



Incesto entre hermanos convivientes. Adolescentes con conductas sexuales abusivas. Importancia del marco de tratamiento

Juan Pablo Mouesca

*—En nombre del Padre del sacro universo, conjúrote
—dijo—, ¡oh lobo perverso!, a que me respondas:
¿Por qué has vuelto al mal? Contesta. Te escucho.
Los motivos del lobo. Rubén Darío*

Resumen: Se analiza el caso de un adolescente de 14 años que abusó sexualmente de su hermana de 6 años. Se describe el contexto previo a la intervención hospitalaria. Se describen antecedentes (traumas, depresión materna, aislamiento familiar, etc.). Se destaca la importancia de garantizar el resguardo y la seguridad de todos los miembros como intervención inicial. Lograr establecer un marco terapéutico puede ser difícil. Se describen las posibles motivaciones y los objetivos del tratamiento individual y familiar. Se plantean las necesidades de cuidado de los equipos que intervienen en estas situaciones.

Descriptor: Adolescencia, Abuso sexual, Incesto, Hermanos, Diagnóstico.

Introducción

El abuso sexual cometido por un adolescente es un problema serio y frecuente. Se estima que el 20% de las violaciones y entre el 30 al 50% de los abusos sexuales a niños son cometidos por menores de 18 años (Benedicto, Roncero, González 2017, Ryan 2016). El término agresor sexual juvenil (ASJ) está relacionado con la justicia y la psiquiatría e indica un menor de 18 años que ha cometido un delito con conductas sexuales abusivas.



La mirada de la Justicia Penal, está enfocada en determinar la existencia de delitos y la culpabilidad. La mirada desde la protección de derechos complementa la anterior al incluir que son por lo menos dos los que necesitan de ayuda y cuidado.

Los niños víctimas del abuso pueden sufrir daño físico y psicológico a corto plazo como miedo, culpa, vergüenza, ansiedad, depresión, problemas de aprendizaje, agresividad, conductas sexuales inadecuadas, etc. (Beitchman y Zucker, Hood, da Costa y Akman, 1991; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993). Y presentar secuelas a largo plazo como depresión, trastorno del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, somatizaciones, baja autoestima, abuso de sustancias, aislamiento social, trastornos de personalidad, dificultades en la crianza de los hijos, conductas suicidas y psicosis (Ryan, 2016; Garrote, 2018; Spataro, Mullen, Burgess, Wells y Moss, 2004). Los trastornos psicológicos consecuencia del incesto entre hermanos no difieren mucho de los producidos por el incesto del padre o del padrastro (Cyr, Wright, McDuff y Perron, 2002).

No todos los casos de abuso sexual realizado por adolescentes son judicializados e identificados como ASJ. Esto tiene que ver con la edad de imputabilidad de cada país y sobre la obligatoriedad de realizar una denuncia. En Argentina, no son punibles los menores de 16 y entre los 16 y 18 años interviene un sistema especial, la justicia penal juvenil. Los mayores de 18 años son considerados adultos. La Ley 26061, de Protección de la Infancia, exige al profesional de salud a realizar una presentación ante los casos de sospecha de abuso sexual en la infancia (ASI) a un Organismo de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (OPDNNyA), ente administrativo. El OPDNNyA puede realizar denuncia penal o solicitar que la realicen los familiares o los profesionales intervinientes. O intervenir de manera extrajudicial, que es lo que suele ocurrir en los abusos sexuales intrafamiliares entre hermanos menores de edad cuando la familia colabora con el tratamiento (Toporosi, 2018).

Entre un tercio y la mitad de los abusadores sexuales adultos (ASA) comienzan con los abusos en la adolescencia (Prentky, Harris, Frizzel et al., 2000). Esto puede dar la idea errónea de que todo ASJ será un ASA (Díaz Morfa 2003; Ryan, 2016). Suele pensarse a los ASA con una estructura de personalidad perversa y en una escasa posibilidad terapéutica (Ryan, 2016). De los ASJ solo un pequeño porcentaje desarrollará parafilias o se convertirá en ASA. En un estudio de evaluación de recidiva que incluyó 11.219 ASJ con una media de seguimiento de 5 años encontró una tasa promedio del 7% de recidiva en delitos sexuales pero un 43% de recidiva de delitos en general (Caldwell, 2010).

Comparados con los adolescentes que comenten delitos no sexuales, los ASJ tienen un menor historial delictivo, se relacionan menos con pares antisociales, tienen menos problemas con drogas. El antecedente de abuso sexual, exposición a violencia sexual, maltrato o negligencia, aislamiento social, exposición temprana a sexo o pornografía, intereses sexuales atípicos, ansiedad y baja autoestima es más frecuente en los ASJ que en los adolescentes con delitos no sexuales (Seto y Lalumiere, 2010). Existen diferencias significativas dentro de los ASJ, según la edad de las víctimas (Benedicto, Roncero y González 2017). Se define la diferencia de al menos 4 años a favor del agresor para los agresores sexuales a menores. Los ASJ a menores (ASJM) tienden a abusar de familiares o conocidos, son menos violentos para llevar a cabo los abusos y suelen hacerlo en solitario. Los ASJ a iguales o mayores (ASJI) son más violentos, suelen agredir a desconocidos, pueden hacerlo en grupo y suelen tener otras conductas delictivas no sexuales. Dentro del grupo de ASJM, se encuentran los que comenten abuso contra sus hermanos. Estos adolescentes comparados con los ASJ que abusan de niños fuera de la familia presentan mayores tasas de victimización sexual pero sobre todo de maltrato físico (Grant, Indermaur, Thornton, Stevens, Chamarette & Halse, 2009; Adler y Schutz, 1995).

El incesto entre hermanos se define como la interacción sexual entre personas que tienen uno o más padres en común (Gilbert, 1992). Varios autores plantean que es la forma más frecuente de ASI, aunque no sea la más declarada y haya poca información empírica (Gilbert, 1992; Adler y Schutz, 1995; Smith e Israel, 1987). La relación incestuosa puede ser entre hermanos de cualquier sexo, siendo la forma más frecuente de hermano a hermana; se describe un continuo en las formas de abuso que van desde manoseos (25%), sexo oral genital (18%), penetración vaginal (12%), penetración anal (6%) y combinación de las anteriores (37%) (Gilbert, 1992). En la mitad de los casos, el perpetrador hizo uso de la fuerza y en el 38% de sobornos (Gilbert, 1992). En este caso hubo manoseo, eyaculación, uso de fuerza y amenaza posterior.

Toporosi (2018) refiere, en la Ciudad de Buenos Aires, han aumentado las consultas de adolescentes con conductas sexuales abusivas (ACSA). Se prefiere este término al de ASJ. Es más preciso y evita confundir lo que se hace con lo que se es. Si bien puede darse la evolución a una psicopatía, este término es de pronóstico más abierto. Estas conductas no son sinónimo de un trastorno psicopatológico específico.

El contexto.

Los casos de ASI intrafamiliar entre hermanos. Significado de Resguardo.

Ante la sospecha de ASI, parte de la evaluación inicial es determinar el grado de riesgo en que está inmersa la víctima para tomar medidas de resguardo para protegerla. Por resguardo se entiende que la víctima no esté con contacto con el abusador a fin de evitar nuevas situaciones abusivas y pueda realizarse el diagnóstico sin coerción. Es una indicación del proceso diagnóstico asegurar el resguardo de la víctima (Irungaray, 2018a).

En los casos de ASI entre hermanos menores de edad convivientes, la situación se complejiza porque hay por lo menos dos niños o adolescentes a los que tener en cuenta en las estrategias de evaluación. El resguardo puede implicar la difícil situación que uno de los hijos no conviva con la familia. Lo que no impide que los padres sigan en contacto con él. En general, se indica que sea el abusador quien sea alojado fuera de la casa. Además, es necesario que los adultos cuidadores crean en la veracidad de la situación de ASI, sean críticos de la misma, puedan cuidar adecuadamente de la víctima, incluyendo cumplir con la medida de resguardo mientras dure la evaluación y el tratamiento de ambos. Para lograrlo se evalúa la familia ampliada y busca si algún familiar o referente afectivo puede colaborar con el cuidado de alguno de los dos. Cuando no se cuenta con ningún adulto que pueda asegurar el resguardo se informa al OPDNNyA quien evalúa la toma una medida excepcional y aloja al paciente ofensor o a ambos en hogares.

Datos filiatorios y socioeconómicos

El sujeto específico del estudio (Figura 1) se llama Luis, tiene 14 años, concurre a un secundario industrial cercano. Vive con su madre, Laura, y su hermana, Soledad. La madre, de 45 años, es empleada doméstica, soltera, estudios secundarios incompletos. Es extranjera nacionalizada. Soledad tiene 6 años, va a primer grado. El padre de Soledad no la conoce ni tiene contacto con ella. La madre no quiere dar datos de él. Luis es hijo de otra pareja de la mamá. Su padre, Vicente, vive en un país limítrofe a la Argentina, en la casa de una mujer con la que ha formado pareja. Padre e hijo no han tenido contacto y se conocieron el año anterior a la consulta. Laura tuvo sus hijos mayores con otros padres. Silvio y Norberto, de 27 y 24 años, que viven en el conurbano bonaerense. Ellos conviven con sus parejas e hijos. Además, Laura tiene otra hija de 23 años, Aracelli, que no fue criada por ella y vive en el país limítrofe citado, del que son oriundos los tres hijos mayores.

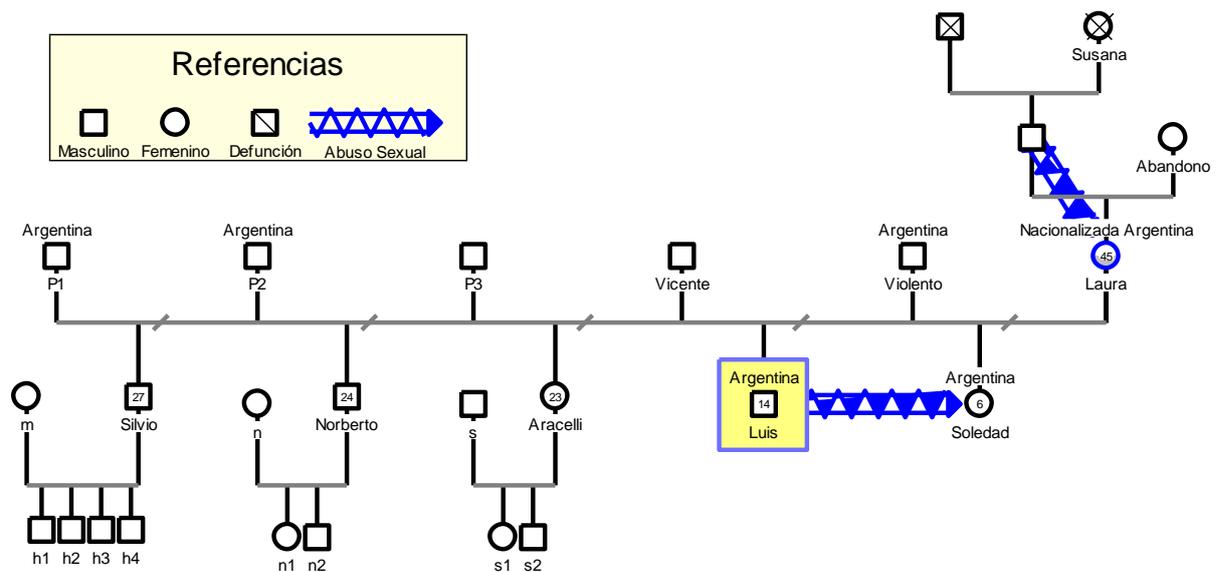


Figura 1. Genograma de Luis

La madre cobra la Asignación Universal por Hijo de Soledad y de Luis, que sumada a la remuneración por su trabajo, llega a un total que alcanza a un 68% de un salario mínimo vital y móvil. Los tres viven en una habitación de un hotel, donde la madre alquila, en un barrio de la parte sur de la Ciudad de Buenos Aires. En el hotel, el baño es compartido con otras familias. La madre duerme con la hija en la misma cama. Luis en otra cama, separada por un armario.

Contexto del caso. El abuso sexual. Cronología de la atención

El presente caso, se divide en tres etapas.

1. Etapa prehospitalaria (dura 35 días)

Soledad le refiere a su madre haber sido abusada por su hermano Luis, y ambas mujeres concurren a un Centro de Salud Comunitario (CESAC) estatal. Se realiza allí una entrevista con la madre, la pediatra y una psicóloga. Le indican la internación, ya “que carecen de red vincular externa al núcleo familiar íntimo” (informe de derivación). Se da intervención al OPDNNyA. Ingres a pediatría un hospital general, Hospital B, del que se retira sin alta. La madre vuelve al CESAC y refiere que “le negaron la internación argumentando que no había camas”, y le habrían dicho que “le iban a sacar a sus hijos y le

recomendaban que se fuera a su casa". El CESAC da aviso al OPDNNyA. En el lapso de un mes, a instancias del OPDNNyA, la familia concurre a un Servicio de Salud Mental Infantil. Allí habrían realizado varias entrevistas a los tres; no encontraron signos de trauma actual en Soledad y consideraron que la convivencia con Luis no era un peligro e indicaron continuar con tratamiento psicológico de ambos hijos en el CESAC. Debido a que la niña le relata a la madre una nueva situación abusiva vuelven al CESAC. Se comunican con una unidad especializada en Violencia Familiar, del Hospital A. La madre lleva a Soledad y ambas son internadas allí para realizar la evaluación de ASI y como resguardo ya que la familia no cuenta con familiares o conocidos que puedan quedarse con Soledad ni con Luis. Esta medida se refuerza por la reincidencia de la conducta abusiva posterior al develamiento y la falta de reconocimiento del agresor. Las dificultades en esta etapa prehospitalaria se basan en las diferentes miradas del incesto de los diversos organismos, que van desde *no es nada* hasta *debe ir preso o te van a sacar a los hijos*, la escasez de recursos familiares, la situación habitacional, la dificultad para decidir que alguno de los hijos o ambos fueran alojadas fuera del hogar de la familia.

2. Etapa hospitalaria (47 días)

En el hospital A actúa el Equipo de Interconsulta (EIC) de la Unidad de Violencia Familiar (UVF). Está formado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos pediatras especializados en maltrato infantil. Su función es evaluar el riesgo del paciente internado, avanzar en la realización del diagnóstico de maltrato mientras dure la internación y evaluar estrategias de egreso. Durante la internación, se realizan horas de juego con la niña donde ella puede contar la situación abusiva y contextualizarla. Las situaciones de ASI fueron varias, sin penetración, con manoseo y eyaculación, con uso de fuerza y amenaza posterior. La niña tiene temor de estar con su hermano. Soledad había cambiado de conducta y jugado a romper sus muñecas un tiempo antes de la develación del ASI. Con la internación, la niña se mostró más tranquila, dispuesta al diálogo y al juego. Por estos datos para el equipo tratante del hospital A queda confirmado el ASI según las normas habituales (Kelllogg, 2005; Comité de Salud Mental de la SAP, 2007; Jenny, Crawford-Jakubiak y Committee on child abuse and neglect, 2013; Berlinerblau, 2017; Baita y Moreno 2015).

Se buscan familiares que puedan cuidar de Luis para permitir el egreso hospitalario de Soledad manteniendo su resguardo. Se entrevista a los hermanos mayores. Se ofrecen a colaborar, pero no pueden alojar ni a Luis ni a Soledad. Se logra la comunicación telefónica con el padre de Luis. No puede recibir a su hijo. Luis queda solo en la habitación del hotel. Recibe visitas de su madre. Como complicación de la situación económica, la internación

de la hija dificulta el trabajo de la madre y el pago del alquiler. El dueño del hotel amenaza físicamente y exige el pago a Luis. Este se hace unos cortes superficiales en los antebrazos. Además, le habría dicho a la madre que si lo internaba en un hogar lo sacaría de allí muerto.

El OPDNNyA indica que ambos hermanos sean alojados fuera de la casa propia, en hogares diferentes. La UVF plantea que la madre ha actuado adecuadamente luego de la revelación del abuso y que la niña quiere permanecer con la madre. A los 47 días de internación de su hermana, Luis solamente es alojado en un hogar. Soledad es dada de alta y concurre con su madre al hotel. Posteriormente al egreso hospitalario, ambas son atendidas psicológicamente en el CESAC.

3. Etapa posthospitalaria (2 meses)

Luego del ingreso al Hogar, se retomó el proceso diagnóstico y terapéutico de Luis. Se indica dos veces por semana. Viene acompañado por un operador del hogar a quien se entrevista brevemente para conocer su adaptación al nuevo espacio. Continúa la asistencia al mismo colegio. Se solicita un acompañante terapéutico en el hogar (por ideas de muerte y autolesiones), que comienza a las 2 semanas del ingreso. Aparecen dificultades relacionadas con la relación de la madre con el hogar y con Luis. Surge una nueva amenaza de suicidio por una ruptura de pareja de Luis. A los 2 meses del ingreso a un hogar, Luis y la madre interrumpen la concurrencia a la UVF.

El caso

Se describe de forma resumida el diagnóstico, la etiopatogenia, las intervenciones psicoterapéuticas y la evolución siguiendo la Formulación psicodinámica de caso (FPC) (Varrela, de Souza, Miller, et al, 2014). Se ha extendido la FPC en puntos específicos de esta temática. Para una versión ampliada con viñetas clínicas ver tesis de la que se origina este trabajo (Mouesca, 2019).

A. Diagnóstico

1. Motivo de consulta

Luis es traído por su madre a la consulta por presentar conductas abusivas repetidas hacia su hermana menor. No acepta haber realizado estas conductas. Toporosi (2018) en

la primera entrevista con ACSA, les aclara que van a tratar de entender qué los llevó a hacerle a otro algo que posiblemente no les hubiera gustado que les hicieran y que quien hace algo así, seguramente lo hace desde un padecimiento propio que a veces no se registra. Da por cierto el abuso de entrada, y a la par, intenta dar confianza para abrir un espacio que sea terapéutico.

2. Experiencia subjetiva de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento

No surge de Luis el reconocimiento explícito de un sufrimiento, ni de patología, ni demanda de un tratamiento. Pero, acepta concurrir a un espacio para él. No está claro qué tipo de ayuda espera. La vivencia subjetiva de enfermedad del paciente (o su falta en este caso) confronta la visión del terapeuta. De ahí la importancia de encontrar, si hay, algún terreno común que permita establecer un vínculo terapéutico y desde allí construir juntos un espacio de trabajo (Zytner, Bernardi, Miller, Varela y Villalba, 2016). Puede empezar en un terreno común muy reducido y solo a partir de allí ir construyendo nuevas metas psicoterapéuticas. Contratransferencialmente, detrás de la actitud defensiva de Luis de que él no sufre y no necesita de nadie, se percibe la denuncia de la falta de cuidado de su madre y el anhelo latente de Luis de ser cuidado, que se acompaña de compasión en el terapeuta. Luis no tiene problemas de salud somática.

3. Diagnóstico de trastorno según CIE 10 y DSM-5

Estas clasificaciones (OMS, 1993 y AAP, 2013) definen el Trastorno negativista desafiante (TND) como un patrón persistente de enfado, irritabilidad y actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Es llamativo que la definición excluya la violencia entre hermanos. Aun sin incluir las conductas abusivas a la hermana, Luis cumple criterios para TND. Desde 1987, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría eliminó el término perversión del DSM. Desde esa fecha se denominan parafilias. Según DSM-5, Luis no cumple criterios para pedofilia.

4. Patrones de relacionamiento interpersonal

Laura refiere que no tiene diálogo con Luis, que no sabe cómo manejarlo, que no tiene forma de ponerle límites. Pone el problema en él, dice que la desafía. Luis por su parte, denuncia el alcoholismo de la madre, dudas sobre su trabajo y que ella lo obliga a cuidar

de Soledad. Hubo situaciones de violencia (discusiones, irse de la casa sin avisar, golpear la puerta, gritos, no hablarle). Ante situaciones de estrés grave, sintiéndose solo y vulnerable Luis reclama a la madre y le genera intensos sentimientos de angustia y culpa. Estos reclamos con amenaza suicida, pueden ser interpretados como pedidos de auxilio desesperados (Fernández, Basile, Pérez Barrero, 2017). También como intentos de coaccionar a la madre. Una vez instalado en el hogar ella no va a visitarlo y él lo reclama en el espacio terapéutico culpando al hogar. La violencia familiar es una interdependencia recíproca enfermiza y enfermante (García Badaraco, 2008). En la medida que los cuidadores no son capaces de ejercer las funciones parentales adecuadamente, producen en el hijo una frustración intolerable que aumenta la envidia y el sadismo e induce al sujeto a actuar con maldad. Lo intolerable se manifiesta como un desborde que a su vez pone a prueba los recursos yoicos de la madre y muestra su incapacidad de reverie. Se genera así un círculo vicioso. Luis refiere no tener vínculo con la hermana. Cree ser injustamente culpado y manifiesta rencor. Tiene vínculo con sus pares, aunque aún no tiene un grupo de pertenencia fuerte. Se muestra ofendido, enojado para no mostrarse vulnerable. Si bien en la adolescencia, los cambios en la autoestima son la regla, Luis muestra una sobrevaloración de sí mismo y a la vez no espera ser cuidado, como si no fuera valioso.

5. Los mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa que utiliza son negación, proyección, renegeación, escisión del yo, idealización, anulación y acting out. El uso que hace de ellas es inflexible y afectan su percepción de la realidad. Estas le permiten seguir eludiendo temas de conflictos como su relación con la hermana o los episodios traumáticos vividos en su infancia. Toporosi encuentra estos mecanismos de defensa en los ACSA (2018). Luis se identifica con una figura vengativa, con un lobo. Se muestra omnipotente e invulnerable. Le cuesta reconocer sus propios estados emocionales y los de los demás. Es demandante con su madre y la culpa de todo lo que le sucede. Le manifiesta ideas suicidas si ella no responde a sus demandas relacionadas con la crisis de ser internado en un hogar. Winnicott plantea las conductas antisociales como búsqueda de un amor denegado y como signo de esperanza (1956, 1967). Un modo de protegerse es poner en marcha mecanismos de autosostén que se integran al yo tempranamente, el falso self, una identidad fraguada a través de la disociación emocional. La identificación de Luis con una figura amenazante e insensible podría dar cuenta de esto.

6. *Funcionamiento mental o de la personalidad. Estructura*

Existen controversias respecto a la posibilidad de diagnosticar trastornos de la personalidad en la adolescencia. El DSM-5 y el CIE 10 advierten en contra de hacer estos diagnósticos antes de los 16 o 17 años para evitar la estigmatización social y planteando dificultades para diferenciar estos trastornos tanto de lo normal, como de una patología persistente. En cambio, el PDM2 plantea que puede establecerse la patología de la personalidad en la adolescencia y que el diagnóstico permitiría una intervención más temprana y focalizada mientras aún los jóvenes están en ambientes más estructurados y con más recursos de sostén (Malone 2017). A su vez, plantea tener en cuenta la edad, el estadio de desarrollo, la familia y el contexto que rodea al joven, antes de definir si un patrón de personalidad es lo suficientemente rígido y desadaptativo como para constituir un trastorno de personalidad. Por eso en el caso de Luis, se prefiere ser cauto antes de hablar de estructura perversa, borderline o de trastorno grave de personalidad.

Sin minimizar las consecuencias de estas conductas es necesario comprender que los adolescentes se mueven en el espacio de la inmadurez (Winnicott, 1972). El adolescente no puede hablar de lo que le pasa porque él mismo no lo sabe, no es totalmente responsable de sus actos porque la apropiación de estos se adquiere gradualmente, no hay reconocimiento claro de la alteridad, no está construida la dimensión temporal, todo es presente, no anticipa consecuencias, hay tendencia al acting por falta de subjetivación (Waserman, 2011). La comprensión de la inmadurez conlleva la necesidad de un mundo adulto contenedor.

7. *Diagnóstico de los principales conflictos intrapsíquicos*

Worling (1995) plantea varias explicaciones posibles para el incesto entre hermanos. Primero, ante el maltrato y rechazo de los padres, los niños buscan juntarse para sentir mayor cuidado y sostén. Con la pubertad, estos vínculos están en riesgo de sexualizarse. El joven, alternativamente, puede estar buscando una especie de venganza dentro de la familia por el maltrato y el rechazo que ha sufrido. El alto grado de violencia de género, de castigo físico y de patrones negativos de comunicación puede modelar la conducta y fomentar que otros familiares sean receptáculos de la violencia. Otras motivaciones tienen que ver con el antecedente de victimización sexual. El 38% de los casos de ASJM fueron abusados sexualmente en comparación con un 5% en ASJ a pares o mayores (Benedicto, 2017). Worling (1995) encontró que 20 de 32 adolescentes que abusaron de sus hermanos



habían sido abusados en comparación con 10 de 28 de los que abusaron de otros no hermanos. En el caso de Luis no se encontró este antecedente.

Sin ser excluyentes, las hipótesis sobre las motivaciones de las conductas abusivas de Luis son el acting out, el deseo de revancha y la transmisión transgeneracional de conflictividades. Según Laplanche (1996), el acting out es un acto del cual el sujeto ignora la calidad de fijado, de repetitivo y su origen. Es una acción al servicio de desconocer el deseo por ser éste amenazante, intenta dar salida al deseo, de forma simbólica al margen de lo consciente y, por tanto, destinada a no ofrecer una resolución efectiva y a repetirse. No parece que sea una pulsión sexual o la curiosidad la que motoriza sus acciones sino anular a Soledad, imponerle su poder y quedarse con Laura (Carpintero, citado por Toporosi, 2018).

En el deseo de revancha, el sujeto contabiliza injusticias, “ofendido se cree exento de responsabilidades y con derecho a punir y atormentar” (Kancyper, 1992). El resentimiento puede operar, en función antiduelo. Siendo su hermana la responsable de sus pérdidas, en la perspectiva de Luis, siente derecho a hacerle lo que quiera y evita enfrentar las fallas de su madre. El rencor le permite huir de la asunción de su responsabilidad ante los conflictos actuales (Kancyper, 2007a). No le permite dolerse por lo que no tuvo, aceptarlo y desde allí construir nuevas vinculaciones más integradas.

Varios autores plantean la trasmisión transgeneracional de problemáticas no resultas que el paciente actúa sin saber (Schützenberger, 2006; Kancyper, 1992). El antecedente de abuso sexual infantil en la madre del ACSA varón es frecuente (Kaplan, Becker y Martínez, 1990; Smith, Israel 1987, Nogueira-da Silva Costa, Fortunato-Costa, 2013). Smith e Israel (1987) encuentran en 25 casos de incesto entre hermanos que el 72% de los padres o madres habían sido abusados durante la niñez. La falta de cuidado adecuado, el abandono a temprana edad y el abuso pueden explicar las dificultades parentales de Laura. Incluso promover la repetición inconsciente de su pasado.

B. Factores Etiopatogénicos

Es difícil determinar las causas etiológicas de las psicopatologías ya que suelen darse etiologías múltiples y las consecuencias son complejas y no lineales. La determinación de estas causas dependerá del modelo teórico en que se base el observador. Las situaciones estresantes tienen la posibilidad de descarrilar el proceso de desarrollo. Luis ha vivido múltiples situaciones traumáticas en su infancia: dos veces ingresa a un hogar (una con su madre a los 7 años y otra solo a los 9 años), presencia violencia grave hacia su madre desde el año a los 4, la madre tiene dificultades para criar. Ver figura 1 y 2.

El ASI entre hermanos no es exclusivo de una determinada clase social (Smith, 1987; Gilbert, 1992). La situación económica influye en el hacinamiento y la falta de supervisión adulta por trabajo materno. Los patrones culturales de Luis aprueban las conductas machistas (Toporosi, 2018). Estas familias se caracterizan por la falta de apoyo social: escaso contacto con otros padres, con pocas relaciones afectivas (Nogueira-da Silva, Costa, Fortunato-Costa, 2013). La inmigración pudo agravar esta situación. Las autolesiones se correlacionan con dificultades en la parentalidad (Malone, 2017). En estas familias suelen coexistir otras formas menos evidentes de violencia: falta de supervisión, abandono del padre, depresión materna, violencia de género, atribución al hermano mayor de funciones de cuidado, falta de diálogo, aislamiento familiar (Nogueira-da Silva Costa, 2013). Todas presentes en este caso. Smith (1987) encuentra que la ausencia física o emocional de alguno de los padres juega un importante rol en las familias con incesto entre hermanos.

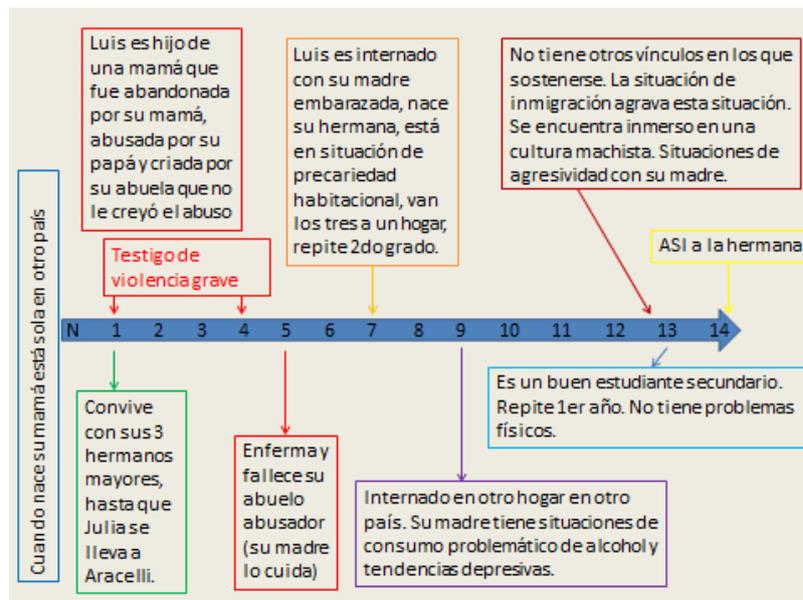


Figura 2. Línea de vida de Luis con factores de riesgo y de protección

Ser testigo de violencia de los conflictos parentales se asocia al incesto entre hermanos con coerción (Griffie, Swindell, O'Keefe, Stroebel, Beard, Kuo, Stroupe, 2016). Las conductas violentas graves de Ernesto hacia la madre (encerrarla, golpearla, amenazar con incendiarlos) presenciadas por Luis, pudieron haber generado movimientos identificatorios inadecuados.

No sabemos qué precipitó el inicio de las conductas abusivas. Luis no habla del encuentro con su padre hace un año ni de lo sucedido antes de los 8 años. La falta de supervisión de la madre, la ausencia de figuras de autoridad y el desarrollo puberal de Luis pueden

haber influido en la aparición de conductas abusivas sexuales. Los traumas de la infancia que quedaron acallados en forma caótica y latente adquieren en la adolescencia significados y efectos patógenos (Nachtraglichkeit) (Kancyper, 2007b). Hay que resaltar que, si bien el ingreso de Luis a un hogar fue un estresor agudo importante, una vez instalado allí, fue un factor protector. Una mirada a los factores protectores permite descubrir áreas donde poder apoyarse y construir. Luis es inteligente, asiste a un secundario con posible salida laboral. Tiene amigos y un estilo de vida saludable. Puede vincularse con el terapeuta incluso luego del ingreso al hogar. A nivel familiar, la madre ha establecido con el equipo del hospital una buena relación. A nivel comunitario, el OPDNNyA, el recurso del hogar y del acompañante terapéutico, el equipo especializado, la escuela, el CESAC son recursos utilizados que ofrece el estado. No es fácil encontrar lugares donde atender esta problemática de manera integral.

C. Plan terapéutico

1. Etapas de intervención. Intervenciones en crisis y marco

El foco inicial de tratamiento estuvo en lograr un marco adecuado para el tratamiento de Luis y que asegure el resguardo de su hermana. Esto implica la tarea de acompañamiento en las diferentes crisis que atraviesa Luis (crisis familiar por la develación del ASI, indicación de concurrencia a un hogar, riesgo de desalojo habitacional, amenaza del dueño del hotel, soledad). La intervención en crisis se asemeja a la intervención por guardia. Ver si hay amenaza aguda para sí o para otros, en caso afirmativo, intervenir. También, evaluar si hay un ambiente seguro, y si no lo tiene, asegurarlo. Estas intervenciones son parte del marco del tratamiento y a la vez condiciones para realizarlo. El trabajo con Luis y su madre para ingreso al hogar, indicado por el OPDNNyA, fue arduo. No exento de dudas para el equipo tratante. Sin embargo, en este caso no había otra posibilidad, no podía Soledad continuar estando internada, ni él solo en el hotel. En los casos tan complejos, las intervenciones en crisis también se repiten cada vez que durante el tratamiento se rompe el marco.

2. Psicoterapia individual, aparición de la demanda

Según de Souza (2016) los criterios de terapizabilidad son la capacidad de autopercepción, la capacidad de establecer una alianza terapéutica y la formulación de un deseo de cambio. Los dos primeros son necesarios para el inicio del proceso psicoterapéutico y el

último, da su viabilidad. En este caso, Luis no viene, es traído. Aún sin una demanda explícita de ayuda, mantiene la concurrencia, incluso en ausencia de su madre. “Estos adolescentes no han sido amparados, cuidados, protegidos, considerados como sujetos por el otro, y la transformación se producirá en la medida en que haya alguien que esté disponible para un proceso en que pueda construir confianza e intimidad, y que soporte lo que va a repetir en la transferencia sin sucumbir” dice Toporosi. El terapeuta busca crear un espacio donde Luis se sienta escuchado y aceptado y, a la par, no niegue las situaciones abusivas y traumáticas pasadas.

3. Intervención familiar

En las situaciones de maltrato infantil, más en las de abuso sexual intrafamiliar entre hermanos convivientes es necesario hacer una intervención que incluya a la familia como un todo y no solo tener en cuenta al miembro de ella que ha realizado las conductas abusivas (Nogueira-da Silva Costa, 2013) o solo a la víctima. Desde la internación de Soledad y hasta la interrupción del tratamiento de Luis, el EIC mantuvo entrevistas con la madre. Estas consultas eran espontáneas generalmente a pedido de la madre, una o dos veces por semana, en su mayoría vinculadas a situaciones emergentes. Fue necesario realizar contención emocional en repetidas ocasiones. Incluso debió ser socorrida por una hipotensión. La madre ha sufrido el abandono de su madre cuando era bebé, fue abusada por su padre y criada por su abuela paterna que no le creyó el abuso. Ella tiene una terapeuta en el CESAC y es derivada a un psiquiatra en el mismo lugar.

4. Red de apoyo de las estrategias terapéuticas

Para atender la complejidad de estos pacientes y familias se requiere que se reúnan y se pongan de acuerdo distintas disciplinas, sectores e instituciones. En el EIC hay psicólogos, trabajadores sociales y médicos que tiene que interactuar de manera que sus saberes se sumen en la comprensión de estos casos. Fuera del hospital, fue necesario articular en repetidas ocasiones las diferencias entre el CESAC, el OPDNNyA, la madre, las escuelas de Soledad y Luis, la psicóloga de la madre, el equipo de psicólogos del hogar y el equipo tratante del hospital. La estrategia terapéutica en casos de adolescentes graves requiere de la interacción frecuente y fluida entre diferentes disciplinas y organismos.

D. Evolución

Luis concurre al espacio terapéutico durante dos meses, dos veces por semana hasta la interrupción del tratamiento. Durante ese período, se logran varios cambios en su relación con su madre. Puede mostrarse vulnerable con ella, llora y la abraza. Su madre se angustia mucho por verlo en el hogar, le cuesta ir a verlo. Pide que Luis se arrepienta para ayudarlo. Con el terapeuta Luis puede conectarse y hablar de lo que siente. Puede interpelarse en relación a acciones que afectan a los demás (noviazgo). Le cuesta conectarse con su pasado doloroso. No reconoce explícitamente el ASI. Fairbairn explica la resistencia a revivir los sucesos traumáticos porque son testimonio de una relación con un objeto malo. Como, en etapas tempranas, esto es intolerable y las relaciones de objeto están basadas en la identificación, el niño prefiere ser el malo a tener objetos malos. Así muestra su deseo de tornar buenos a los objetos malos y ser recompensado con el sentimiento de seguridad. Pero este esfuerzo falla (Fairbairn en Kuitka, 2011). Luis, inconscientemente, hace un gran esfuerzo para no recordar, para defenderse de lo doloroso que sería la develación de la negligencia de su madre. Ese debería ser el trabajo analítico, trabajar los traumas infantiles y lograr su simbolización. No alcanza con revivirlo en transferencia, tiene que ponerle palabras y reestructurar su biografía (Aulanier, 1991; Kancyper, 2007b). Y así poder olvidarlo y no actuarlo. La madre retira a Luis de la escuela y no regresa a tratamiento. También se lleva a la hermana. Habrían regresado al país de origen de la madre. Luis no estaba en condiciones de alta y no podemos decir que el pronóstico haya cambiado por esta intervención. Tampoco que nada haya cambiado. La salida del espacio terapéutico de la madre y que haya sacado a sus hijos del país puede pensarse como una resistencia al cambio que mantiene la psicopatología. También como un volver a empezar, un regreso al origen, en parte ilusorio.

Conclusiones

No hay respuestas fáciles al maltrato infantil, dice Irungaray (2018b) y esta situación es un ejemplo paradigmático. La complejidad de los casos de abuso sexual entre hermanos y la dificultad para establecer estrategias protectoras queda de manifiesto en las múltiples idas y vueltas de la madre y la niña por distintos organismos en la etapa prehospitalaria. Los aspectos legales influyen en estos casos de manera importante. El CESAC realiza una presentación al OPDNNyA por sospecha de ASI. Esta intervención produjo que se pudieran tomar las medidas de internación en un hogar de Luis. No se hizo una denuncia penal. Coincidimos con ese manejo en este caso.

Establecer un marco terapéutico puede ser mucho más complejo y demorar más tiempo que en otras situaciones del consultorio. Respecto a la medida de resguardo, la salida del hogar de la víctima, del perpetrador o de ambos no es una medida aplicada universalmente. En este caso pensamos que no había otra forma de resguardar a Soledad que hacer que Luis fuera a un hogar. Si bien el objetivo principal del resguardo es cuidar a la víctima, también protege al ACSA de repetir la acción, lo cual es una forma de cuidarlo. También, de sufrir él mismo agresiones. No son pocas las situaciones donde es maltratado físicamente una vez develada su acción. En un esquema de prioridades para orientarse durante el tratamiento con adolescentes graves, la seguridad es lo primero (riesgo de suicidio, autoagresiones, abuso o negligencia), luego las amenazas de continuidad del tratamiento (inasistencias, transgresiones al marco, mentiras, ocultamiento de información importante), y finalmente los objetivos específicos a tratar (Foelsch, 2015).

En cuanto al tratamiento, los objetivos de la psicoterapia individual para ACSA son revisar sus propias experiencias traumáticas, reconocer los sentimientos que surgían al llevar a cabo los actos abusivos, reconocer los sentimientos que despertaba en la víctima, desarrollar sentimientos de empatía para con el otro, comprender las necesidades del desarrollo sexual y trabajar sobre el control de los impulsos (Irungaray, 2018b).

En los casos de ASI entre hermanos, los protagonistas están dentro de un sistema familiar fallido, que no ha podido cuidar de ambos. Implica fallas en las funciones familiares básicas, como el cumplimiento de la prohibición del incesto (Vázquez, 2001). Dada la importancia de la familia en la etiología, se requiere de una intervención familiar. Toporosi (2018) plantea la necesidad de terapia familiar y terapia individual para el adolescente y supervisiones compartidas por los profesionales de ambas modalidades en los casos de incesto entre hermanos. Una posible modificación al trabajo realizado es la incorporación de una terapia familiar con sesiones semanales preestablecidas fijadas de antemano con el objetivo de alojar las expectativas, trabajar las ansiedades que genera el cambio, elaborar los conflictos que puedan reeditarse en la situación vincular actual y, tal vez, evitar la interrupción temprana del tratamiento. Este trabajo tiene la limitación de tratarse de un caso único, algo extremo en cuanto a gravedad que no permite extrapolar conclusiones generales. Dada la heterogeneidad de los casos de ACSA, quizás la regla es analizar caso por caso.

La cantidad de recurso profesional y económico empleado para intentar resolver un caso fortalece la idea de que la inversión en prevenir la violencia sexual está muy justificada.

El trabajo con estas familias genera una gran repercusión en los diferentes profesionales y organismos intervinientes (Irungaray, 2018b). Implica aceptar que, dentro de la

familia, un miembro puede ser maltratado y otro puede ser maltratador, y que ambos necesiten ayuda diferenciada por ser menores de edad; aceptar la conflictividad de los lazos familiares y las fallas de la familia como organización social. Desmitifica la bondad del vínculo de hermandad, conocida desde Caín y Abel, pero agregado el componente sexual. Los sentimientos de temor, ansiedad, impotencia, indiferencia, desconfianza, omnipotencia, enojo y rivalidad que pueden surgir en los profesionales pueden obstaculizar la tarea (Irungaray, 2018b). Se pueden expresar en actitudes hipercríticas hacia la familia o alguno de sus miembros, ideas persecutorias, falta de empatía, actitudes salvadoras o expectativas irreales de cambio. La formación, el entrenamiento, el trabajo en equipo y la supervisión pueden ayudar a minimizar estas falencias. Es importante el compromiso de los responsables de la institución donde se atienden estas temáticas para que no sean solo unos profesionales, sino una institución quienes asumen la responsabilidad de la intervención (Irungaray, 2018b).

Tener una mirada amplia permite estrategias más integrales. No justifica bajo ningún concepto el abuso sexual, el maltrato físico y emocional de Luis a su hermana. Muestra que esa violencia está entramada en una red de violencias que si no se les presta atención se puede caer fácilmente en la idea de que Luis es intrínsecamente “malo” y, por lo tanto, debe ser apartado de la familia y la comunidad. En el epígrafe, Francisco de Asís le pregunta al lobo de Gubio, por los motivos de la repetición de una mala conducta. Y lo condena antes de escuchar la respuesta. Eso puede sucedernos. Dar espacio, no nominar aceleradamente lo que nos conmueve y horroriza puede ayudar a buscar respuestas que no sean maniqueas e intenten comprender la complejidad de lo humano.

Juan Pablo Mouesca: Médico (UBA), pediatra (UBA) y psiquiatra infantojuvenil (UBA). Especialista en psicología clínica de niños y adolescentes (IUSAM de APDEBA). Jefe de la Unidad de Violencia Familiar del Htal. de Niños P. de Elizalde del GCABA. Miembro del Comité de Familia y Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Incest between cohabiting siblings. Adolescents with abusive sexual behaviors: Importance of the therapeutic framework

Abstract: The case of a 14-year-old adolescent who sexually abused his 6-year-old sister is analyzed. The context prior to the hospital intervention is described. Antecedents (traumas, maternal depression, family isolation, etc.) are described. The importance of guaranteeing the shelter, safety and security of all members as an initial intervention is highlighted. Establishing a therapeutic framework can be difficult. Possible motivations for incest and goals of individual and family treatment are described. The care needs of the teams involved in these situations are raised.



Descriptors: Adolescence, Sexual abuse, Incest, Siblings, Diagnosis.

Incesto entre irmãos coabitantes. Adolescentes com comportamentos sexualmente abusivos: Importância do quadro de tratamento

Resumo: É analisado o caso de um adolescente de 14 anos que abusou sexualmente de sua irmã de 6 anos. Descreve-se o contexto anterior à intervenção hospitalar. Os antecedentes (traumas, depressão materna, isolamento familiar etc.) são descritos. Destaca-se a importância de garantir a abrigo, segurança e proteção de todos os membros como uma intervenção inicial. Estabelecer uma estrutura terapêutica pode ser difícil. Possíveis motivações para o incesto e os objetivos do tratamento individual e familiar são descritos. Levantam-se as necessidades de cuidado das equipes envolvidas nessas situações.

Descriptores: Adolescência, Abuso sexual, Incesto, Irmãos, Diagnóstico.

REFERENCIAS

- Adler NA, Schutz J. (1995) Sibling incest offenders. *Child Abuse Negl.* 19(7):811-9.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *DSM 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.
- Atcheson JD, Williams DC (1954). A study of juvenile sex offenders. *Am J Psychiatry*, 111(5):366-70.
- Aulanier P. (1991) Construir(se) un pasado. *Psicoanálisis Apdeba*, 13 (3): 441-468.
- Baita S, Moreno P. (2015) Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay, Fiscalía General de la Nación, Centro de Estudios Judiciales del Uruguay. Ed. UNICEF Uruguay, Montevideo.
- Beitchman JH1, Zucker KJ, Hood JE, da Costa GA, Akman D. (1991) A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 15(4):537-56.
- Benedicto C, Roncero D, González L. (2017) Agresores sexuales juveniles: tipología y perfil psicosocial en función de la edad de las víctimas. *Anuario de psicología jurídica.* 27:33-42.
- Berlinerblau V. (2017). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Buenos Aires, Ed. UNICEF Argentina.
- Caldwell MF. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 54(2):197-212.
- Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar (2007). Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Arch Argent Pediatr*; 105(4):357-367.
- Cyr M, Wright J, McDuff Pierre, Perron A (2002) Intrafamiliar sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse Negl*; 26(9): 957-73.
- de Souza L, Zytner R. (2016) La entrevista clínica y la Formulación psicodinámica de caso. En: Bernardi R, Varela B, Miller D, Zytner R, de Souza L, Oyenard R. La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica. Grupo Magro Editores, Montevideo. Pg. 78-98.
- Díaz Morfa J. (2003). Ofensores sexuales juveniles. *Estudios Juventud.* 62:93-129.
- Fernández JJ, Basile H, Pérez Barrero S (2017) Suicidio infanto juvenil: Un desafío para padres, docentes, amigos y profesionales. 1ª ed. Salerno, Buenos Aires.
- Foelsch PA, Schlüter-Müller S, Odom AE, Arena HT, Borzutzky H A, Schmeck K. (2015) Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT): una aproximación integral de la personalidad. 1ª edición. México, Editorial El Manual Moderno.
- García Badaracco, J. E. (2008). La violencia familiar es una interdependencia enfermiza y enfermante. Una forma de “disolverla” desde el psicoanálisis multifamiliar. *Laberintos de la violencia.* Buenos Aires: Lugar.
- Garrote N. (2018) Abuso sexual. En Garrote N. *Maltrato infantil: Aportes para su detección, abordaje y prevención.* Ed. Journal, Buenos Aires. Pg 73-93.
- Gilbert CM. (1992) Sibling incest: a descriptive study of family dynamics. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs.* 5(1):5-9.
- Grant J, Indermaur D, Thornton J, Stevens G, Chamarette C & Halse A. (2009) Intrafamiliar adolescent sex offenders: psychological profile and treatment. *Trends & issues in crime and criminal justice.* 375:1-6.
- Griffee K, Swindell S, O’Keefe SL, Stroebel SS, Beard KW, Kuo SY, Stroupe W. (2016) Etiological Risk Factors for Sibling Incest: Data From an Anonymous Computer-Assisted Self-Interview. *Sex Abuse.* 28(7):620-59.
- Irungaray E. (2018a). Diagnóstico integral del maltrato intrafamiliar: conceptos psicodiagnósticos. En Garrote N. *Maltrato infantil: Aportes para su detección, abordaje y prevención.* Ed. Journal, Buenos Aires. Pg189-192.
- Irungaray E. (2018b) Estrategias psicoterapéuticas ante el maltrato infantil. En: Garrote N. *Maltrato infantil: Aportes para su detección, abordaje y prevención.* Ed. Journal, Buenos Aires. Pg 215-223.
- Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on child abuse and neglect. (2013) The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics.* 132:e558-566.



- Kancyper L. (1992) La identificación reivindicatoria. En: Resentimiento y remordimiento. Estudio psicoanalítico. Ed Paidós. Buenos Aires. Pg 95-102.
- Kancyper L. (2007a) La memoria del rencor y la memoria del dolor en un adolescente adoptivo. En: Kancyper L. Adolescencia: el fin de la ingenuidad. 1ª. Edición. Buenos Aires, Lumen.
- Kancyper L. (2007b) Adolescencia y a posteriori. En: Kancyper L. Adolescencia: el fin de la ingenuidad. 1ª. Edición. Buenos Aires, Lumen. Pg 17.
- Kaplan MS, Becker JV, Martinez DF. (1990) A comparison of mothers of adolescent incest versus non-incest perpetrators. *Journal of Family Violence*. 5,209-214.
- Kellogg N. (2005) The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 116(2):506-512.
- Kendall-Tackett KA1, Williams LM, Finkelhor D. (1993) Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*.113(1):164-80.
- Kuitca ML, Irungaray ES. (2011) Violencia y abuso sexual familiar: Investigación psicoanalítica sobre la psicopatología de los vínculos. Letra viva, Buenos Aires.
- Laplanche J. (1996) Acting out. En: Diccionario de psicoanálisis / Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis: bajo la dirección de Daniel Lagache. 1ra. ed. 6ta reimpresión, 2004. Buenos Aires, Paidós. Pg5-8.
- Ley 26061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada el 28 de septiembre de 2005 y promulgada de hecho el 21 de octubre de 2005.
- Lingiardi V, McWilliams N (Ed.) *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. (2017). 2da edición. New York: The Guilford Press.
- Malone JC, Malberg NM (2017). Emerging personality patterns and syndromes in adolescence. En: Lingiardi V, McWilliams N (Ed.) *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. 2da edición. New York: The Guilford Press. Pg 323-385.
- Mouesca JP (2019) Abuso sexual entre hermanos convivientes. Formulación psicodinámica de caso de un adolescente de 14 años. Trabajo integrador final, Directora Rodríguez Quiroga de Pereira A. Recuperado 30 de julio de 2023, de <http://bibliapdeba.hopto.org/pgmedia/EDocs/2019-iusam-mouesca.pdf>
- Nogueira-da Silva Costa B, Fortunato-Costa L. (2013). Perpetrador e vítima: o adolescente que cometeu ofensa sexual. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (2): 633-645.
- Organización Mundial de la Salud (1993). Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10: Criterios diagnósticos para la Investigación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Prentky R, Harris B, Frizzel K, et al. (2000). An actuarial procedure for assessing risk in juvenile sex offenders. *Sex Abuse*. 12(2):71-93.
- Ryan, E. (2016). Juvenile sex offenders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 25: 81-97.
- Schützenberger A. (2006) La cripta y el fantasma. En: Ay, mis ancestros!: vínculos transgeneracionales, secretos de familia, síndrome de aniversario, transmisión de traumatismos y prácticas del genosociograma. 4ª ed. Buenos Aires, Omeba. Pg. 67-72.
- Seto, M. C. y Lalumiere, M. L. (2010). What is so especial about male adolescent sexual offending? A review and test explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 526-575.
- Smith H, Israel E. (1987) Sibling incest: a study of the dynamics of 25 cases. *Child Abuse Negl*. 11(1):101-8.
- Spataro J, Mullen P, Burgess P, Wells D, Moss S (2004) Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *BJP* 184:416-421.
- Toporosi S. (2018) Diferencias diagnósticas en adolescentes con conductas sexuales abusivas. En: Toporosi S. En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil. 1er ed. Buenos Aires, Topía Editorial. Pg169-198.
- Varela B, de Souza L, Miller D et al (2014) La formulación psicodinámica de caso. *Rev. Psiquiatr Urug*. 78 (2): 173-195.
- Vazquez H. Familia. En: Pronap 2001 (1). Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires.
- Waserman M. (2011) El espacio de inmadurez. En: Waserman M. Condenados a explorar. Marchas y contramarchas del crecimiento en la adolescencia. Noveduc, Buenos Aires.
- Winnicott DW. (1956) La tendencia antisocial. En: Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Paidós ibérica, Barcelona. Pg. 405-416.
- Winnicott DW. (1967) La delincuencia juvenil como signo de esperanza. En: Winnicott DW. El hogar nuestro punto de partida.: ensayos de un psicoanalista. 1ra ed. 2006. Paidós, Buenos Aires. Pg. 106-116.
- Winnicott DW. (1972) Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente y las inferencias que de ellos se desprenden en lo que respecta a la educación superior. En: Winnicott DW. Realidad y juego. Granica, Buenos Aires. Pg. 179-193.
- Worling JR (1995) Adolescent sibling-incest offenders: differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. *Child Abuse Negl*. 19(5):633-43.
- Zytner R, Bernardi R, et al. (2016) La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. En: Bernardi R, Varela B, Miller D, Zytner R, de Souza L, Oyenard R. La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica. Grupo Magro Editores, Montevideo. Pg101-117.