Normalización de la violencia	Entrevistas semiestructuradas a cada uno/a de los/as terapeutas que ha atendido casos de abuso sexual infantil. Historia vital
¿Existe una relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil?	Sentimiento inconsciente de culpa Necesidad de autocastigo/ Tendencia al autocastigo Sentimientos autopunitivos Agresividad Referencias de elección de parejas violentas. Edad de la primera pareja y motivo de unión Compulsión a la repetición Normalización de la violencia Factores sociales	Entrevistas semiestructuradas a cada uno/a de los/as terapeutas que ha atendido casos de abuso sexual infantil. Historia vital

Tanto en los factores psicológicos de la mujer abusada sexualmente en la infancia como en la relación entre el abuso sexual infantil y la elección de objeto amoroso, aparecen como nuevos indicadores de análisis los sentimientos autopunitivos, la normalización de la violencia, la importancia de la edad de la primera pareja y el motivo de unión, la compulsión a la repetición y los factores sociales, los cuales, dentro del discurso de las profesionales, se vuelven una categoría de análisis por la preponderancia con la que aparecen.

Dentro del mismo análisis predominan los conceptos; normalización de la violencia y compulsión a la repetición lo cual ha llevado a retroalimentar el marco teórico ya que aparece como manifestaciones psicológicas predominantes dentro de una mujer abusada sexualmente en su infancia, tomando en cuenta que la compulsión a la repetición

habla del síntoma, abordado en el capítulo dos, en los términos en que habla Freud, en donde el síntoma muta o se repite como intento de tramitar lo reprimido.

3.1 Participantes

Para la realización de la investigación, se trabajó con cinco psicólogas clínicas que atendieron casos de abuso sexual infantil. Se analizaron dos casos de abuso sexual infantil por terapeuta, los cuales se hayan atendido por un mínimo de diez sesiones. Sin embargo, una de las terapeutas solo hablo de un caso, ya que el resto de casos atendidos por ella no cumplían con los requisitos para la investigación. La población de estudio en esta investigación está constituida por nueve historias de mujeres que han pasado por episodios de abuso sexual infantil.

A continuación se muestra una tabla informativa de cada una de las terapeutas que participaron en la investigación:

Tabla 3

Caracterización de las participantes (terapeutas)

Nombre de la terapeuta	**Edad**	**Lugar donde trabaja**	**Años de experiencia atendiendo casos de ASI**	**Número de casos atendidos de ASI 2018**
Terapeuta 1	26	Fundación Talita Kumi	3 años	Aprox. 5 casos
Terapeuta 2	26	Unidad Educativa Henry Davis	2 años	Aprox. 5 casos
Terapeuta 3	26	Ministerio de Educación	3 años	Aprox. 7 casos
Terapeuta 4	26	Fundación Fabián Ponce	4 años	Aprox. 5 casos
Terapeuta 5	26	"HIAS"	4 años	Aprox. 70 casos

3.2 Procedimiento

Para la recolección de información se procedió a aplicar la entrevista a cada una de las terapeutas siguiendo la guía de preguntas que consta en el anexo No. 1. Cada una

de las terapeutas respondió a la guía de preguntas elaboradas en la entrevista. Para el análisis de los resultados de cada una de las entrevistas se decidió presentar las características de cada caso.

Análisis de los resultados de la entrevista

- **Datos de los casos analizados**

En la tabla No. 4 se muestran el número de sesiones que las terapeutas alcanzaron con sus pacientes, quien fue el abusador sexual y la edad que tenía cuando sucedió el abuso.

Tabla 4

Datos informativos

Terapeuta	#Caso	Numero de sesiones	Abusador sexual	Edad del abuso
T.1	1.1	35	Padre	12 años
	1.2	20	Padre/ vecino	6 años
T.2	2.1	15	Padre	7 años
T.3	3.1	15	6 primos paternos	9 años
	3.2	20	Vecino	6 años
T.4	4.1	30	Padre	9 años
	4.2	24	Padre adoptivo	10 años
T.5	5.1	48	Amigos del hermano	8 años
	5.2	32	Pareja de la madre	7 años

Al revisar los casos, se puede observar que todas las terapeutas llevaron procesos de psicoterapia breve con un mínimo de 15 sesiones de al menos 4 meses. Sin embargo, también se puede observar un caso de 48 sesiones el cual corresponde a un año de tratamiento.

A través de la tabla se puede observar que el agresor, en 5 de los 9 casos fue un familiar o una persona cercana a la víctima, que la conocían desde antes y tenían una relación con la misma. Se muestran las edades en las cuales la víctima vivió el abuso sexual, y el rango predominante en la investigación se ubica entre los 6 hasta los 12 años.

- **Diferentes tipos de violencia vividos en la infancia**

En la tabla No. 5, se puede observar los diferentes tipos de violencia que vivió la mujer abusada sexualmente en su infancia; entre estas la violencia física y psicológica.

Tabla 5

Tipos de violencia

Terapeuta	#Caso	Violencia física	Violencia psicológica
T1	1.1	Golpes /Quemaduras/Negligencia	Insultos
	1.2	Golpes / Separación de su familia por negligencia	Insultos
T2	2.1	Golpes/ Encierros	Insultos Desprecio
T3	3.1 3.2	Abandono por parte de su madre	Abandono
T4	4.1	Golpes/Empujones/Jalones de pelo	Insultos Rechazo
	4.2	Golpes/ Escupitajos	Insultos Rechazo por parte de sus padres biológicos
T5	5.1	Abandono por parte de su madre/Negligencia Golpes	Abandono Insultos
	5.2		Negligencia por parte de su madre

A través de la tabla se puede analizar que, para referirse a violencia sexual, es necesario tomar en cuenta diversos factores que afectan a la integridad del sujeto, ya que el abuso sexual infantil no corresponde a un hecho aislado, se ejerce mediante presiones tanto físicas como psicológicas.

El tener antecedentes de violencia podría llegar a ser un factor influyente para que se consuma el abuso sexual, ya que el niño no cuenta con las herramientas para detener el abuso y se encuentra desvalorizado en todos los niveles, tomando en cuenta que no tendría a quién acudir pues está totalmente indefenso y desprotegido desde todas las esferas.

- **¿Qué medidas se tomaron para parar con el abuso sexual? ¿Quién las tomó?**

En la tabla No. 6 se muestran las diferentes medidas que tomaron tanto la familia como cada una de las mujeres abusadas sexualmente para parar con la situación de abuso sexual.

Tabla 6

Medidas tomadas para parar el abuso sexual

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	La denuncia presentó la madre en la fiscalía. Sin embargo, luego se la retiró y se culpó a la menor del abuso. La paciente siguió con el proceso sola.
	1.2	Se retiró a la niña de la familia por negligencia y esta es separada de su familia e ingresa a una casa de acogida. De esa manera paran los abusos.
T.2	2.1	La paciente decide huir de su casa en la que vivía con sus padres con su pareja, con la finalidad de parar todos los abusos que vivía en su infancia.
	2.2	
T.3	3.1	La paciente nunca contó del abuso a nadie por lo cual no hubo proceso legal. Vivía con sus primos debido a su mala situación económica, los primos le ayudaban tanto a su padre como a ella, y cuando volvió donde su padre los abusos sexuales pararon.
	3.2	No se realizó el proceso legal pertinente ya que en su momento la paciente no contó a nadie sobre lo ocurrido. Lo que hizo la paciente fue tomar distancia ya que su agresor sexual, su vecino, era amigo de su hermano mayor, así los abusos dejaron de ocurrir.
T.4	4.1	Los abusos paran cuando la paciente decide huir de su casa con su primera pareja.
	4.2	Los abusos de su infancia no fueron denunciados, y paran a raíz de que la paciente huye de su casa con su primera pareja.
T.5	5.1	La paciente no cuenta a nadie sobre lo sucedido, sin embargo, su hermano estuvo presente durante el abuso sexual. La paciente decide aislarse completamente tanto del hermano como de sus amigos (agresores) y de esta manera para la situación de abuso.
	5.2	La madre de la paciente sabía sobre las agresiones sexuales que su pareja realizaba a su hija. La medida que su madre toma es tratar de que él no entre a la casa cuando su hija se encuentre allí. Sin embargo, la situación de abuso no para y la paciente busca ayuda sola, y decide pasar el menor tiempo posible en la casa de su madre.

A través del análisis de la tabla, se puede concluir que ninguno de los casos analizados culminó el proceso legal pertinente y en su mayoría no fueron denunciados. Las acciones que se toman para parar con la situación de abuso las realizan las propias víctimas, sin acompañamiento alguno. Un dato que llama la atención dentro del análisis es que, en la mayoría de los casos, las víctimas salen a muy temprana edad de sus casas con su primera pareja, y el motivo predominante de unión a la misma es huir de la situación de abuso que experimentaron en la infancia.

- **¿Cuáles son los sentimientos verbalizados por la paciente hacia su agresor?**

En la tabla No. 7, se puede observar los sentimientos que se identifican con mayor preponderancia en las víctimas hacia sus agresores sexuales. Estos son la ira, el miedo, el asco, el resentimiento y la culpa.

Tabla 7

Sentimientos verbalizados hacia el agresor

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	En su discurso la paciente verbalizaba un fuerte odio al padre: deseos de matarlo. La paciente demostraba mucha ira, rencor e impotencia contra ambos padres. Sentimientos de odio dirigidos hacia la madre, como cómplice.
	1.2	En su discurso la paciente mostraba un gran rencor, odio e ira hacia sus agresores. Sin embargo, en su discurso se observa una fuerte normalización de la violencia. "Todos los hombre son así".
T.2	2.1	La paciente sentía un fuerte miedo hacia los padres. "Siempre viví con miedo". En su discurso se observaban palabras llenas de ira y rencor hacia los mismos.
	2.2	
T.3	3.1	Los sentimientos que se identifican en el discurso de la paciente son enojo, rencor y mucho resentimiento. La paciente experimenta mucha culpa por el hecho de nunca haber hablado sobre el tema.
	3.2	La paciente se refería a su agresor con asco y odio. La paciente experimentaba y tenía muy presente la culpa cuando hablaba del abuso vivido en su infancia: "se sentía responsable del hecho, sentía que de alguna manera ella lo sedujo".
T.4	4.1	La paciente comenta sentir mucho miedo y angustia cuando se acercaban sus agresores. En su discurso expresa mucha ira dirigida hacia ella misma, por haber permitido tanto maltrato durante tantos años y contra sus agresores. La paciente sentía un gran rencor e ira hacia su madre por lo violenta que esta era con ella y por ser cómplice de los abusos.
	4.2	La paciente sentía miedo paralizante frente a sus agresores. Sentía mucha ira y rencor hacia sus padres adoptivos. Sin embargo, sus sentimientos eran confusos y ambivalentes ya que la paciente sentía agradecimiento de que ellos la hayan acogido.
T.5	5.1	La paciente comenta sentir asco y rabia frente a sus agresores. Sentía mucho miedo cuando los veía hasta el punto de salir corriendo. Siente un gran rencor hacia su hermano por no detener el abuso.
	5.2	A la paciente le resulta muy difícil poner en palabras sentimientos hacia su agresor. Comenta sentir un gran asco y desprecio hacia él.

A través del análisis se podría concluir que el miedo que llegan a sentir las víctimas surge debido a la situación de desamparo a la cual se encuentran expuestas, además los chantajes y amenazas generan en el niño terror frente al agresor y lo que este podría llegar a hacer. El asco es fruto del rechazo que siente la víctima frente a al violador, funciona como un mecanismo de defensa caracterizado por separar al sujeto del objeto que causa repulsión. Además, se observa que la ira y el resentimiento dirigidos hacia su agresor lo trasladan hacia los cómplices del abuso, en estos casos la madre o las personas que se encuentran a su alrededor.

La culpa, como principal manifestación, se genera debido a los mensajes y amenazas que el agresor dirige al niño, con el fin de hacerlo sentir responsables del abuso por su comportamiento "seductor".

- **¿Cuáles eran los sentimientos y emociones que invadían a la paciente con más frecuencia durante la etapa del abuso?**

En la tabla No. 8, se observa y se identifica el miedo, la soledad, la tristeza, las ideas autolíticas, los sentimientos autopunitivos, los sentimientos de inferioridad, la culpa y la vergüenza como principales sentimientos que invaden a las pacientes durante la etapa del abuso.

Tabla 8

Sentimientos y emociones durante la etapa de abuso

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	La paciente experimentaba un miedo constante y deseos de matarse. Sentía ganas de matar a sus padres, y además experimentaba culpa ya que la paciente se sentía responsable del abuso.
	1.2	La paciente experimentaba un gran grado de culpabilizacion ya que se asumía como total responsable.
T.2	2.1	La paciente experimentaba un miedo constante, además de soledad e impotencia ya que no tenía quién la respalde. Se observan fuertes sentimientos de inferioridad ya que su autoimagen estaba totalmente desvalorizada.
T.3	3.1	La paciente experimentaba vergüenza por lo que le sucedía y miedo durante la etapa del abuso. Sentía gran confusión ya que sus agresores la ayudaban económicamente a ella y a su padre. Esa confusión se desencadenaba en culpa de que al hablar y contar sobre el abuso, los agresores dejen de ayudar económicamente a su padre y que la familia se separe.
	3.2	La paciente vivía en una situación de miedo constante ya que pensaba que el abuso podía repetirse. Evitaba a toda costa las reuniones sociales y familiares donde podría encontrarse con su agresor. La paciente sentía culpa de que su familia se separe o discutan al enterarse del abuso sexual.
T.4	4.1	La paciente sentía mucha culpa e impotencia por haber permitido que abusaran tanto de ella, y se recriminaba constantemente. Sentía vergüenza sobre lo que le pasaba y prefería no contarlo a nadie.
	4.2	Durante toda la etapa del maltrato y abuso, la paciente comenta haber experimentado mucha agresividad hacia el resto y hacia ella misma, además sufría de fuertes dolores estomacales. La paciente tenía un gran temor de encontrarse sola.
T.5	5.1	La paciente comenta sentir un estado permanente de angustia durante el tiempo del abuso, además de constantes sueños donde le quieren hacer daño. La paciente experimentaba un gran temor de que vuelvan abusar de ella. Sentía vergüenza ya que estaba consciente de que algo que no estaba bien le sucedía. Se sentía responsable del hecho, lo cual le generaba culpa.
	5.2	La paciente durante la etapa de abuso sentía una gran confusión sobre lo que le sucedía. Experimentaba culpa ya que pensaba que era ella la que provocaba los abusos sexuales por parte de la pareja de la madre. Sentía vergüenza y por eso prefería no contar a nadie sobre el abuso que vivía. Durante el tiempo de abuso la paciente sentía una gran inseguridad en cuanto a su cuerpo. Presentaba sentimientos de inferioridad y una autoimagen desvalorizada.

A partir del análisis dela tabla No. 8, se puede concluir que tales indicadores corresponden a las consecuencias psicológicas abordadas en el capítulo dos. El sentimiento de culpa que se instaura en el infante está constituido tanto de sentimientos depresivos tales como la sensación de soledad absoluta y el rechazo como de sentimientos de inferioridad debido al deterioro de la propia imagen marcada por las agresiones sentidas en su cuerpo. La culpa se internaliza y se sostiene mediante el discurso del agresor y el discurso de la familia.

A la vez, los sentimientos autopunitivos encontrados en la misma tabla hacen referencia a distintas formas de expiación de culpa y surgen a partir de la necesidad de castigo relacionada con un suceso traumático; en este caso, sería el abuso sexual. Dentro de la misma tabla se observa a la vergüenza como una emoción que predomina durante la etapa del abuso, y esta se promueve debido al contexto en el cual ocurre el abuso sexual donde los niños son obligados a guardar silencio y ocultar lo que les sucede.

- **Durante su relato, ¿la paciente comenta haber vivido cambios en su comportamiento social a partir y durante la situación de abuso sexual?**

En la tabla No. 9, se observan los cambios en el comportamiento social de las mujeres que han pasado por situaciones de abuso sexual, entre estos se identifican como predominantes: el aislamiento, conductas autopunivas, un fuerte rechazo hacia el sexo masculino, sentimientos de inferioridad en cuanto a su cuerpo y a su imagen, vergüenza y dolores de cabeza.

Tabla 9

Cambios en el comportamiento social a partir del abuso

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	Presentaba conductas autopunitivas, se cortaba en los brazos y manos, como forma de exteriorizar la ira. Los sentimientos de ira y coraje que tenía hacia su padre, los trasladaba hacia todos los hombres en sí. No quería saber nada de hombres, por lo cual prefirió aislarse, no le gustaba salir. Tenía un rechazo muy fuerte hacia el sexo masculino.
	1.2	La paciente buscaba ponerse en riesgo ya que se iba con desconocidos. Sus relaciones sexuales eran muy promiscuas. Presentaba una actitud de seducción constante.
T.2	2.1	La paciente comenta que siempre ha sido una persona aislada. No tiene amistades y prefiere no relacionarse con nadie. No le gusta hablar en público y no confía en la gente en general.
T.3	3.1	La paciente experimentaba una idea muy recurrente: no poder confiar en nadie y sentir que todas las personas le van a defraudar o hacer daño. Le cuesta mucho establecer relaciones de amistad y refiere no tener amigas íntimas, no confía en nada de lo que le rodea. Prefiere aislarse. Es sobreprotectora con su hija, no le gusta que esté o tenga contacto con hombres. Comenta que le cuesta mucho expresar y decir lo que siente y lo compara con una situación de ahogo.
	3.2	La paciente refiere que se volvió muy insegura, que le costaba hacer mucho las cosas sola y por eso buscaba siempre estar protegida y ser aceptadas por los demás.
T.4	4.1	La paciente comenta aislarse de todo su entorno en general debido a la desconfianza que tenía hacia todas las personas. Solo se sentía segura cuando no había nadie a su alrededor.
	4.2	La paciente decide aislarse. Presenta mucha dificultad para tener parejas, no quería nada de relaciones amorosas. Experimentó durante esta etapa mucha agresividad y grandes dolores de cabeza.
T.5	5.1	La paciente se sentía una persona mucho más avergonzada y eso le hacía asilarse del resto en su totalidad. Era una persona muy desconfiada hacia el sexo masculino y todas las personas en general. Presentaba conductas pudorosas.
	5.2	La paciente experimenta una gran desconfianza hacia la gente en general. Prefiere estar únicamente con su pareja y no sola.

A través del análisis de la tabla No. 9, se puede observar que una experiencia asociada a situaciones de abuso sexual infantil generan fuertes afectaciones en el área social, siendo el aislamiento una principal consecuencia como reflejo de la desconfianza que siente la víctima frente al entorno que la rodea. El entorno hostil en el cual se encuentra una víctima de abuso sexual infantil en un momento determinado de su vida provocará temor de todo lo que le rodea, asentando su miedo en relación a los hombres ya que lo ve como un referente de abuso de poder y violencia. La vergüenza y los sentimientos de inferioridad que siente con respecto a su cuerpo y a su imagen influyen en el aislamiento del sujeto, así como en sus bajos niveles de participación.

Los dolores de cabeza o malestares físicos presentes en las víctimas se somatizan como forma de expresar con el cuerpo un malestar que no se puede decir, que no está atravesado por la palabra, por lo tanto ha sido simbolizado.

- **Durante el relato, ¿la paciente considera que existe una relación entre los cambios descritos anteriormente y el abuso sexual vivenciado en la infancia?**

En la tabla No. 10, se puede observar que en la mayoría de casos analizados las pacientes no logran establecer una relación entre sus cambios sociales y el abuso sexual vivido en su infancia

Tabla 10

Relación entre los cambios y el abuso sexual

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	La paciente por sí sola no logra relacionarlos. Durante el proceso, y a lo largo de las sesiones trabajadas, la paciente logró re-elaborar la etapa del abuso y adquirió conciencia de que varios de los cambios presentados se debían a todas las situaciones de abuso que había vivenciado.
	1.2	La paciente evitaba a toda costa conectar sobre los abusos de su infancia con algunas situaciones parecidas que vivía en su adultez, por sí sola no logró hacer ninguna conexión.
T.2	2.1	La paciente por sí sola no logra anexar sus vivencias infantiles con decisiones y comportamientos actuales. A partir del trabajo terapéutico al hablar de su familia y todos los abusos que vivió empieza hacer un nexo entre eso y sus comportamientos y decisiones.
	2.2	
T.3	3.1	La paciente sabe y logra establecer conexión entre el gran miedo y la desconfianza experimentadas en su vida adulta con los abusos vividos en su infancia. La paciente es consciente de que su temor obsesivo por su hija se debe a su falta de confianza.
	3.2	La paciente lo veía como un hecho aislado, hasta que después de varios años se encuentra con su agresor y se desestabiliza emocionalmente y acude a terapia. A partir de las sesiones, la paciente logra conectar los cambios que vivenció en su infancia con la situación de abuso y maltrato que experimentó.
T.4	4.1	En primera instancia no, pero con el trascurso de la sesiones, y al abordar sus relaciones familiares, empezó a caer en cuenta que había un patrón o conectores entre el abuso y sus posteriores relaciones y decisiones en su vida adulta.
	4.2	La paciente se describe como una persona con "mala suerte". Durante el proceso terapéutico, al abordar sobre sus parejas amorosas, la paciente logra establecer una conexión entre estas y ciertas situaciones de su niñez ya que el maltrato que ejercían sus parejas era similar al maltrato que experimentó de niña.
T.5	5.1	La paciente por sí sola no logra conectar el hecho del abuso y negligencia por parte de su familia con ciertos cambios conductuales y psicológicos en ella. Veía esos cambios como medidas de cuidado personal. Sin embargo, a partir de varias sesiones, logra hablar sobre el abuso y esto le permite establecer lazos entre el abuso y su vida posterior a este.
	5.2	La paciente logra conectar por sí sola que su miedo a las relaciones sexuales y su desconfianza se deben a los abusos experimentados en su infancia, y al silencio y la complicidad de la madre frente a los abusos.

Al analizar la tabla No. 10, se puede observar que la mayoría de mujeres no logran relacionar el abuso sexual infantil y todo lo que este implica con los cambios descritos en la tabla No 9, lo cual señala un conflicto que no puede ser tramitado por el sujeto. Surge a partir del proceso represivo, el cual dificulta la reacción apropiada ante las situaciones traumáticas, "(…) la represión de una vivencia traumática implica que esta no puede ser integrada en el conjunto más vasto de la vida anímica consciente" (Uribe, 2010, p. 4).

Por ello, la vida psíquica fracasa en cuanto a la elaboración de la escena de abuso por los medios normales y habituales. Es importante tomar en cuenta que en todos los casos analizados había violencia física y psicológica, como antecedente en la infancia de cada uno de los casos analizados dentro de su dinámica familiar, por lo cual el entorno donde se desarrollaba cada una de las víctimas era hostil y adaptado a la violencia como una forma común y habitual de relacionarse.

- **Durante las sesiones, ¿la paciente habló sobre su vida amorosa y cómo esta se vio afectada a partir del abuso sexual infantil?**

En la tabla No. 11, se puede observar cómo la vida amorosa de las 9 mujeres participantes en la investigación se vio afectada a partir del abuso sexual, ya que a pesar de que las situaciones de abuso se dieron de naturaleza diversa, se encontraron indicadores en común en las victimas. Las principales afectaciones se relacionan con una fuerte desconfianza hacia el sexo masculino, evitar establecer relaciones amorosas, elección de una pareja violenta a nivel físico, psicológico y sexual, aberración al contacto y a las relaciones sexuales, y dificultad para expresar sus pensamientos, emociones y deseos frente a las personas en general.

Tabla 11

Repercusiones en la vida amorosa a partir del abuso sexual

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	La paciente comentaba que después del abuso vivido por su padre ella no quería saber nada de relaciones amorosas y menos de relaciones sexuales. Solo había tenido una pareja en su vida, por lo tanto, la vida amorosa de este paciente sí se vio afecta ya que evitaba a toda costa el contacto con los hombres.
	1.2	La paciente presentaba varias parejas amorosas con las cuales no lograba establecer relaciones sólidas y sus relaciones finalizaban muy rápido, sin ninguna causa en particular. En todas las relaciones de esta paciente se podía observar maltrato, sea físico o verbal. De lo que se recuerda, esta paciente siempre estaba en actitud de seducción, le gustaba que la miren y coquetear con los hombres de su alrededor.
T.2	2.1	La paciente comentaba que tenía una pareja de la cual se divorció después de 16 años de matrimonio, esta pareja le maltrataba tanto física como psicológicamente a través de insultos, amenazas y manipulaciones, además de abusar de ella sexualmente. Ella describe el nacimiento de sus 5 hijos como abusos sexuales por parte de su pareja. Comentaba que su vida de pareja era terrible, que vivía con el mismo miedo y violencia con la que vivió en su infancia.
T.3	3.1	La primera pareja que establece esta paciente se termina debido a una infidelidad por parte de él y porque él era un hombre muy violento tanto física como psicológicamente con ella; y, en la segunda pareja, ella tiene mucho miedo de que eso se vuelva a repetir y es muy celosa. Esta paciente siempre ha experimentado desconfianza hacia sus dos parejas, lo cual le ha hecho sentirse muy insegura de las relaciones que lleva y los vínculos que establece.
	3.2	La paciente refiere que a partir del evento tenía muchas dificultades para disfrutar de las relaciones sexuales. Sentía una fuerte desconfianza por su esposo; vivió infidelidades, violencia física y psicológica por parte de él.
T.4	4.1	La paciente solo ha tenido una relación durante su vida y refiere que a partir del maltrato y los abusos vivenciados en su infancia, ella no puede confiar en las personas; es algo que le cuesta mucho, y eso le impide relacionarse con el resto. Comenta que solo se siente segura cuando no hay nadie a su alrededor.
	4.2	La paciente vivía con el temor de que todos los hombres sean malos, y pensaba que no le va a ir bien. Tenía un terror en tener parejas o pensar en hacer vínculos amorosos. Le angustiaba enormemente que su hija conozca hombres.
T.5	5.1	La paciente siente mucha desconfianza hacia la gente en general, ella se considera una mujer muy insegura y miedosa. En su vida amorosa es una mujer muy sumisa que le cuesta decir lo que quiere y lo que siente.
	5.2	La paciente comentaba que en la actualidad le cuesta mucho tener relaciones sexuales con su pareja, no le gustan las caricias y se incomoda cuando alguien está muy cerca de ella. No disfruta para nada de las relaciones sexuales. A partir de los episodios de abuso ella tiene mucho miedo de estar sola.

Al momento de abordar los presentes indicadores, desde el discurso del psicoanálisis, nos remitimos al acontecimiento real, el abuso sexual infantil, como un hecho traumático, "Tenemos entonces que las situaciones de abuso sexual serían traumáticas porque el recuerdo de las mismas entra en conflicto con la conciencia moral del sujeto que las padece, produciendo la inclinación represiva de parte del yo" (Uribe, 2010, p. 5). En este suceso la sexualidad fue impuesta de manera violenta, por lo tanto el descubrimiento del placer sexual para un infante que vive abuso sexual se da de manera traumática, sin escuchar su deseo, su voz y su dolor. El atravesamiento de recurrentes episodios de violencia en la niñez, manifiesta diferentes formas de relacionarse con el mundo y de establecer relaciones interpersonales. La desconfianza que surge hacia los

hombres así como la aberración hacia el contacto físico y sexual da cuenta del ataque que se da en el área de la sexualidad, donde surgió la herida.

Retornado a las concepciones psicoanalíticas, dentro de las 7 historias analizadas, la elección de parejas violentas a nivel físico, psicológico y sexual da cuenta de una formación sintomática. Donde el síntoma se engendra a partir "(…) de la moción pulsional afectada por la represión" (Freud, 1926, p. 90). Sin embargo "(…) a pesar de la represión, la moción pulsional ha encontrado por cierto un sustituto, pero un harto mutilado, desplazado (…) y si este sustituto llega a consumarse (…) ha cobrado el carácter de la compulsión" (p. 90). A partir de las elaboraciones Freudianas y del análisis de los casos, se propone que la elección de pareja violenta a nivel físico, psicológico y sexual da cuenta de una formación sintomática, producto de la dinámica familiar violenta en la que se encontraban las mujeres del estudio, además de los múltiples abusos sexuales. Donde el síntoma da cuenta de la elección de una pareja violenta mediante la compulsión a la repetición de patrones violentos.

- **Para la paciente, ¿cuáles considera usted que eran los factores más importantes e influyentes al momento de elegir una pareja?**

En la tabla No. 12, A través del discurso de las terapeutas, se observan los factores más influyentes al momento de elegir pareja, donde se concluye que uno de los factores predominantes es encontrar "alguien" con el cual las mujeres abusadas sexualmente puedan huir de la situación de maltrato de su casa. En el discurso de las terapeutas, también se observa la búsqueda de cariño, respeto, reconocimiento, ayuda económica y protección. Sin embargo, ninguna consigue establecer una relación con dichos factores, lo cual da cuenta de procesos inconscientes que motivan la elección.

Tabla 12

Factores influyentes para la elección de pareja

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	La paciente en su discurso más que nada busca alguien que la quiera y la respete. Quería encontrar a alguien que le dé valor y la cuide. Ella necesitaba esa protección que nunca recibió de niña.
	1.2	La paciente busca, en su discurso, protección; pero, según su accionar, lo que menos busca es protección ya que vive poniéndose en situaciones de riesgo, buscando relaciones amorosas violentas.
T.2	2.1	Tanto como para la familia de la paciente como para ella, alguien que pueda ayudarlos económicamente era muy importante y valorado. Su esposo era el hombre proveedor que mantenía el hogar y ella se debía totalmente a él. Su esposo le prometió muchas cosas para que ella salga de su casa, y ella lo que más quería era huir de su casa.
T.3	3.1	Con la primera paciente es muy reiterativo el tema de la confianza, sin embargo y paradójicamente, no confía en la pareja que ella eligió. Así como le cuesta confiar en sus parejas le cuesta confiar en las personas que están a su alrededor, y por ende exigir sus derechos. En su discurso se observaba que ella buscaba un hombre que le brinde protección y cuidado como intento de llenar el vacío, la carencia de afecto y la protección de su infancia.
	3.2	La paciente se une a su pareja muy joven, y uno de los factores determinantes era poder salir lo más pronto de su casa. La paciente comenta haber buscado un hombre que le proteja, esté pendiente de ella y le haga sentir segura. Sin embargo, en el fondo, lo que más quería era poder huir de su casa.
T.4	4.1	A partir de tanto abandono y rechazo vivenciado en su infancia, la paciente busca alguien que le dé protección y reconocimiento como sujeto. Buscaba que alguien esté pendiente de ella así no sea dentro de los parámetros normales, buscaba llenar ese vacío en la infancia de desprotección.
	4.2	La paciente comenta haber buscado un hombre que la proteja y esté pendiente de ella.
T.5	5.1	La paciente lo que más quería era poder salir de su casa. En este caso, su pareja era esa figura que a ella le ayudaba a salir de su familia y que le brinde la seguridad física de no volver a su casa y no estar sola.
	5.2	En esta paciente se da muy fuerte el tema de identificación, ya que su pareja también vivió abusos sexuales en su infancia.

A través del análisis de la tabla No. 12 se observa que, los factores predominantes al momento de elegir una pareja, hacen referencia al encontrar a alguien con el cual puedan huir de la situación de abuso y maltrato en su hogar, con el fin de parar la situación de violencia en la infancia o la búsqueda de reconocimiento, cariño, protección y ayuda económica a través de la elección de pareja. Sin embargo y paradójicamente, ninguna de las mujeres de la investigación logra encontrar estos factores en su pareja, lo cual muestra que estos indicadores pueden estar en su discurso consciente, pero durante su elección sigue primando la violencia como forma de relación.

7 de los 9 casos del estudio, mediante su elección "consciente" de objeto de amor, reproducen los mismos patrones violentos vividos en su infancia. Donde la elección de la pareja violenta "(…) hace la impresión de un destino que las persiguiera, de un sesgo demoníaco en su vivenciar; y desde el comienzo el psicoanálisis juzgó que ese destino fatal era autoinducido y estaba determinado por influjos de la temprana infancia" (Freud,

1920/2006, p. 21). La elección de objeto de amor violento da cuenta del intento de tramitación de un conflicto mediante una formación sintomática, manifestada, a partir de la repetición de vivencias idénticas. Tanto la violencia vivida en la infancia, como los abusos sexuales a los que fueron expuestas, son experiencias vividas como sucesos traumáticos, que no logran inscribirse como representación palabra, por lo tanto quedarán pendientes a través de una historia que insiste.

Es importante tomar en cuenta dentro del análisis de la pregunta N. 12, que el contexto familiar en el cual crecieron cada una de las participantes y la relación que tuvieron con sus padres y su medio, moldearon de manera consciente e inconsciente sus decisiones, expectativas y elecciones en cuanto a su objeto de amor. Todas las participantes vivían en familias donde predominaba la violencia patriarcal, donde la figura masculina hacia uso abusivo del poder frente al resto de integrantes de la familia y la mujer era vista y ubicada únicamente como objeto.

- **En su relato, ¿la paciente describió las relaciones de pareja más significativas, la edad, el tiempo y el motivo de ruptura?**

En la tabla No. 13, se observa la edad en la cual las mujeres deciden unirse a sus parejas, en donde ninguna pasa de los 19 años. El tiempo de duración de las relaciones amorosas, es de aproximadamente 3 meses hasta 20 años de duración, en el cual los motivos de ruptura están asociados a actos violentos físicos, psicológicos y sexuales.

Tabla 13

Relaciones de pareja más significativas

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	Durante toda su vida solo tuvo una pareja amorosa, comentaba que no se sentía cómoda con él, que siempre desconfiaba y por eso decidió terminar su relación. Aproximadamente dura tres meses.
	1.2	La paciente tenía muchas parejas amorosas. Duraban muy poco sus relaciones, aproximadamente dos meses, y los motivos de ruptura estaban asociados a actos violentos. Había mucha promiscuidad en sus relaciones y conductas de riesgo. Solía emocionarse con facilidad, pero luego se aburría de ellos con mucha facilidad.
T.2	2.1	Solo tuvo una pareja, con el hombre que se casó, y dura aproximadamente 20 años de matrimonio. Se divorcia debido al maltrato constate, físico, psicológico y sexual que vivía por con él.
T.3	3.1	La paciente ha tenido dos parejas amorosas. La primera pareja es el padre de su hija, con el cual estuvo casada tres años, y se separa debido a una infidelidad causada por él y maltrato físico. En la actualidad se encuentra separada de su segunda pareja, comenta no confiar en él.
	3.2	La paciente ha tenido una sola pareja, ha tenido varias separaciones por períodos largos. Durante esas separaciones él ha tenido otros hijos con otras mujeres. Las veces en que ha decido separarse ha sido por infidelidades causadas por él, además de maltrato físico como psicológico.
T.4	4.1	La paciente había tenido una sola pareja, el padre de sus dos hijas. Tienen varios años de matrimonio y decide separarse por los abusos físicos, psicológicos y sexuales que su pareja le causa. La idea de separación surge a partir del proceso terapéutico.
	4.2	La paciente comenta haber tenido tres parejas amorosas. Con su primera pareja, la paciente decide escaparse de su casa con el fin de huir de la situación de maltrato que vivía. Comenta que todas sus relaciones eran violentas, llenas de insultos y también golpes. Muchas veces ella tenía relaciones sexuales forzadas.
T.5	5.1	La paciente comenta haber tenido solo una pareja, con quien huyó de su hogar de manera muy rápida. Tienen varios años de relación. Siguen juntos a pesar del maltrato físico y psicológico.
	5.2	Esta paciente tiene una sola pareja y describe su relación como buena, ya que su pareja la protege y la cuida, además de tener un rol proveedor.

A través del análisis de la tabla No. 13, se evidencia una compulsión a la repetición de patrones violentos en cuanto a la elección de pareja donde 7 de los 9 casos realizan una elección de objeto de amor violento. La perpetuación de patrones violentos da cuenta de una compulsión a la repetición, "(…) la repetición se traduce, también en lo social y cultural, como efecto de un trauma que, al no encontrar posibilidad de representación y elaboración, reaparece y se actualiza en una nueva vuelta hacia lo mismo, lo idéntico" (Marucco, 2007, p. 27). Los episodios de abuso sexual así como la negligencia tanto en su cuidado físico, psicológico y afectivo que encontraron las mujeres del estudio en su infancia influyen en la elección de un vínculo con las mismas características, repitiéndose a pesar de su carácter displacentero.

Las relaciones amorosas que las mujeres de la investigación han logrado establecer dan cuenta del abuso de poder y de la dominación absoluta por parte de sus

parejas, todas masculinas, despojándolas de todo derecho sobre sí mismas, sobre sus cuerpos, sobre sus derechos y sobre sus deseos. Los altos niveles de violencia a la cual fueron expuestas por parte de sus parejas da cuenta de una estructura social donde la violencia machista cada día se incrementa, sostenida por las estructuras de poder así como los hombres y las mismas mujeres, siendo ambos cómplices de la vulneración de derechos.

- **Durante las sesiones abordadas, ¿la paciente refirió presencia de violencia en sus relaciones amorosas?**

En la tabla No. 14, se puede observar que 7 de los 9 casos presentan violencia en sus relaciones amorosas. Violencia física; a través de golpes, empujones y encierros en habitaciones oscuras, violencia psicológica; a través de insultos, humillaciones, manipulaciones, desvalorizaciones y amenazas, la violencia sexual: a través de relaciones forzadas y por último la violencia económica.

Tabla 14

Presencia de violencia en las relaciones amorosas

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	No refirió presencia de violencia en su relación amorosa.
	1.2	Sí, todas sus parejas eran violetas. Ejercían sobre ella maltrato tanto físico como psicológico, el lenguaje verbal que la paciente mantenía con sus relaciones era bastante violento, lleno de insultos y golpes.
T.2	2.1	Sí, muchas. Con la pareja que tuvo, la paciente vivió maltrato físico a través de golpes, empujones, y encierros en habitaciones oscuras, además vivió maltrato psicológico; era humillada constantemente a través de insultos y desvalorización. Tenía relaciones sexuales forzadas y comenta que sus 5 hijos fueron producto de abuso sexual.
T.3	3.1	La primera pareja de la paciente le engaño varias veces con otras mujeres. La humillaba y la maltrataba psicológicamente a través de insultos. La segunda pareja de la paciente es violento con ella, ejerce maltrato psicológico a través de insultos, y pelean constantemente.
	3.2	La paciente comenta haber experimentado maltrato tanto psicológico, físico como sexual por parte de su esposo. Tenía relaciones sexuales forzadas, además él la golpeaba constantemente por cualquier discusión.
T.4	4.1	La paciente comenta haber vivido mucha manipulación por parte de su pareja. Su pareja obligó a la paciente a renunciar a su trabajo para trabajar únicamente para él. No le permitía estudiar ni ir a terapia. Dentro de la relación de la paciente se observa violencia en todos los aspectos: físico, psicológico y sexual. El poder que ejercía la pareja sobre la paciente era tan fuerte que llegaba a paralizarle de miedo.
	4.2	La paciente comenta que su pareja le agredía física como psicológicamente a través de insultos, manipulaciones y amenazas. Además la paciente dependía económicamente de su pareja y esta le forzaba a tener relaciones sexuales a cambio de darle algo de dinero para ella y sus hijos.
T.5	5.1	La paciente comenta vivir violencia psicológica por parte de su pareja a través de groserías, humillaciones y amenazas, además su pareja le agrede físicamente. Ella dependía totalmente de su pareja y comenta que su esposo no le daba nada de dinero. La paciente comenta que muchas veces su esposo le obligaba a tener relaciones sexuales.
	5.2	La paciente no refiere violencia en su relación amorosa.

A través del análisis de la tabla No. 14, se observa que 7 de las 9 mujeres escogen una pareja que reproduzca la violencia física, psicológica y sexual a la cual fueron sometidas en su infancia. De esta manera, se evidencia que el repetir muestra una estrecha relación con el pasado; y, es justamente a través de la repetición patológica en donde se puede evidenciar la relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil del presente estudio, donde 7 de las 9 mujeres se sitúan activamente en situaciones penosas, repitiendo experiencias antiguas. "(…) lo que se repite son experiencias manifiestamente displacenteras, y resulta difícil comprender, en un primer análisis, qué instancia del sujeto podría hallar satisfacción en ellas (…) caracterizados por esta compulsión que es propia de todo lo que emana del inconsciente" (Laplache & Pontalis, 1996/2004, p.69). La repetición da cuenta de la relación particular que se establece con lo traumático, donde el sujeto parece quedar atrapado por su "destino", siendo la repetición la vía de reencuentro con el efecto de un trauma sin representación.

- **Según su opinión, ¿cuáles cree que son los factores que inciden en su paciente para permanecer en una relación violenta?**

En la tabla No. 15, se observa cuáles son los factores que inciden en la permanencia en una relación violenta; entre estos se encuentran como principales indicadores a los factores sociales, constituidos a través de la normalización de la violencia, sostenida en las relaciones de poder, donde el hombre tiene el control sobre la mujer a través del aislamiento y la dependencia económica; y, como segundo indicador predomínate, se observa al sentimiento de culpa manifestado por la compulsión a la repetición.

Tabla 15

Factores que inciden en la persistencia de relaciones violentas

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	Solo tuvo una relación de la cual no dio características de violencia.
	1.2	El hecho de normalizar la violencia y el no conocer lo límites son hechos que influyen en una persona para ciertos tipos de elección. El no tener redes de apoyo y estar aislada te llevan a tipos de elección donde siempre habrá abusos de poder. La repetición de patrones violentos juega un papel importante en las elecciones de esta paciente.
T.2	2.1	Creo que en esta paciente existían varios factores que hacían que ella se mantenga en esa relación por tantos años: la normalización de la violencia, ya que vivió con mucha violencia en su infancia y en donde nadie puso un alto; la dependencia económica, ya que ella no contaba con nada de dinero para ella sola; los sentimientos de inferioridad en los que estaba inmersa, pues se sentía fea y menos que todos, tenía una imagen muy desvalorizada de ella misma.
T.3	3.1	Creo que para ella, principalmente, es contar con una figura dadora, se podría decir que es una figura paterna no consciente. Ella apunta a la figura que da, tanto de manera económica como en protección.
	3.2	Cuando llegamos a ese cuestionamiento a ella le costó mucho seguir con la terapia. Ella tiene un gran miedo a estar sola y sentirse desvalida otra vez.
T.4	4.1	Existen muchos factores sociales. Nuestro país está estructurado a través del patriarcado donde rige la normalización de la violencia. Por lo tanto, la indefensión que ella experimenta no le permite salir de este círculo violento de patrones repetitivos.
	4.2	La paciente depende de su pareja en todos los sentidos, no tenía para dónde ir y, hasta cierto punto, no sabía que alguien podía ampararla. La paciente no cuenta con ningún recurso para salir de la dinámica violenta, y, hasta cierto punto, el maltrato estaba normalizado en ella y se repetía a lo largo de su vida.
T.5	5.1	Hay mucho factores, entre estos los sociales, familiares y religiosos. Es toda una gama de temas, y el factor social es fuerte, hay pocas mujeres que despiertan y pueden salir de estos círculos de violencia. Los factores individuales también juegan un papel importante como: la repetición de patrones de violencia, los recursos con los que cuenta y el tema de cómo están marcadas las relaciones parentales, las mismas que llevan a ciertas elecciones. En este caso la falta de oportunidades y el miedo que implica el hacer cosas sola, la tienen unida a su pareja; ella repite la violencia que marcó su relación materna y paterna en sus relaciones de pareja, y no cuenta con ningún recurso para decidir separase de este círculo violento.
	5.2	En este caso no hay violencia. Pero la identificación que ella siente con su pareja debido al abuso sexual, genera en ella mucha dependencia hacia él, y que la hace sentir segura a través de los cuidados y de la protección que le brinda su pareja.

A través del análisis de la tabla No. 15, se concluye que el contexto social y por ende la familia juegan un papel importante en la construcción del sujeto, a través de este medio el infante aprenderá y reproducirá patrones de funcionamiento que lo guiarán y encaminarán a ciertas elecciones y prácticas durante toda su vida. Al observar que las figuras primordiales de los 9 casos de estudio, encargadas de brindar cuidado y protección, no cumplen su rol, al contrario, exponen al infante a situaciones de violencia física, psicológica y sexual. Contribuyen en el hecho de que un niño vea el abuso como un suceso normal en su vida, ya que dentro de su dinámica familiar los actos violentos son "convencionalmente aceptados" y muchas veces reforzados por las creencias culturales y religiosas.

En cuanto a la permanecía y persistencia en la relación amorosa violenta, la compulsión a la repetición, manifestada a través de la formación sintomática, constituye un indicador predominante. Da cuenta de algo que no se puede recordar y ubica a la mujer en una posición pasiva, evitando la posibilidad de una participación activa en cuanto a las elecciones y decisiones a lo largo de su vida. "(…) En su carrera tras el "destino prometido", (…) se desata el desenfreno de la compulsión a la repetición, y se acalla todo cuestionamiento que pudiera dar lugar a algún trabajo de re-elaboración o de transformación" (Marucco, 2007, p. 27). El abuso sexual infantil, la violencia física y la violencia psicológica experimentada en la niñez, da cuenta de un conflicto que no puede ser tramitado, ni reconocido por el infante y por ende da cuenta de una formación y manifestación sintomática.

- **¿Considera que su paciente presenta algún tipo de dificultad para renunciar a este tipo de relaciones amorosas violentas?**

En la tabla No. 16, se puede observar, a través del discurso de las terapeutas, las principales dificultades que atraviesan las mujeres para renunciar a las relaciones violentas. Como principales indicadores resaltan; la desvalorización de la propia imagen, la normalización de la violencia y la dependencia emocional y económica.

Tabla 16

Dificultades para renunciar a las relaciones amorosas violentas

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	La paciente no refirió violencia en la única relación amorosa que tuvo.
	1.2	Sí, para ella es muy difícil salir de este tipo de relaciones violentas. Estaba muy desvalorizada, desde pequeña vivía agresiones. Para ella la violencia y la agresión eran las formas en la que había aprendido a relacionarse con el mundo, por lo cual se le dificultaba pensar en otro tipo de relación.
T.2	2.1	Creo que sí existe una dificultad en el sentido de que está naturalizada, porque es la forma en la que tú entiendes que así funciona el mundo y las relaciones de pareja; no te das chance ni tienes las herramientas para pensar más allá. Los maltratos y los abusos que la paciente experimentó desde muy pequeña y todo lo que vivió luego con su pareja naturalizaron de tal forma la violencia, que la agresividad y los abusos de poder eran formas de relacionarse, y así funcionaba. El miedo y el dominio que su pareja ejercía sobre ella la paralizaban. La paciente no se sentía respaldada y sabía que no contaba con nadie, por eso decide huir.
T.3	3.1	Sí, la paciente establece con su pareja una relación de dependencia absoluta, en donde se observa un patrón de repetición de la violencia. Ella no aprendió a defenderse de niña, por lo tanto no cuenta con herramientas que le permitan desligarse de su pareja y empezar sola.
	3.2	En este cuestionamiento la paciente decide dejar la terapia.
T.4	4.1	Sí, a la paciente le cuesta ubicarse como sujeto debido a la carencia afectiva y al maltrato vivenciado en su niñez; para ella la violencia hasta cierto punto esta naturalizada.
	4.2	Sí, el nunca sentirse reconocida ni tener la acogida dentro de la familia pueden ser algunos de los factores que hacen que caiga es dinámicas parecidas. Es la repetición de la violencia.
T.5	5.1	Sí, totalmente. La dependencia económica y emocional la tienen atada a su pareja. La paciente adopta el patrón de castigo y de violencia porque así tuvo de pequeña, y esto la lleva a la repetición de la misma violencia. Hasta cierto punto es su búsqueda: "Existo porque mi historia está marcada así, no de otra forma". Para ella no existen otras formas de relación.
	5.2	La relación de esta paciente no era violenta. Ella está con él porque el abuso sexual los identifica a ambos, y él podía entender sus miedos porque también los vivió. Además, él cumple con todo el rol protector que ella busca y anhela

A través del análisis de la tabla No. 16, se evidencia que tanto la desvalorización de la propia imagen como la dependencia emocional y económica, experimentada en 7 de los 9 casos, hacen referencia al sentimiento de inferioridad, el cual "(…) no guarda una relación electiva con una inferioridad orgánica. No constituye un factor etiológico último, sino que debe comprenderse e interpretarse como un síntoma" (Laplanche & Pontalis, 1996/2004, p. 398). A través del síntoma el sujeto experimenta un alivio al poder atribuir el sentimiento inconsciente de culpa a algo real como forma de expiar la misma. "(…) estructuralmente, el sentimiento de inferioridad traduciría la tensión existente entre el yo y el superyó que lo condena. " (p. 398). De tal manera que, tanto el sentimiento de culpa como el sentimiento de inferioridad se encuentran relacionados entre sí, siendo la culpa un sentimiento de inferioridad "moral", donde la inferioridad es interpretada por el yo como efecto de un castigo.

De la misma manera, la normalización de la violencia resalta como factor predominante en la dificultad para renunciar a relaciones violentas. Se elabora en primera instancia dentro de la familia donde se transmite un modelo de conducta agresiva basada en las relaciones de poder mediante la fuerza, lo cual se observa en 8 de los 9 casos y su normalización se refuerza a través de las instituciones y discursos de poder. El haber atravesado por una infancia violentada con ausencia de cariño, cuidado y protección, posiciona a estas mujeres como sujetos con mayor grado de vulnerabilidad y por ende con mayor predisposición de dependencia.

- ¿**Usted considera que los episodios de abuso sexual, vivenciados por la paciente en la infancia, influyeron de alguna manera en la elección de pareja?**

En la tabla No. 17, se puede observar las posibles relaciones entre un abuso sexual infantil y la elección de objeto amoroso. Se plantea al síntoma, al sentimiento de culpa, y a la normalización de la violencia como principales categorías de análisis dentro de esta relación.

Tabla 17

Relación entre el abuso sexual y la elección de objeto amoroso

Terapeuta	#Caso	Respuesta
T.1	1.1	Los episodios de violencia siempre estuvieron presentes en esta paciente. Ella decide cortar toda relación con el sexo masculino por miedo y desconfianza de que le pueda pasar lo mismo que le pasó en su niñez, ya que el establecer vínculos con hombres hace que la paciente recuerde las escenas de maltrato y abuso.
	1.2	La paciente lo elaboró de tal forma que repite los patrones y conductas violentas con su pareja. Repite con sus parejas la violencia que se ejercía contra ella en la infancia, ubicándose únicamente en posición de objeto.
T.2	2.1	Sí. Los abusos y maltratos vivenciados por la paciente en su infancia hacen que ella busque una pareja que repita esos patrones violentos. La paciente desde pequeña se posicionaba únicamente como objeto, mas no podía ubicarse de otra manera, como sujeto.
T.3	3.1	Sí, existe una búsqueda de repetición de un patrón en cuanto a la violencia. Recién la paciente se da cuenta que eso no fue su culpa ya que no sabía distinguir en cuanto a los acercamientos, no había límites. En este caso se puede observar que a partir de los abusos experimentados por la paciente en su infancia ella empieza una búsqueda paradójica de figuras de protección que, en realidad, no cumplen ese rol ya que presentan rasgos violentos, y en su elección busca a alguien que repita los patrones de violencia.
	3.2	Sí, en este caso existe la búsqueda de un patrón de repetición a la violencia. En la paciente existe esa sensación de no estar preparada para elegir algo mejor u otro tipo de relación. Ella vivía en la idea de que todos los hombres son así, todos maltratan. Es lo que vivió.
	4.2	" ..."
T.5	5.1	Sí, a partir del abuso que la paciente experimenta de niña decide escapar y buscar a alguien lo más rápido posible, "que la proteja" y la saque de ese lugar, busca un refugio. Ella solo quiere escapar, irse y no regresar más por miedo a lo que sucedió. En este caso se busca una figura masculina representada como el "salvador".
	5.2	Sí, a partir de las situaciones de abuso, la paciente busca refugio y sostén en su pareja y se identifica con él por medio del abuso. Busca ese padre que nunca estuvo, y que le brinde cuidado y la proteja; ese es el rol que su pareja cumple.

A partir del análisis de la tabla No. 17, se concluye a través de la visión subjetiva de cada una de las terapeutas, que existen lazos entre la violencia vivenciada en la infancia, tomando en cuenta la violencia física, psicológica y sexual, presentes en los 9 casos de la investigación, con la elección de objeto amoroso. La tabla advierte como relación predominante entre el abuso sexual infantil y la elección de objeto amoroso de una formación sintomática manifestada mediante la compulsión a la repetición, donde la misma da cuenta de lo representado, lo no representado y lo irrepresentable en el psiquismo. "La repetición junto al recuerdo, la repetición en lugar de el recuerdo, y, un poco más allá, la repetición a la manera de un destino" (Marucco, 2007, p. 28). En este sentido, la repetición da cuenta del efecto del trauma que no puede ser representado ni metabolizado, por ello, busca a través de manifestaciones recordar una y otra vez los fenómenos de violencia y repetirlos en el presente.

Al ser el abuso sexual un evento de índole traumático, no logra inscribirse como representación en el psiquismo; y, al no haber relato, las escenas dolorosas quedan pendientes y no fijadas en el sujeto, retornando a lo reprimido, donde "(…) la repetición se desplaza desde su fijación al placer hacia el compulsivo reencuentro con el efecto de un trauma sin representación (…) hacia una búsqueda activa (…) del sufrimiento" (p. 31). Las huellas mnémicas ingobernables del abuso sexual infantil buscan alguna posibilidad de fijación ya que en el momento del abuso, no hubo psiquismo suficientemente estructurado como para que el abuso sexual infantil pueda ser contenido a través de una representación. "(…) el trauma (…) producto de una inscripción sin palabras; coincidiendo en la clínica con una repetición monótona, invariada, que es al mismo tiempo una re-petición (pedido de ayuda)" (p. 35). En la presente investigación, 7 de las 9 mujeres, a través de su elección de pareja, recrear las situaciones que les causaron displacer, exponiéndose a situaciones violentas, donde termina sufriendo y es justamente a través de esta forma de actuar donde surge el intento de revelar lo reprimido mediante una formación sintomática, la cual construye su "destino".

La normalización de la violencia, como segundo indicador predomínate, al contrario del sentimiento de culpa, no persigue el sufrimiento y el dolor. Hace referencia a una forma habitual de relacionarse por la cual se trasmiten modelos de relación basados en el sometimiento y la fuerza de poder. La naturalización de la violencia no permite visualizar a las mujeres lo que ha vivenciado, interiorizando como merecimiento las agresiones recibidas. De esta manera, escogen parejas que cumplan los mismos patrones de maltrato ya que este maltrato esta aceptado y convencionalmente permitido para el sujeto.

3.3 Discusión de resultados

La discusión de resultados de la investigación será trabajada a partir de las preguntas de investigación, las cuales permiten operacionalizar la revisión práctica como teórica. Las mismas serán analizadas a partir de los 9 casos de estudio, trabajados a partir del discurso de las psicólogas. Se tomara en cuenta sus indicadores predominantes, con el fin de extraer conclusiones a partir de la información recopilada.

- ¿Cuáles son los factores psicológicos involucrados en la mujer abusada sexualmente en la infancia?

Esta pregunta pretende conocer cuáles son las manifestaciones psíquicas en una mujer abusada sexualmente en su infancia. A partir del análisis de la entrevista realizada a las cinco terapeutas acerca de los casos de abuso sexual infantil atendidos por ellas, se ha podido observar una concordancia entre el planteamiento freudiano del sentimiento de culpa y las manifestaciones que relatan las terapeutas. En las víctimas aparece el sentimiento de culpa, el sentimiento de inferioridad, sentimientos depresivos tales como: tristeza, rencor e impotencia, sentimientos autopunitivos o tendencia al autocastigo, vergüenza y normalización de la violencia.

La culpa responde a los múltiples reproches del entorno en el cual se encuentra la víctima. En los nueve casos de estudio no solo el agresor culpa a la víctima del abuso, sino también la madre, la sociedad y por la propia víctima. Es un factor que desencadena sentimientos depresivos como sentimientos de inferioridad revelados a través de ataques físicos como verbales, mediante desvalorizaciones, amenazas, chantaje emocional, sarcasmos y humillaciones, donde la mujer va perdiendo la confianza en sí misma tanto en las percepciones sobre su imagen como en su capacidad de razonar, lo cual le impide visualizar con claridad la dinámica del maltrato.

Los sentimientos autopunitivos surgen a partir de una necesidad de castigo que instaura el sentimiento de culpa como modo de expiar la misma. Esto se evidencia en los castigos, cortes o intentos autolíticos que la víctima se realiza a sí misma, los cuales aparecen en el criterio de las psicólogas. Su fin es poder tramitar las escenas intolerables, dirigiendo la pulsión de muerte hacia la propia persona en forma de actos patológicos referidos a un pasado traumático reprimido.

La vergüenza viene a ser otro factor predominante dentro del análisis de la mujer abusada sexualmente en su infancia. A través del análisis de las entrevistas, las 5 terapeutas, consideran que la vergüenza siempre está, y que surge a partir de la falta de credibilidad del relato del abuso, pues se asume a la mujer como responsable y única causante del mismo, y por ser reprobada del medio social o por interpretar su acusación como falso producto de "odio" al agresor. Al igual que la culpa, la vergüenza es autoacusatoria a través del temor a ser juzgado por la mirada externa.

De las entrevistas realizadas a las 5 profesionales aparece la normalización de la violencia, este indicador es un efecto psicológico que al desarrollar la parte teórica no se lo consideró debido a que las fuentes bibliográficas revisadas no hacen referencia al mismo. Sin embargo, viendo la preponderancia que ha tenido a partir del trabajo realizado se lo ha considerado como una categoría de análisis. La misma hace referencia al hecho de que la propia persona acepte como habitual la violencia en su infancia, reproduciéndola en la edad adulta en sus modelos de relación y percibiendo la violencia como algo habitual y cotidiano en su vida. El vivir en un entorno donde la violencia está presente, puede llevar a pensar que la misma es válida para resolver problemas, y ya que es tan común, reproducirla hasta volverla un patrón y una forma "correcta" de relacionarse.

Durante el relato de las terapeutas se observa que de los nueve casos, todas las pacientes vivieron durante su niñez violencia física, psicológica y sexual, lo cual nos lleva

a pensar que el vivir en un entorno hostil donde predomina la violencia en todas las expresiones influye en la transmisión de modos vinculares violentos, que generan perturbaciones en sus posteriores relaciones.

- ¿Existe una relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil?

A partir de la revisión teórica realizada, Freud establece que existen 2 posibilidades para la elección de objeto de amor. La primera denominada "*por apoyo o anaclítica*" la cual hace referencia a una elección de objeto de amor sobre el modelo de las figuras parentales, diferenciándola de la "*elección objetal narcisista"* donde se elige el objeto de amor según el modelo de su propia persona. Del análisis de las respuestas dadas por las psicólogas, 7 de los 9 casos realizan una elección de objeto de amor por apoyo o anaclítica, donde se elige en base al modelo de la figura paterna, que en sus historias, es la figura agresora. A través del discurso de las psicólogas clínicas, se puede evidenciar que el padre en 7 de los 9 casos es un hombre agresivo que ejerce violencia física y psicológica a todos los integrantes de la familia, tomando en cuenta que en 5 de los 7 casos, el padre es el abusador sexual.

En cuanto a la elección de objeto de amor en la edad adulta, 7 de los 9 casos repiten los patrones de violencia y abuso de su infancia, lo cual da cuenta de una repetición de patrones violentos manifestada a través de su elección de pareja. Según Freud, el síntoma "(…) repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento" (Freud, 1919/ 1978, p. 5). Freud, plantea que toda formación sintomática busca dar salida a un conflicto psíquico, su función es justamente un intento de huida frente a un peligro pulsional, sofocando de algún modo la escena traumática y

desviándola de su meta, donde lo reprimido queda sometido a la leyes del inconsciente y excluido del yo.

De tal manera que el síntoma es la formación posterior para resolver un conflicto psíquico y hace referencia a actos perjudiciales que se realizan en contra de la voluntad del sujeto y conllevan displacer y sufrimiento. Freud propone que el síntoma emprende el camino de la regresión "(…) aspira a satisfacerse dentro de las organizaciones ya superadas o por medio de uno de los objetos que resigno antes" (p. 60). El afecto proveniente del conflicto psíquico, realiza un recorrido en sentido regresivo ya que vuelve a un momento anterior del desarrollo con el fin de buscar la satisfacción en un periodo ya superado o en objetos presentes de un periodo anterior, del cual el afecto sale enmascarado a manera de síntoma. Pertenece al sistema inconsciente y por ende está sometido a sus leyes de condensación y desplazamiento.

El hecho de que el abuso sexual infantil se de en periodos tempranos de la vida, genera consecuencias que tienen una gravedad mayor para tener efectos traumáticos, esto se da sobre todo porque el objeto de amor también es el objeto que agrede. El trauma psíquico, hace referencia a los afectos atravesados por cada una de las niñas en la época de abuso y debido a su incapacidad de ligadura, se manifiestan a través de patrones repetitivos. Son "(…) huellas que, desde "más allá del deseo", reclaman alguna posibilidad de ligadura (…) no hubo tiempo, ni psiquismo suficientemente estructurado, para que "lo traumático" pudiera ser contenido por la representación (Marucco, 2007, p. 34). Así, los afectos de la representación traumática, que no encuentran significado son rechazados por la realidad y deben encontrar otro camino de satisfacción.

Por lo tanto el síntoma da cuenta del trauma y la repetición del mismo, donde el suceso amenazante es anulado y excluido. "(…) el yo que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reducción morigerada de este" (Freud, 1919/

1978, p. 156). La dinámica de violencia y los abusos sexuales presenciados por las mujeres del estudio, no encuentran significado, y quedan presos de la compulsión repetitiva encubierta y expresada como un destino. Esta elección de objeto de amor violento evidencia una relación entre pulsión y objeto, y su particular articulación con lo traumático.

En los casos trabajados a partir del análisis del discurso de las terapeutas, 7 de las 9 mujeres eligen un objeto de amor de amor violento, lo cual da cuenta de una compulsión a la repetición, donde, la representación reprimida, da cuenta de las escenas de abuso y maltrato durante su niñez, que al parecer buscan significación. El patrón repetitivo de elección, se basa en un modelo de relación con características patológicas. Esta elección advierte una compulsión repetitiva de exposición al maltrato donde, se re-experimenta lo vivido en el pasado como algo actual y sigue predominado la violencia como forma de relación.

El sentimiento inconsciente de culpa, generado a partir de la vivencia traumática y observado en 9 de los 9 casos trabajados como cómo indicador predominante, dentro de las consecuencias psicológicas de la mujer abusada sexualmente, se encadena a la elección de un objeto de amor violento. "(…) el síntoma (…) significa al mismo tiempo un cumplimiento de un reclamo punitorio del superyó" (Freud, 1926, p. 110). La culpa, favorece nuevas re-exposiciones que reinician y justifican la dinámica de violencia. Genera una búsqueda de castigo inconsciente como forma de expiar la misma, en los casos analizados se observa la búsqueda de parejas violentas como intento de simbolización de la dinámica de abuso.

Las interacciones familiares, los factores sociales y los factores culturales, juegan un papel importante en la construcción del sujeto así como en el mantenimiento de ciertas creencias, actitudes y comportamientos. De los casos analizados, 9 de las 9 mujeres

vienen de hogares violentos, sostenidos por el discurso machista y de poder donde se reproduce y se naturaliza la violencia, física, psicológica y sexual. En dichos ambientes, la agresión, va perdiendo su valor y pasa a ser una forma habitual de relacionarse, predominando en sus formas de interacción y elección. El vivir en un entorno tan violento ha hecho que 8 de las 9 mujeres participantes de la investigación, acepten que la violencia es una herramienta válida para resolver problemas ya que las formas de violencia están tan arraigadas en ellas, que las pasan por alto y esa aparente ignorancia las normaliza, haciéndola parte del diario vivir.

El análisis realizado al discurso de las 5 psicólogas clínicas acerca de los 9 casos de abuso sexual infantil, permitió corroborar los indicadores plantados así como aumentar otras categorías de análisis presentes en el relato de las psicólogas.

Conclusiones

Luego del análisis realizado y de la revisión teórica desarrollada, se puede concluir lo siguiente:

1. A partir de los casos de estudio, se ha encontrado que existe una elección de objeto anaclítica, donde el objeto amoroso es escogido a partir de las asociaciones con otro objeto primitivo del pasado, en estos casos con un modelo de objeto amoroso violento, apuntalado desde la figura paterna agresora.
2. La presencia del sentimiento de culpa en la víctima de abuso sexual infantil se encadena a la elección de un objeto amoroso violento. Este proceso daría cuenta de la compulsión a la repetición, presente en el síntoma, como búsqueda de poder ser simbolizado. Lo cual se evidencian en la elección de objeto de los casos de estudio, donde 7 de las 9 mujeres realizan una elección de objeto amoroso violento con características similares a sus agresores, tanto en la violencia que ejercen con la víctima como en la relación que estructuran. De esta manera, se afirma que la tendencia a la repetición de la violencia, en 7 de los 9 casos trabajados, da cuenta de una formación y manifestación sintomática a través de prácticas, elecciones o búsqueda de situaciones destructivas o patológicas.
3. Freud plantea la idea de dos tipos de elección de objeto amoroso en la vida adulta. La primera la denomina "por apoyo o anaclítica" en la cual el sujeto busca a través de la elección del objeto de amor el prototipo de las figuras primordiales. A diferencia de la "elección objetal narcisista" en la cual el sujeto se busca a sí mismo como objeto de amor o algo que lo represente.
4. Varias son las definiciones que intentan precisar lo que constituye un abuso sexual infantil. Sin embargo, se ha decidido tomar la definición propuesta por el *Código de la Niñez y Adolescencia* en concordancia con la propuesta por el Ministerio de

Salud. Ambos instrumentos, definen al abuso sexual infantil como "(...) todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio" (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003/2017, p. 7). A partir de esta definición se concluye que en el abuso sexual infantil el niño o niña se encuentran en una posición vulnerable y asimétrica tanto de poder como de conocimientos, por lo cual no hay espacio para el consentimiento.

5. A partir de los casos trabajados en la investigación se han encontrado manifestaciones psíquicas predominantes en la mujer abusada sexualmente en la infancia; estas son: sentimiento de culpa, sentimientos de inferioridad, sentimientos depresivos, sentimientos autopunitivos o tendencia al autocastigo, vergüenza y normalización de la violencia. El entorno en el cual se desarrolla la víctima es determinante en cuanto a su participación en la inducción de los factores mencionados. Si el entorno culpa a la víctima y es cómplice de la violencia sexual, incidirá en el desarrollo y fortalecimiento de dichos factores.
6. A través del análisis de las entrevistas realizadas se puede concluir que el abuso sexual infantil no es un hecho *per se* que se encuentre aislado de otras dinámicas de violencia. Está constituido en su acto tanto de violencia física como psicológica, y sus consecuencias y efectos abarcan y se evidencian en los mismos campos. Tanto la violencia física como la psicológica constituyen factores de riesgo para que el acto de abuso sexual se consuma, debilitando los sentimientos y las herramientas de defensa de la víctima y agrandando el poder del agresor frente a la misma.

Recomendaciones

1. Se recomienda que tanto el COIP como el Código de la Niñez y Adolescencia brinden la misma información en cuanto a las clasificaciones y tipologías sobre el abuso sexual infantil, ya que la discordancia que existe entre ambas instituciones deriva a confusiones. El trabajo conjunto entre ambas instituciones posibilita la creación de medidas eficaces que abarque aspectos sociales, administrativos, judiciales y legislativos, con el fin de garantizar la protección y el cuidado del menor.
2. Se recomienda al Gobierno de la república del Ecuador implementar un registro de los abusos sexuales infantiles actualizados que ocurren en el país, ya que la mayoría de datos y cifras oficiales que brindan los ministerios, como otros organismos públicos, no están actualizados, lo cual dificulta la investigación de la problemática real del abuso sexual infantil. Se considera implementar una matriz actualizada por año, con cifras reales de la violencia hacia la infancia en nuestro país.
3. Se recomienda a la Facultad de Psicología incluir y promover, dentro de su plan de estudios y a través de las prácticas pre-profesionales, el manejo terapéutico de casos de violencia, entre estas la sexual, a través del trabajo multidisciplinario, con el fin de ayudar y saber direccionar, desde todos los aspectos, al sujeto que atraviesa por situaciones de maltrato.

Bibliografía

Apraez-Villamarín, G. E. (22 de junio, 2015). "Factores de riesgo de abuso sexual infantil". *Colombia Forense*, 87-94. Recuperado de https://revistas.ucc.edu.co

Beltrán, N. P. (2010). "Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil". *Pediatría atención primaria*, 12, (46).

Beltrán, N. P. (2010). "Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil". *Papeles del psicólogo*, 31 (2), 191-201.

Código de la Niñez y Adolescencia. (2003/2017). Recuperado de www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-CÓDIGO-DE-LA-NIÑEZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf

COIP. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Recuperado de http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf

Constitución de la República del Ecuador. (1998/2014). Recuperado de http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf

Cortés, D. C. y M. R. Cortés. (2015). "Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes". *Anales de Psicología*, 552-561.

Crempien, C. y V. Martínez (noviembre, 2010). "El sentimiento de vergüenza en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil. Implicancias clínicas". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (3), 237-246.

Duarte, J. C. (1999). *Malos tratos y abuso sexual infantil.* Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. y P. D. Corral (2006). Obtenido de *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia* Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/n43-44/06.pdf

Finkelhor, D. (2005). *El abuso sexual al menor. Causas y consecuencias y tratamiento psicosocial.* México: PAX MEXICO.

Freud, S. (1920/2006). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas*, XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

——. (1905/1999). *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras completas*, VII. Buenos Aires: Amorrortu.

——. (1914/ 1999). *Introducción al narcisismo*. En *Obras completas*, XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

——. (1915/2001). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas*, XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

——. (1917/1998). *23. Conferencia, Los caminos a la formación del síntoma.* En *Obras completas*, XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

——. (1921/2011). *Psicología de las masas y análisis del yo. La identificación*. En *Obras completas*, XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

——. (1923/1999). *El yo y el ello*. En *Obras completas*, XIX. Buenos Aires: Amorrurtu Editores.

——. (1924/1997). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. En *Obras completas*, XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

——. (1925/1997). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. En *Obras completas*, XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

——. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas*, XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

——. (1933/1997). *33. Conferencia. La feminidad*. En *Obras completas*, XXII. Buenos Aires: Amorrortu editores.

INEC; SENPLADES (2011). *Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. *s Noviembre 2011- 2012- v1.3*. Obtenido de http://anda.inec.gob.ec

Laplanche, J. y J. B. Pontalis. (1996/2004). *Diccionario de psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós.

Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia. (1995/2004). *Sistema de información sobre la primera infancia en América Latina*. Recuperado de http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ecuador_ley_nro_103_1995.pdf

Maldonado, M. S. (2011). Repositorio PUCE. Recuperado de *Consecuencias psicológicas, comportamentales y sexuales de la "normalización" del abuso sexual incestuoso en la víctima*, http://repositorio.puce.edu.ec

Merlyn, M. F. (2006). *La problemática del abuso sexual en niños y adolescentes.* Quito: Centro de Publicaciones PUCE.

Ministerio de Educación. (23 de marzo, 2018). *Acciones del Ministerio de Educación fomentan una cultura de denuncia en torno a casos de violencia sexual*. Recuperado de https://educacion.gob.ec/acciones-del-ministerio-de-educacion-fomentan-una-cultura-de-denuncia-en-torno-a-casos-de-violencia-sexual/

——. (27 de marzo, 2018). *Ministerio de Educación entrega a la Fiscalía nuevas denuncias de delitos sexuales*. Recuperado de https://educacion.gob.ec/ministerio-de-educacion-entrega-a-la-fiscalia-nuevas-denuncias-de-delitos-sexuales/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (junio, 2009). *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Recuperado de

http://instituciones.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas%20y%20protocolos%20de%20atencin.pdf

Naranjo, K. D. (2015). Repositorio PUCE. recuperado de *Manifestaciones del sentimiento de culpa en niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual dentro del círculo familiar*, http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10596/Disertacion%20Katherine%20Denisse%20Gallardo%20Naranjo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Observatorio Social del Ecuador. (septiembre, 2014). *La niñez y la adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos*. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/NA_Ecuador_Contemporaneo.pdf

OMS. (2014). *Nota descriptiva: maltrato infantil*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es

Perrone, R. y M. Nannini. (1997/2010). *Violencia y abusos sexuales en la familia.* Buenos Aires: Paidós.

Portillo, J. U. (2007). *SOS. Víctima de abusos sexuales.* Madrid: Ediciones Pirámide.

Terrazas, J. G. (3 de mayo, 2010). *ALTER. Revista de psicoanálisis, investigación y traducciones inéditas.* Recuperado de *Más allá del principio de placer*: https://revistaalter.com

Torregiani, M. (17 de enero, 2018). *Trabajo de investigación acerca de la elección de objeto en la obra freudiana.* Recuperado de https://nanopdf.com

UNICEF. (2 de septiembre, 1990). *Convención sobre los derechos del niño.* Recuperado de www.unicef.org/ecuador/convencion_2.pdf

——. (2014). *Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños.* Recuperado de https://www.unicef.org

——. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Recuperado de www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf

——. (mayo, 2017). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

Vanni, G., y E. Y. (9 de diciembre, 2014). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado de *El concepto de identificación en la obra de Sigmund Freud*, https://nanopdf.com/

Uribe, N. (Junio del 2010). Consideraciones psicoanalíticas sobre el abuso sexual y el maltrato infantil. *Revista FUNLAM psicología*, 1-12.

Marucco, C. (2007). Entre el Recuerdo y el Destino: la Repetición. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. 26-5*

ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA

GUÍA DE PREGUNTAS PARA TERAPEUTAS QUE HAYAN ATENDIDO CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Preguntas acerca del profesional

Edad

¿Cuánto tiempo de experiencia tiene usted atendiendo casos de abuso sexual?

¿Aproximadamente cuantos casos de abuso sexual usted atedio de Enero 2018– Agosto 2018?

Preguntas acerca de la paciente

¿Número de sesiones con la paciente?

¿Por parte de quien vivió la paciente las agresiones sexuales en su infancia?

¿Qué medidas se tomaron para parar con el abuso sexual? ¿Quién las tomo?

¿Cuáles son los sentimientos verbalizados por la paciente hacia su agresor? Explique.

En su relato ¿Cuáles eran los sentimientos y emociones que invadían a la paciente con más frecuencia durante la etapa de abuso?

¿Durante su relato, la paciente comenta haber vivido cambios en su comportamiento social a partir y durante la situación de abuso sexual?

Durante el relato ¿la paciente considera que existe una relación entre los cambios descritos anteriormente y el abuso sexual vivenciado en la infancia?

¿Durante las sesiones la paciente habló sobre su vida amorosa y como esta se vio afectada a partir del abuso sexual infantil? Explique.

¿Para la paciente cuáles considera usted que eran los factores más importantes, e influyentes al momento de elegir una pareja? Explique

En su relato. ¿La paciente describió las relaciones de pareja más significativas, la edad, el tiempo y el motivo de ruptura?

Durante las sesiones abordadas ¿La paciente refirió presencia de violencia en sus relaciones amorosas? Explique

¿La paciente comparó algunas situaciones de sus relaciones de pareja con la violencia vivida en su infancia? Explique.

Según su opinión. ¿Cuáles cree que son los factores que inciden en su paciente para permanecer en una relación violenta? Explique

¿Considera que su paciente presenta algún tipo de dificultad para renunciar a este tipo de relaciones amorosas violentas? Explique.

¿Usted considera que los episodios de abuso sexual, vivenciados por la paciente en la infancia, influyeron de alguna manera en la elección de pareja? Explique.

Anexo 2

MATRIZ DE VALIDACION

Datos del experto

Nombres: _____ Apellidos: _____ Género: _____

Profesión: _____ Último Título Obtenido: _____

Institución en Donde Trabaja: _____

Asignatura que dicta: _____

Cargo: _____ Antigüedad: _____

Título del proyecto: Relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil
Objetivo: Analizar las posibles relaciones existentes entre la elección del objeto amoroso y el abuso sexual infantil.
Instrucciones: Colocar en cada casilla el número correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan VALORACIÓN 1 inaceptable 2 deficiente 3 regular 4 bueno 5 excelente

DIMENSIONES	CRITERIO	VALORACION				
		1	2	3	4	5

Claridad en redacción	Esta formulada con lenguaje apropiado para personas de nivel de instrucción secundaria					
Ortografía	La entrevista se redacta sin faltas ortográficas					
Número de ítems	La cantidad de preguntas es la adecuada para analizar el tema de la entrevista					
Coherencia interna	La entrevista consta de una relación lógica entre las preguntas y las variables a medir					
Organización	Se observa una secuencia lógica entre cada una de las preguntas					
Objetividad	Contribuye a los objetivos de la investigación					

Carta de validación

Día_____mes _____ año_____

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido de los instrumentos de recolección de datos a ser aplicados en el estudio denominado "**Relación entre la lección de objeto amoroso y el abusos sexual infantil".**

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, y la redacción de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración.

Atentamente

Anexo 3

Formulario de Consentimiento Informado

TÍTULO DEL ESTUDIO: Relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Tamia Soledad Bedón Ontaneda; Paulina Barahona

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: Analizar las posibles relaciones existente entre la elección del objeto amoroso y el abuso sexual infantil

PROCEDIMIENTOS:

1. Se realizó la entrevista semi-estructurada con el fin de obtener la información necesaria para la investigación
2. Se realizó una validación de la entrevista por una experta en el tema.
3. Se redactó el consentimiento informado
4. Se seleccionó cinco psicólogas clínicas que hayan atendido casos de abuso sexual infantil de los cuales se pidió seleccionaran dos con mayor número de sesiones.
5. Se aplicó la entrevista semi-estructurada a cada una de las psicólogas clínicas de manera particular, con el fin de recaudar la información necesaria acerca del abuso sexual infantil y la elección de objeto amoroso.
6. Procesamiento de la información.
7. Análisis comparativo de los resultados.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este proyecto, por favor ponerse en contacto con

Tamia Soledad Bedón Ontaneda; Estudiante de la facultad de psicología de la PUCE

Núm. 0983151806-

Email: tamiasole@hotmail.com

Paulina Barahona; Tutora de la disertación

Núm. 0998955427

Email: Pbarahona@puce.edu.ec

Yo …… confirmo que he sido informado/a verbalmente sobre la investigación denominada "Relación entre la elección de objeto amoroso y el abuso sexual infantil". Aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE: _____

Cc: _____

FECHA: _____

INVESTIGADOR/A: _____

Cc: _____

FECHA: _____