



**Instituto Universitario de Salud Mental**  
Especialización en Psicología Clínica de Niños y  
Adolescentes

Trabajo de Integración Final (TIF)  
2019

Abuso sexual entre hermanos convivientes.  
Formulación psicodinámica de caso de un adolescente  
de 14 años.

Alumno Dr. Juan Pablo Mouesca

Directora de TIF  
Dra. Andrea Rodríguez Quiroga de Pereira

Cursada 2016/17

# **Abuso sexual entre hermanos convivientes. Formulación psicodinámica de caso de un adolescente de 14 años.**

## **Resumen**

El abuso sexual entre hermanos menores de edad es una situación compleja. El adolescente que realiza conductas sexuales abusivas suelen ser identificado como abusador sexual juvenil. Es infrecuente que se convierta en abusadores sexuales adultos. Se prefiere el término de adolescente con conductas sexuales abusivas. Se analiza el caso de un adolescente de 14 años que abusó sexualmente de su hermana de 6 años, a través de una formulación psicodinámica de caso, conceptualización que identifica qué le pasa al paciente, porqué le pasa, cómo tratarlo y cómo evolucionó. Se describe el contexto previo a la intervención institucional en un hospital estatal pediátrico. Se describe el diagnóstico en profundidad realizado al adolescente. Se discute si puede definirse un trastorno de personalidad o una psicopatía a esta edad. Se describen los factores etiológicos: situaciones traumáticas infantiles, consumo problemático de alcohol y depresión materna, victimización sexual infantil de la madre, aislamiento familiar, cohabitación familiar, pobreza. Los focos iniciales de intervención son la intervención en crisis por el develamiento del abuso sexual, asegurar el resguardo de la hermana y el ingreso de Luis a un hogar. Luego la atención estuvo dirigida a construir una alianza terapéutica. Se analizan la evolución del tratamiento y las causas de interrupción del mismo. Se describe la intervención con la madre y se plantea la necesidad de terapia familiar en los casos de incesto entre hermanos. Se concluye que es necesario realizar una evaluación profunda familiar e individual para dar una respuesta que se adapte a cada caso. Se destaca la importancia de garantizar el resguardo y la seguridad de todos los miembros, evitando la repetición de abuso sexual, las autoagresiones y las violencias del ambiente. Establecer un marco terapéutico puede ser complejo y demorar más tiempo. La estrategia terapéutica requiere de la interacción y el diálogo entre diferentes profesionales (terapeuta individual y familiar), diferentes disciplinas (psicólogos, médicos, abogados, trabajadores sociales) y diferentes organismos (salud, justicia, organismos de protección de derechos). Se plantean las necesidades de cuidado de los equipos que intervienen en estas situaciones.

**Palabras clave:** Adolescente, Abuso sexual infantil, Incesto, Relaciones entre hermanos, Diagnóstico, Privación paterna, Relaciones padres-hijos, Delincuencia juvenil, Estudio de caso.

## Introducción

*-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*

*Aquello que se silencia en la infancia grita en la adolescencia.  
Luis Kancyper*

## Fundamentación

### Tema

A partir de la evaluación diagnóstica y el proceso terapéutico de un adolescente de 14 años que abusó sexualmente de su hermana de 6 años, se realiza una formulación psicodinámica de caso (FPC). El tema tratado por este TIF y la formulación psicodinámica de un caso permitirán dar cuenta de una modalidad de aproximación sistemática a pacientes adolescentes con conductas sexuales abusivas intrafamiliares.

### Objetivos

Objetivo general: Formular psicodinámicamente el caso de un paciente adolescente con conductas sexuales abusivas hacia su hermana, en un contexto institucional estatal.

Objetivos específicos:

1. Describir la intervención inicial en situaciones de abuso sexual intrafamiliar entre hermanos y el contexto del caso.
2. Formular diagnóstico, etiopatogenia, intervenciones psicoterapéuticas y evaluación de la evolución.

### Relevancia

El abuso sexual cometido por un adolescente es un problema serio y frecuente. La relevancia de los abusos sexuales cometidos por adolescentes ha sido establecida por varios estudios, especialmente del área de la justicia juvenil. 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) (en inglés Juvenile Sex Offenders) está relacionado con la justicia y la psiquiatría e indica un menor de 18 años que ha cometido un delito con conductas sexuales abusivas. El término comienza a usarse a mediados del siglo pasado (Atcheson y Williams 1954). 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, trastornos del sueño y la alimentación, fobias, culpa, vergüenza, ansiedad, depresión, problemas de aprendizaje, agresividad, hostilidad, conductas sexuales inadecuadas (Beitchman y Zucker, Hood, daCosta 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, obesidad, estigmatización, somatizaciones, baja autoestima, abuso de sustancias, aislamiento social, trastornos de personalidad, inestabilidad en las relaciones de pareja, 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, y por ende 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, la Ley 26061, de Protección de la Infancia exige al profesional de salud a realizar una presentación ante los casos de sospecha de ASI. Esta presentación puede realizarse a un Organismo de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (OPDNNyA), ente administrativo, y no a la justicia. 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).

El análisis de un caso de ASI entre hermanos convivientes en profundidad ayuda a ver la utilidad de la evaluación integral y caso por caso en este tipo de situaciones tan complejas. El estudio de caso único permite realizar un análisis psicodinámico profundo de los antecedentes, características personales y del contexto familiar-social. Este tipo de estudio puede proveer información útil para la investigación y para el manejo clínico (Roussos 2007).

## **Marco teórico**

### **Estado del arte**

Entre un tercio y la mitad de los abusadores sexuales adultos (ASA) suelen comenzar en la adolescencia con los abusos (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 haber un prejuicio al respecto,

y pensar siempre en una estructura de personalidad perversa en estos casos 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 de 7.08% de recidiva en delitos sexuales pero un 43.4% de recidiva de delitos en general (Caldwell 2010).

El grupo de ASJ comparado con el grupo de ASA es mucho más heterogéneo (Díaz Morfa 2003, Ryan 2016). Difieren según la víctima y las características de la ofensa y una amplia gama de otras variables, incluyendo historias de maltrato infantil, conocimiento y experiencias sexuales, funcionamiento académico y cognitivo, problemas de salud mental y actitud al tratamiento (Knight y Prentky 1993 citado por Díaz Morfa, 2003, Hillege, Brand, Mulder, Vermeiren y van Domburgh 2017). Comparados con los adolescentes que comenten delitos no sexuales, los ASJ tienen un menor historial delictivo, se relacionan en menor medida con pares antisociales, presentan menos problemas por uso de 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, entre los agresores a menores y los agresores a iguales o adultos (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 (ASJI) son más violentos, suelen agredir a desconocidos, pueden hacerlo en grupo y suelen tener otras conductas delictivas no sexuales. En el estudio de Benedicto y col. (2017) el 38% de los ASJM tenía antecedentes de ser víctimas de ASI contra el 5% de los ASJI. Dentro del grupo de ASJM, se encuentran los que comenten abuso contra sus hermanos, incesto. 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).

Estudios específicos sobre incesto entre hermanos lo definen como interacción sexual entre personas que tienen uno o más padres en común (Gilbert, 1992). Muchos autores plantean que el incesto entre hermanos es la forma más frecuente de ASI, aunque no sea la más declarada y haya poca información empírica al respecto (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). No siempre la gravedad de la conducta sexual abusiva se relaciona con la gravedad del caso. Gilbert describe que en la mitad de los casos de incesto entre hermanos, el perpetrador hizo uso de la fuerza y en el 38% de sobornos. En este caso hubo manoseo, eyaculación, uso de fuerza y amenaza posterior.

Desde el punto de vista legal, la evaluación de un ASJ requiere de un diagnóstico profundo que tenga en cuenta la etapa evolutiva, los cambios en la maduración y las características de las ofensas (incidental, transitoria o persistente, riesgo de reincidencia) dado que esta evaluación tiene implicancias en las estrategias terapéuticas y en medidas administrativas o judiciales a tomar (Salazar, Alvarez & Perez-Luco, 2016).

Toporosi (2018) refiere que en la Ciudad de Buenos Aires, han aumentado las consultas a los Servicios de Salud Mental de casos de adolescentes con conductas sexuales abusivas (ACSA). Coincidiendo con esta autora se prefiere este término al de ASJ. Este término es más preciso y evita confundir lo que se hace con lo que se es. Dado que la evolución puede ser diferente y que no forman un grupo homogéneo, llamar abusador u ofensor sexual al adolescente puede predisponer al equipo tratante al error de asociar este diagnóstico con las características de los abusadores sexuales adultos, en especial a la idea de estructura perversa o psicopatía, que suelen pensarse como situaciones inamovibles, condenadas a la repetición y sin posibilidad de tratamiento. Si bien puede darse la evolución a una psicopatía, se prefiere este término de pronóstico más abierto, especialmente en la etapa adolescente, donde característicamente se realizan grandes cambios en el armado de la identidad. Estas conductas no son sinónimo de un trastorno psicopatológico específico.

Hay pocos trabajos relacionados al abuso sexual entre hermanos desde la mirada psicoanalítica (Rank 1992, Luzes 1990). Recientemente Toporosi ha escrito un libro sobre ASI con dos capítulos sobre ACSA (2018). La bibliografía más abundante sobre esta situación es de origen anglosajón y con un sesgo hacia la intervención terapéutica o legal con foco en la evaluación de riesgo de reincidencia. Hay grupos de trabajo en Brasil sobre adolescentes con conductas sexuales abusivas (Fortunato Costa, 2011, Fortunato Costa, Ribeiro, Lôbo Junqueira, Figueiredo Falcomer Meneses & Cavalcanti Stroher 2011, Fortunato Costa, Lôbo Junqueira, Figueiredo Falcomer Meneses & Cavalcanti Stroher 2013, Nogueira-da Silva Costa & Fortunato-Costa 2013). En Mendoza, Argentina, Quiroga analiza una serie de 19 adolescentes judicializados por sospecha de ser ofensores sexuales para una evaluación psiquiátrica (2013). Todas las víctimas (8 varones, 11 mujeres) eran conocidas, 7 casos no eran familiares, 12 eran familiares (sobrinos, primos), solo un caso el abuso era sobre una hermana. Hay un estudio de caso único de un ASJ intrafamiliar

analizado con perspectiva sistémica (Nogueira 2013). En este grave caso, el niño comienza con conductas abusivas a los 7 años y éstas son sobre vecinos, primos y hermanos.

La sistematización de la información en una FPC permite ordenar y no pasar por alto aspectos importantes del caso. La FPC es una conceptualización que describe qué le pasa al paciente (diagnóstico), por qué le pasa (etiología), cómo tratarlo (tratamiento) y ver cómo evolucionó (evolución). Tiene en cuenta especialmente el desarrollo madurativo, el contexto familiar/social, la personalidad y las fortalezas del paciente, evaluando la severidad del trastorno en términos de su funcionamiento mental (Miller 2015, Varela 2014).

El trabajo con situaciones de ASI es estresante para el equipo tratante. La atención de adolescentes con conductas sexuales abusivas requiere de supervisión y contención por parte de la institución donde sea atendido (Toporosi 2018).

### **Perspectiva teórica**

El presente estudio se realiza sobre un caso de ASI intrafamiliar entre hermanos atendido por un equipo especializado en violencia familiar en un hospital pediátrico público. Esto implica una perspectiva de atención que difiere del marco habitual del consultorio del analista. La complejidad de la situación requiere de la intervención de múltiples personas y diversos organismos extrahospitalarios. El autor se ha desempeñado como parte del equipo de atención hospitalaria y como terapeuta novato del adolescente.

En este equipo se usa la definición de ASI de Kempe (1978) “como la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares” (Garrote 2018). Se prefiere esta definición a otras que incluyen que el agresor debe ser un adulto (SgROI, Porter y Blick 1982, Toporosi 2018) y aquellas donde se define que el objetivo del agresor es la propia gratificación sexual (Bleichmar 2016, Berlinerblau 2017). Estas definiciones no incluirían este caso como ASI. El caso cumple con los tres criterios clásicos de abuso: asimetría de poder, falta de consentimiento y coerción (Baita y Moreno 2015). El riesgo de no identificar estas conductas como abusivas porque no las comete un adulto o cuestionarse por el objetivo buscado por el agresor, es correr el riesgo de invisibilizar el daño que estas conductas producen. Además, identificarlas permite trabajar con la situación grave tanto con la familia como con el adolescente en este caso. Compartimos la perspectiva que amplía la mirada clásica que define a los protagonistas de una situación de ASI como “víctima-victimario” o “abusado-abusador”, porque esta terminología limita la observación del fenómeno grupal de violencia vincular, que existe en las situaciones de maltrato infantojuvenil (Kuitca y Irungaray 2011).

En especial, en los casos de ASI entre hermanos, donde los protagonistas están dentro de un sistema familiar fallido. No han podido cuidar de ambos. Esto implica fallas en las funciones familiares, nutricia-protectora (materna) y normativa (paterna).

Se toma en cuenta la perspectiva vincular y sistémica que visualiza un paciente indicado con problemas pero que estos responden, al menos en parte, a patologías que pueden existir en uno o más miembros de la familia o del sistema familiar como un todo (Minuchin 2004, Mogueillansky y Nussbaum 2013). Esto es particularmente válido en niños y adolescentes, ya que requieren del adecuado sostén familiar para su desarrollo. Una mirada ecológica que contempla lo vincular, lo familiar, lo comunitario y lo social permite una mayor comprensión de las situaciones de maltrato infantil y una mejor elección de estrategias de tratamiento (Mouesca 2016).

En este trabajo se usa principalmente la perspectiva psicodinámica. Es decir, la línea de pensamiento psicoanalítico donde las acciones y los síntomas están basados en fuerzas que actúan interiormente y de las cuales el sujeto puede no ser consciente. Se utilizan conceptos psicoanalíticos clásicos como defensas, relaciones objetales, estadios de desarrollo psicosexual. Se incorpora la concepción de Klein (1940, 1945, 1946, 1952) sobre el armado psíquico temprano, las etapas esquizoparanoide y depresiva, ansiedades tempranas y objetos parciales por su utilidad en casos de patologías graves. También los aportes de Winnicott (1956,1972) sobre la influencia del ambiente en el desarrollo de la identidad y la mirada sobre las conductas problemáticas como un pedido de ayuda. Otros autores (Fonagy 2002, Shore 1994, 2001) han complementado estas ideas con aportes de la Teoría del Apego y de la Mente siendo útiles los conceptos de autorregulación, función reflexiva o mentalización para el diagnóstico y la evaluación pronóstica de los pacientes con trastornos graves. También se toma en cuenta a autores que se han dedicado a la adolescencia como Meltzer, Plos y en nuestro medio a Knobel, Aryan y Kancyper. Se incorpora la mirada moderna del Manual de Diagnóstico Psicodinámico (Psychodynamic diagnostic manual : PDM-2 , 2017) que incluye en su segunda parte, la adolescencia.

Desde la perspectiva de la Psicología Evolutiva, se toma las diferentes etapas de la adolescencia, en los diferentes aspectos del desarrollo madurativo (cognitivo, sexual, moral, emocional, físico, etc.). En la adolescencia temprana aún no están solidificadas las normas morales de conducta (Speranza M, Midgley N. 2017a). Ya Freud planteaba que todas las perturbaciones patológicas de la sexualidad se deben a inhibiciones del desarrollo (1905).

## Metodología

### Muestra

Se estudiará el caso único de un paciente varón de 14 años, que llegó a una Unidad especializada en Violencia Familiar (UVF) de un Hospital pediátrico A, derivado por un Centro de Salud Comunitaria (CESAC) para el diagnóstico de una situación de sospecha de abuso sexual intrafamiliar.

Se considerarán como unidades de análisis para el estudio del caso único, las siguientes:

- 1) La derivación escrita del caso del CESAC al Hospital A (5 páginas).
- 2) Los registros escritos de las entrevistas realizadas a la víctima y sus familiares no convivientes que constan en la historia clínica del Hospital A.
- 3) Los registros escritos de las entrevistas con el paciente que figuran en la historia clínica (HC). La modalidad de escritura de la HC son registros textuales de lo dicho. Se realizaron 17 entrevistas. La primera en el contexto de la evaluación de abuso sexual de la hermana. Luego 5 entrevistas, enmarcadas principalmente en resolver el egreso de la internación de la hermana y la internación en un hogar del paciente, dentro del marco de estrategia de manejo institucional. El autor como miembro del equipo de interconsulta (EIC) y principal referente para el paciente. Posteriormente, se realizan 11 entrevistas, el autor como terapeuta, donde se acompaña la adaptación del paciente al hogar y se continúa el proceso diagnóstico y terapéutico.
- 4) Los registros escritos de las entrevistas realizadas a la madre del paciente por el EIC desde el ingreso de la hermana al hospital A hasta el abandono del tratamiento del paciente.

### Materiales

- 1) Se utiliza la guía de FPC de Varela (2014) creada para adultos y la guía de FPC en niños de Miller (2015). Se tomarán ambas versiones debido a la edad del paciente. No hay FPC para adolescentes hasta la fecha.
- 2) La dimensión diagnóstica adquirirá especial relevancia dada la complejidad que aporta el paciente. Incluye el motivo de consulta, la experiencia subjetiva de enfermedad, el diagnóstico del trastorno, de las relaciones interpersonales y de los conflictos, características de identidad, defensas y fantasías inconscientes y el nivel de funcionamiento mental. Se trabajará con dos manuales psicodinámicos actuales. El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia (OPD-2). Y el Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM), parte 2, Adolescencia. Este manual tiene tres ejes. Se usará el Eje MA para el diagnóstico de

funcionamiento mental, el Eje PA, para el diagnóstico de personalidad emergente y el Eje SA, para determinar el patrón sintomático y la experiencia subjetiva de enfermedad.

- 3) Se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5; APA, 2014) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10; OMS, 1993) para la evaluación psiquiátrica.

## Procedimientos

En relación a la responsabilidad profesional, se consideraron los resguardos éticos y legales pertinentes. Se consultó al Comité de Docencia del Hospital A de la Ciudad de Buenos Aires, quienes refieren que por tratarse de un caso único no requiere de la autorización expresa del Comité de Ética. Se informó a la madre del paciente y al adolescente acerca del uso de la información de la historia clínica. Tanto la madre como el paciente firmaron un consentimiento informado (asentimiento en el caso de la madre) que habilita esta presentación. A fin de asegurar la confidencialidad de los datos no se utilizan fechas, se cambiaron los nombres y no se detallan las procedencias de los miembros de la familia. No se identifica el Centro de Atención Primaria que hace el diagnóstico inicial de la situación abusiva ni los hospitales a donde es derivado el caso.

A fin de cumplimentar los objetivos:

1. Se describirá brevemente el manejo inicial de las situaciones de abuso sexual intrafamiliar y el concepto de resguardo. Se citarán los datos filiatorios y socioeconómicos familiares. Se describirá la cronología de la atención del paciente y los obstáculos presentados.
2. Se responderá a las guías de formulación psicodinámica de caso con viñetas de las entrevistas realizadas al adolescente, a fin realizar un diagnóstico exhaustivo que incluya los aspectos psicodinámicos.
3. Se describirá los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores del caso en base a las entrevistas que se mantuvieron con la madre y el paciente.
4. Se describirá las medidas iniciales de intervención en la crisis por el develamiento del ASI, el armado del marco terapéutico y los focos de intervención que se utilizaron posteriormente.
5. Se describirá la evolución del paciente durante el tiempo del proceso diagnóstico y terapéutico. Los cambios en sus manifestaciones externas y en la relación terapéutica y el posterior abandono del tratamiento. Se plantearán posibles aspectos pronósticos.

## **Análisis y elaboración del material presentado**

### **Objetivo específico uno: El contexto**

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

Los casos de sospecha de abuso sexual infantil (ASI) que son consultados a un organismo de salud son evaluados para ver el grado de riesgo en que está inmersa la víctima y para tomar medidas de resguardo. 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). La sospecha de ASI debe ser informada al Organismo de Protección de Derechos de Niños/as y Adolescentes (OPDNNyA) quien indica la evaluación del caso (Ley 26061). Esta evaluación puede ser realizada por el organismo de salud consultado o por otra instancia que el OPDNNyA determine.

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 en esta 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 que previamente albergara a ambos. Para esto 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. Parte del trabajo inicial en los casos de ASI es evaluar la familia ampliada y ver si algún familiar o vecino 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 toma una medida de abrigo y aloja al paciente ofensor o a ambos en hogares. Se intenta que el abusador y la víctima no sean atendidos en la misma institución a fin de evitar el contacto entre ellos.

#### **Datos filiatorios y socioeconómicos.**

El sujeto específico del estudio es un adolescente (Figura 1). Se llama Luis, tiene 14 años, es estudiante de una escuela secundaria industrial cercana al domicilio, cursa primer año, turno mañana, este año tiene buenas notas. Vive con su madre, Laura y su hermana, Soledad. La madre, de 45 años, es empleada doméstica, soltera, estudios secundarios incompletos. Es extranjera nacionalizada. Su hermana Soledad tiene 6 años, va a primer grado de la escuela primaria, turno tarde. 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, cuando Luis viaja a ese país con su madre y hermana. La madre con otros padres tiene hijos mayores. Silvio y Norberto, de 27 y 24 años, que viven en Argentina en sitios alejados del domicilio de ella, 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 mismo país limítrofe citado, del que son oriundos los tres hijos mayores.

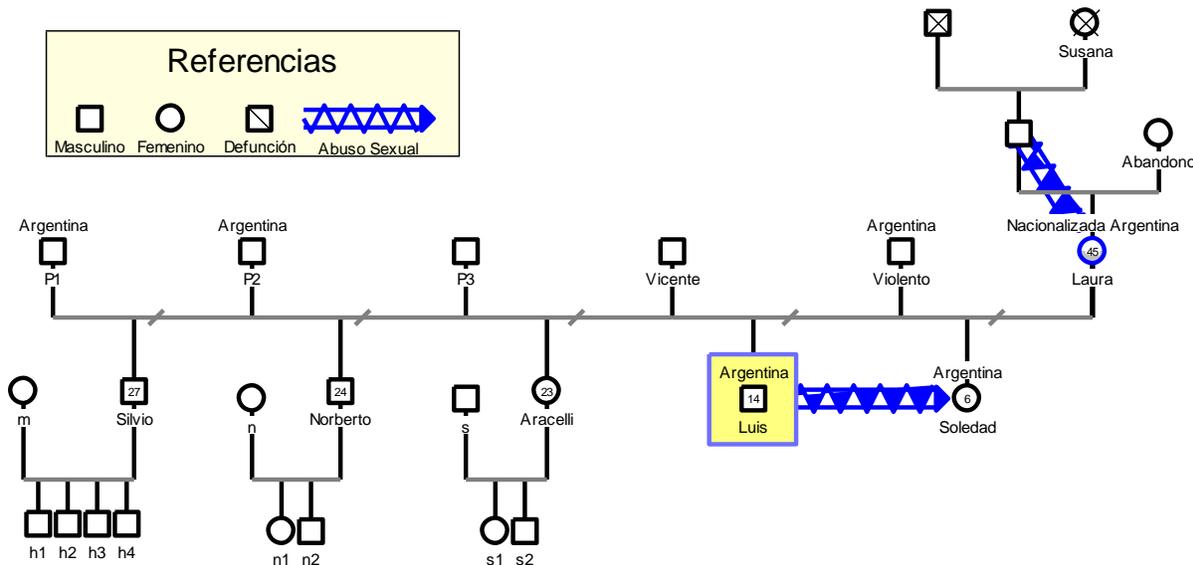


Figura 1. Genograma de Luis

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. A la primera entrevista, Luis viene acompañado por su madre, luego viene solo desde el hotel.

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

El presente caso, se inicia con la develación del abuso sexual por parte de Soledad a su madre. Se divide en tres etapas: 1) una prehospitalaria, de manejo ambulatorio con consultas a varios centros de salud y al OPDNNyA que finaliza con la repetición de la situación abusiva y la internación en el hospital A, pasan 35 días, 2) la hospitalaria, con la internación de Soledad y su madre como resguardo, caracterizada por la evaluación diagnóstica de la sospecha de ASI y la

toma de medidas por el OPDNNyA para asegurar el resguardo de manera ambulatoria, inicio de la atención de Luis, hasta su ingreso a un hogar, pasan 47 días y 3) la posthospitalaria, con la continuación del tratamiento de Luis de manera ambulatoria hasta la interrupción del tratamiento, pasan 2 meses.

### *Etapa prehospitalaria*

Soledad, de 6 años, le refiere a su madre haber sido abusada por su hermano Luis, y ambas mujeres concurren a un Centro de Salud Comunitario (CESAC), de la Ciudad de Buenos Aires. Se realiza allí una entrevista con la madre, la pediatra y una psicóloga. La niña les cuenta la situación por lo que indican su internación, debido a que “conviven en la misma habitación y que carecen de red vincular externa al núcleo familiar íntimo” (informe de derivación). Se da intervención al OPDNNyA. Ingres a la guardia de un hospital de adultos con servicio de pediatría, correspondiente al CESAC, Hospital B, del que se retira sin alta. La madre vuelve al CESAC y refiere que en el Hospital B “le negaron la internación argumentando que no había camas”, y le habrían dicho que “si se quedaba le iban a sacar a sus hijos por lo que le recomendaban que se fuera a su casa” (informe citado). El CESAC da aviso al OPDNNyA quienes citan a la familia. En el lapso de un mes, a instancias del OPDNNyA, la familia habría concurrido a un Servicio de Salud Mental de un hospital de Pediatría, Hospital C. Allí habrían realizado varias entrevistas a los tres; y la madre refiere “que no encontraron signos de trauma actual en Soledad y consideraron que la convivencia con Luis no era un peligro”, “Indicaron continuar con tratamiento psicológico de ambos hijos en el CESAC” (informe citado).

Debido a que la niña le cuenta a la madre una nueva situación abusiva vuelven al CESAC. De allí se comunican con una unidad especializada en Violencia Familiar, del Hospital A. La madre lleva a Soledad a la Guardia, y ambas son internadas para realizar la evaluación de ASI y como resguardo ya que la familia no cuenta con otros familiares o conocidos que puedan quedarse con Soledad ni con Luis, lo que impide realizar una evaluación ambulatoria. Esta medida se refuerza por la falta de reconocimiento del agresor y por la reincidencia de la conducta abusiva posterior al develamiento, lo que evidencia la falta de protección adecuada para víctima.

Las dificultades en esta etapa prehospitalaria se basan en las diferentes miradas del ASI entre hermanos 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 de los organismos para decidir que alguno de los hijos o ambos fueran alojadas fuera del hogar de la familia.

### *Etapa hospitalaria*

En el hospital A actúa el Equipo de Interconsulta (EIC) de la Unidad de Violencia Familiar (UVF). Este equipo está formado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos pediatras especializados en maltrato infantil. La función del EIC es evaluar el riesgo del paciente internado, avanzar en la realización del diagnóstico de maltrato mientras dure la internación y evaluar estrategias de egreso de la víctima. Durante la internación, se realizan horas de juego con la niña donde ella puede contar la situación abusiva y contextualizarla. La niña se angustia y se avergüenza. Las situaciones de ASI fueron varias, sin penetración, con uso de fuerza y amenaza posterior. En el informe del CESAC (pág. 1), “la madre refiere que la niña le contó mientras la bañaba que el hermano le había pegado, le tapó la boca con una frazada y que después sintió algo húmedo. Además le dijo que no dijera nada porque iba a ser peor y que él mandaba”. La niña tiene temor de estar con su hermano. La madre refiere que 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 (relato contextualizado identificando al agresor, mantenido en el tiempo, con reacción emocional acorde, con elementos de coerción y amenaza, con cambios de conductas asociados al episodio traumático y mejora conductual con la separación del agresor) para el equipo tratante del hospital A queda confirmado el ASI según las normas habituales (Kellogg, 2005, Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar, 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 mientras se realiza la evaluación de la situación, 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, vive en casa de su pareja con hijos de esta. Luis, mientras su hermana está internada junto a su madre, queda solo en la habitación del hotel. Recibe visitas de su madre y en ocasiones ella se queda a dormir allí mientras a la niña la acompaña una cuidadora hospitalaria. Como complicación de la situación económica, la internación de la hija dificulta el trabajo de la madre, lo que dificulta el pago del alquiler. Unos días antes de ingresar al hogar, el dueño de la habitación amenaza físicamente y exige el pago a Luis. Es frecuente el agravamiento de la situación económica con la develación del ASI (Toporosi 2018). Luis se hace unos cortes superficiales en los antebrazos. No consulta en ese momento al hospital. Además le habría dicho a la madre que si lo internaba en un hogar lo sacaría de allí muerto.

El OPDNNyA indica que los hermanos no vivan con la madre y ambos 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, por lo que el ingreso de la niña a un hogar sería una revictimización. Con la intervención del OPDNNyA, a los 47 días de internación de su hermana, Luis solamente es alojado en un hogar. Su hermana es dada de alta y concurre con su madre al hotel. Posteriormente al egreso hospitalario, ambas son atendidas psicológicamente en el CESAC. Las dificultades que surgen en esta etapa son las diferencias entre las estrategias de egreso planteadas por el OPDNNyA y la UVF, la conflictividad entre la madre y el OPDNNyA, la negativa inicial de Luis al ingreso al hogar, la conflictiva entre Luis y su madre, la amenaza de suicidio referida a la madre, las autolesiones, la situación económica y habitacional de la familia.

### *Etapa posthospitalaria*

Luego del ingreso al Hogar, se retomó el proceso diagnóstico y terapéutico. Luis concurre acompañado por un operador del hogar a quien se entrevista brevemente para conocer la adaptación de Luis al nuevo espacio. Se indica que Luis concorra dos veces por semana. Se mantiene la concurrencia al mismo colegio. Se solicita un acompañante terapéutico (por ideas de muerte y autolesiones), que comienza a ir a las 2 semanas del ingreso al hogar. En esta etapa, aparecen dificultades relacionadas con la relación de la madre con el hogar y con Luis. Una nueva amenaza de suicidio por una ruptura de pareja de Luis alerta a la madre, al equipo psicológico del hogar y al equipo del Hospital A.

A los 3 meses y medio del ingreso de su hermana al hospital, a los 2 meses del egreso del hospital y su ingreso a un hogar, Luis y la madre interrumpen la concurrencia a la UVF. Luego de ir al colegio a la mañana, no regresa al hogar. Se sospecha que la madre lo lleva junto con la hermana al país vecino de donde ella es originaria. Se realiza comunicación a los colegios de ambos hijos y refieren que dejan de concurrir sin haber dado una explicación. Unos compañeros de Luis habrían dicho que se encontraría en el país limítrofe ya referido. No contestan llamados a celulares. En llamado telefónico a Silvio, el hermano mayor, refiere no estar al tanto de la situación.

### **Contexto de desarrollo adolescente**

Si bien el paso por la adolescencia es un tanto desordenado y existe una gran diversidad de modos de pasar por esta etapa; hay consenso en describir fases más o menos diferenciadas (Blos, 1971). Estas fases no se determinan por la edad cronológica sino por la elaboración de las transformaciones psíquicas propias de cada fase. Al inicio de la consulta Luis tiene 14 años y 8 meses. Tiene un peso, talla y un desarrollo puberal adecuados a la edad. El PDM (Malone, 2017)

describe que la adolescencia temprana (12 a 14 años aproximadamente) se caracteriza por los importantes cambios físicos puberales y la enorme variedad de formas de enfrentarlos. Suele iniciarse la masturbación asociada a fantasías eróticas. La aparición de los caracteres sexuales secundarios lleva a una articulación más elaborada de la identidad de género. Algunos muestran malhumor y tendencias regresivas cuando se enfrentan a situaciones estresantes. Es frecuente la búsqueda de límites y los conflictos por las reglas. En la adolescencia media (15 a 16 años aproximadamente) aumenta la capacidad reflexiva y el interés por los razonamientos éticos y sobre el sentido de la vida. Hay mayor conflictividad con los padres y búsqueda de apoyo en el grupo de pares. Son características la negación de la vulnerabilidad y las situaciones de riesgo por actos impulsivos. En la medida que hay más conciencia de los deseos sexuales y de experiencias sexuales, la identidad de género se hace más clara. Las relaciones familiares juegan un rol crítico en el desarrollo de la personalidad del adolescente. Se dan cambios en la modalidad de vinculación y en su relación a la autonomía creciente del joven. Luis se encuentra terminando la fase de adolescencia temprana y entrando a la adolescencia media o propiamente dicha (Blos, 1971). No tiene un grupo determinado de pares, se reconoce como varón, se viste y actúa de ese modo, ha empezado una relación de noviazgo a distancia con una chica de la misma edad. Tiene una capacidad cognitiva normal, su desempeño en la escuela es aceptable.

En la adolescencia se dan cambios en el sentido moral. Si bien la introducción de valores y de ideales se da desde la infancia relacionado con la construcción del superyó, en la adolescencia se reelaboran y definen en base a las interacciones con el medio social (Speranza 2017a). La edad de adquisición de un determinado estadio moral, según la clasificación de Kohlberg, es muy variable (Papalia, 2009). En la adolescencia temprana los jóvenes se manejan con un razonamiento moral Preconvencional (Speranza, Midgley, 2017a). La moralidad de una acción depende del control externo. Se obedecen las reglas para alcanzar un beneficio, evitar un castigo o si responde al interés propio inmediato (Papalia, Olds y Feldman 2009). Para alcanzar el estadio moral Convencional (Estadio 3) que implica la internalización de normas morales de las figuras de autoridad, requiere comprender ideas abstractas como justicia. Esta condición es necesaria pero no suficiente, precisa además de variables del desarrollo emocional como empatía y culpa (Papalia, 2009). El pico de mayor frecuencia de alcanzar el estadio 3, se da a los 16 años (Lejarraga, 2004). La influencia ambiental es importante; los adolescentes cuyos padres tienen autoridad, son comprensivos y estimulan planteos morales tienen niveles más elevados de razonamiento moral (Eisenberg, Morris, 2004 citado en Papalia, 2009). Es esperable que Luis haya actuado sin medir las consecuencias de sus actos y que evite aceptar su autoría para evitar el castigo.

## Objetivo específico dos: El caso

Se describe el diagnóstico, la etiopatogenia, las intervenciones psicoterapéuticas y la evaluación de la evolución siguiendo la FPC. Esta formulación debe ser un resumen de 500 a 1000 palabras (ver Apéndice). Se incluye en la historia clínica, pertenece al paciente y permite a otros terapeutas estar al tanto del paciente y de la perspectiva actual (Varela B, de Souza L, Miller D et al 2014). Se ha extendido la FPC a los fines del TIF para incluir correlaciones teórico clínicas, viñetas clínicas.

### A. Diagnóstico

#### 1. *Motivo de consulta.*

En las evaluaciones de ASI se realiza una entrevista con el supuesto abusador. En este contexto, Luis es traído a la primera consulta al hospital A por su madre. Aun no se había decidido su tratamiento allí. En esta primera entrevista en el hospital, se presenta con auriculares con un buzo con la capucha puesta, las manos en los bolsillos, hace poco contacto visual. Se sienta frente al entrevistador pero de costado, se apoya contra la pared, en actitud displicente.

#### Entrevista 1 (TC) <sup>1</sup>

*Terapeuta: -¿Porque estás acá?*

*Luis: -Por lo que dijo mi hermana y yo supuestamente hice. Que yo abusé de ella. No me acuerdo la fecha. Mi hermana le contó a la doctora del centro de salud y en el Hospital (B). Me dijeron que vaya al hospital (B), mi hermana estaba con suero. Me llamó la doctora y me dijo. Yo ya no me le acerco. Yo no la quiero. Ahora menos. No hay vínculo entre hermanos. (Luis queda callado)*

*T: -¿Dónde viven?*

*L: -En un departamento. En un hotel. Es una habitación, hay un mueble que separa el lado de mi hermana y mi mamá del mío. El baño está afuera. Es para todos (queda callado).*

*T: -¿Y tu mamá?*

*L: No sé de qué trabaja. Antes iba a trabajar de 22 a 5. Trabajaba en un hotel de limpieza. Antes. Ahora no sé.*

*T: ¿Cómo te llevás con ella?*

*L:-Con mi mamá no hablo mucho. Depende de mi humor.*

*T: -¿Cambió (la relación) cuando se enteró?*

*L: -Normal. No cambió.*

---

<sup>1</sup> En las citas de las entrevistas se pone TC cuando se transcribe la entrevista completa según consta en los registros de la historia clínica, sino se refiere a fragmentos de ella. La TC no implica que sea todo lo que haya ocurrido en la entrevista, sino lo registrado en ese momento. Lo que figura entre paréntesis son agregados aclaratorios del terapeuta para su mejor comprensión en este texto, pueden ser palabras sobreentendidas, actitudes corporales o acciones que realiza el entrevistado o datos del contexto.

T: -¿En serio? (Luis no contesta).

T: -¿Y con tu hermana?

L: -La separación la puse yo. No me gusta acercarme a ella. No quiero que me mire. Odio cuando se acerca a mí. No quiero. (Levanta la voz al responder, luego se queda callado)

T: -¿Qué hacés en el día?

L: -Dibujo, escucho música. Hablo por WiFi con mis amigos. Sigo youtuber.

T: -¿Ves páginas eróticas?

L: -No. Rara vez.

T: -¿Tenés un lugar con más intimidad?

L: El armario. Su lugar (con un gesto de manos separa dos lugares). Se cambian en el baño. Yo también.

T: -¿Amigos?

L: -Uriel. No quiero que sepa. Íbamos al mismo colegio primario. (Uriel no es un compañero actual del colegio)

Luis se muestra reticente a las preguntas al inicio, su actitud corporal es de rechazo. Su enojo parece relacionado a la exposición a la que se ve sometido por la develación del ASI y ser injustamente acusado. Al finalizar la entrevista, está un poco más relajado y comunicativo.

En el informe del CESAC, donde es develado el abuso inicialmente, dice “referido a la situación de conflicto (escena de abuso) (Luis) se muestra ambiguo. Primero dice que no sabe por qué lo hizo y luego lo niega. No reconoce haber golpeado a su madre ni a su hermana. Solo una vez enojado porque su madre no lo dejaba salir pateó una puerta y la rompió. Se muestra desafectivizado en la consulta, refiere que está *frío* respecto a estos temas.” (pg.3). En la actualidad hubiera hecho cambios en el modo de entrevistar. Si bien no se había iniciado un espacio terapéutico, hubiera repreguntado más: ¿Hay alguna razón para sentir odio hacia la hermana? ¿Qué significa para él “una relación de hermanos”? Hubiera tomado el enojo, preguntado por las causas y planteado las diferencias entre lo que él dice y los demás refieren. Toporosi (2018) en la primera entrevista con ACSA, luego de que queda relatado el motivo de consulta, les aclara que no están en la comisaría ni en el juzgado, que rige el secreto profesional. 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. Esta postura da por cierto el abuso de entrada, y a la par, intenta dar confianza para abrir un espacio que sea terapéutico. Este es uno de los aprendizajes que me ha dado hacer este TIF. No es posible ingresar en estos casos a la evaluación “sin memoria y sin deseo” como plantea Bion, porque el motivo de consulta es el ASI. Tal vez deban ser diferentes equipos los que intervengan en la evaluación y en el tratamiento. Luis es visto de nuevo a los 14 días de esta primera entrevista para su atención psicológica de forma semanal.

## 2. *Experiencia subjetiva de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento.*

Como suele suceder con los adolescentes (Foelsch, Schlüter-Müller, Odom, Arena, Borzutzky y Schmeck 2015, Aryan 2009a), no es él quien solicita venir. No surge de Luis el reconocimiento explícito de un sufrimiento, ni de patología, ni demanda de un tratamiento. Pero, tanto en el CESAC como en el Hospital A, Luis acepta concurrir a un espacio para él. No está claro qué tipo de ayuda espera recibir. En el informe del CESAC, Luis dice que su vínculo con la madre no es bueno. Refiere que ella toma alcohol los fines de semana. A él le molesta que ella salga y que él tenga que cuidar a la hermana. A ella no la quiere, no sabe por qué, pero tiene resentimiento hacia ella. Los motivos de consulta implícitos de Luis son, la conflictividad con la madre y su enojo por ser acusado de abusar de la hermana. Luis expresa su odio hacia Soledad y parece tomar una actitud reivindicatoria. Hay un intento de minimizar su agresividad y la gravedad de la conflictividad familiar. Desde la perspectiva de la madre, Luis se muestra desafiante, la conflictividad con ella es crónica (gritos, imposibilidad de ponerle límites), agravada con el nacimiento de Soledad. Ella le cree a la hija, se angustia ante la repetición del ASI y siente temor por lo que Luis pudiera hacer (suicidio). En los trastornos del comportamiento, la información del paciente suele ser menos sensible para el diagnóstico que la de los padres y docentes; lo opuesto sucede en los trastornos emocionales (trastornos depresivos, ansiedad, etc.) (Rey, Dominguez Santos 2010).

La vivencia subjetiva de enfermedad del paciente (o su falta en este caso) confronta la visión del terapeuta de la misma. 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.

Los motivos de consulta son, en el área somática: no tiene enfermedad; en el área psicológica: presenta problemas de conducta y de relación con la familia, incluidas las conductas abusivas hacia la hermana; en el área social: pobreza, aislamiento familiar, falta de apoyo de familia ampliada, alcoholismo materno, ingreso a un hogar determinado por el OPDNNyA.

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

Los dos principales sistemas de clasificación de enfermedades mentales y del comportamiento, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5; APA, 2014) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10; OMS, 1993) 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. Este trastorno se caracteriza por la ausencia de conductas agresivas o antisociales más graves, que se diagnostican como un Trastorno de Conducta, antes Disocial (Quy K, Stringaris A, 2017). Según el DSM-5, aun sin incluir las conductas abusivas a la hermana, Luis cumple criterios para el Trastorno negativista desafiante (TND). A su vez, Luis no cumple criterios para Trastorno de conducta (TC), aun incluyendo las citadas conductas (Scott 2017). Hay trabajos que refieren la evolución progresiva de los TND a TC y de este último, a Trastorno de la Personalidad Antisocial (AACAP, 2007).

Desde 1987, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association) eliminó el término perversión del DSM y de la terminología psiquiátrica mundial. Desde esa fecha se denominan parafilias. Según el DSM 5, Luis no cumple criterios para pedofilia (mayores de 16 años). El desarrollo de conductas sexuales abusivas no se relaciona con ninguna psicopatología específica en la adolescencia. De ahí que el uso de los manuales DSM 5 o CIE 10 aportan poca información en estos casos, salvo referirse al pobre control de los impulsos o al TND en el caso de Luis. Se requiere de una evaluación más profunda, de una escucha de mayor apertura para determinar las motivaciones de estas conductas y realizar una evaluación más integral de la situación.

#### *4. Patrones de relacionamiento interpersonal.*

La relación de Luis con sus vínculos más cercanos, su madre y su hermana conviviente es conflictiva. Respecto a su **madre**, y por tratarse de un adolescente, es esperable que haya conflictos por la autonomía y dificultades de los padres en ver las necesidades cambiantes del hijo (Blos 1971, Knobel 1971). Pero va más allá de los conflictos esperables, Laura refiere que no tiene diálogo con él, que no sabe cómo manejarlo, que no tiene forma de ponerle límites. Él la desafía, “se escapa de casa”. Luis por su parte denuncia el alcoholismo de la madre, dudas sobre su trabajo y que ella lo obliga a cuidar de Soledad. Ante situaciones de estrés grave, sintiéndose solo y vulnerable Luis hace reclamos que generan en la madre intensos sentimientos de angustia y culpa. La madre refiere que Luis le dice “no me voy a quedar en un hogar. Si voy, me van a sacar muerto. Me voy a suicidar”. Estos reclamos de amenaza suicida, pueden ser interpretados como pedidos de auxilio desesperados (Fernández, Basile, Pérez Barrero 2017). También intentos de coaccionar a la

madre. Se explica a Luis que no es una decisión de la madre, sin embargo siempre es a ella a quien van referidas las quejas y demandas.

Con Luis en el hogar, insistimos a la madre que lo fuera a visitar a fin de sostenerlo emocionalmente. Ella inicialmente se queja de que no la dejan entrar. Hablamos con el hogar para aclarar que la madre no tiene restricción de acercamiento, al contrario. Sin desatender las reglas del hogar, pedimos que la madre pueda estar con él lo más posible. La psicóloga del hogar nos cuenta que ella no está yendo. Luis refiere al respecto (entrevista 14):

*Terapeuta: — ¿Y tu mamá?*

*L: — Tiene un día. El lunes. Un día no vino. Viene 20 minutos. Viene tarde y se tiene que ir a buscar a mi hermana. Tampoco me molesta.*

*T: — ¿Seguro?*

*L: — Sí. Me molesta que tarden en abrirle la puerta en el hogar.*

*T: — ¿Por?*

*L: — Por verla afuera.*

Luis necesita de su madre en este momento estresante, pero no puede reconocer los sentimientos que esto le genera. Esto implicaría reconocerse vulnerable y necesitado y reconocer las dificultades de ella para poder darle lo que precisa. Deriva su enojo con el hogar. Tal vez de esta forma Luis puede proyectar algo de su ansiedad ante la espera de su madre y, al poner el obstáculo en el hogar, puede mostrar algo de empatía con ella.

En la entrevista a la madre posterior al encuentro con Luis, nos cuenta de lo bien que está Soledad, “está feliz, canta, le va bien en la escuela”. También refiere que la niña ha presentado broncoespasmo y una consulta con la ginecóloga por molestia en la zona genital y flujo vulvar. Nos refiere que ella está yendo a la psicóloga del CESAC y que la han derivado al psiquiatra para que le den un tranquilizante, tiene insomnio y está muy preocupada por Luis en el hogar. Se angustia en la entrevista y comienza a sentirse mal y nos pide agua con azúcar. Al restablecerse refiere:

*Laura: — Él (Luis) no quiere estar allí. Ayer lo vi. Cada vez que voy es como irlo a ver a la cárcel. Es agobiante para mí, estresante. Lo que lo está sosteniendo es la promesa que le hice de buscarle lugar en (el país limítrofe). Cada vez que voy me pregunta. En 15 días es su cumpleaños. Yo me desespero. Ayer se largó a llorar. Me tuvieron 30 minutos esperando en la puerta.*

*T: ¿A qué hora busca a Soledad?*

*La: A las 17:00, tengo 45 minutos de viaje. Yo le prometí y él no se olvida. Esa es mi desesperación. Lo encontré mal, angustiado. Él no es de abrazarme y me abrazó. Ojos tristes. Tengo problemas con la habitación del hotel.*

*T: ¿Cuánto tiempo lo ve a L?*

*La: 30 a 45 minutos*

*T: ¿Tiene posibilidades de verlo más?*

*La: Ando a las corridas. Hubo dos veces que no pude verlo. Una por ataque de asma de Soledad. La fui a buscar al colegio. Yo le mando mensajes todo el día. Siento que estoy sola en esto. No puedo manejar mi mente. A los 20 minutos me vine porque me hace mal estar ahí (hogar de Luis). Yo necesito que él me demuestre que el sacrificio (que hago) vale la pena. Que me diga: "Eso no va a volver a pasar. Quédate tranquila." Me preocupa que no me obedezca a mí. Estoy decepcionada. Ya que sucedió, demostrame que lo lamentás, reconocé.*

*T: Usted es la madre... No es él el que la tiene que sostener a usted sino al revés.*

*La: Soledad me pidió que le escriba una carta a Luis. Me preguntó cómo está. Me dijo, vos te ponés triste cuando lo vas a ver. (Laura muestra al terapeuta la carta que le dictara Soledad donde la niña perdona al hermano, las palabras denotan influencia de la madre en lo escrito) Me preocupa (Luis). Él está con acompañante terapéutico pero de noche está solo. Lloro y me preocupa. Le dije que soy su mamá en las buenas y en las malas. No lo pude abrazar. Me dijo que se cayó de la cama y se golpeó la mano. Quisiera que le haga un chequeo de peso.*

En la relación madre hijo se detecta un reclamo de cuidado invertido, incapacidad para contenerlo adecuadamente, lo que denota un inadecuado rol parental para con Luis. Laura muestra su preferencia por Soledad y no relaciona sus síntomas físicos con posibles alteraciones emocionales, dada la situación que vive la familia y la niña en particular (¿culpa, angustia?). La madre se muestra ambivalente con las conductas de Luis y con respecto al ingreso del joven al hogar. Le exige que reconozca la situación de ASI como condición para su ayuda. Reconoce sus dificultades para contener emocionalmente a Luis, y ayudarlo a adaptarse al Hogar. Las demostraciones afectivas de Luis (llorar, querer abrazarla) no son valoradas ni correspondidas por ella. Laura es muy inestable y se descompensa emocional y físicamente. El terapeuta realiza contención a la madre para que pueda ser sostenedora a su vez de Luis y Soledad. Actualmente reforzaría esta contención llamando al terapeuta de la madre y al psiquiatra para trabajar en conjunto. Para Garcia Badaraco (2008) la violencia familiar es una interdependencia recíproca enfermiza y enfermante. En la medida que los cuidadores no son capaces de ejercer las funciones parentales adecuadamente, producen en el sujeto, por su inmadurez e indefensión, una frustración intolerable que aumenta la envidia y el sadismo e induce al sujeto a actuar sádicamente y 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 que se constituye en una experiencia repetitiva, una fijación al trauma, donde el acto violento es un acting que desafía y pone a prueba al otro. Se arma dentro del aparato psíquico una organización polarizada donde hay un amo y un esclavo y donde ambos juegan roles intercambiables. En este

sentido pueden leerse tanto la exigencia de Luis (amo) a la madre (esclavo) de sacarlo del hogar, como los actos abusivos a su hermana.

Respecto a su **hermana**, la madre refiere que “siempre le tuvo resentimiento”, “siempre hay episodios de pellizcos o hace que tropiece, le cierra la puerta en la cara”. La madre cuenta que Luis ahogó un gato cachorro que le habían regalado a Soledad. Una vecina lo vio. Él negó lo sucedido. No se repitió el hecho. Se pierden fotos y juguetes de ella, luego aparecen pedazos debajo del placar y él le echa la culpa. Luis la nombra en la entrevista 1 para referir que ella mintió, las consecuencias negativas y los sentimientos hostiles que le provoca. Luego Luis no vuelve a nombrarla ni a dibujarla (test de la familia kinética, familia animal). La perpetuación de la conflictividad entre hermanos se sostiene por conflictos personales (traumas infantiles, culpa y otros) e intersubjetivos (Kancyper 2004). Suelen haber pactos parentofiliales que permanecen actuantes y actuales.

Sus **hermanos varones** son referentes para él, sin embargo se ven poco. Su hermano Silvio dice “hace meses que no hablaba con mi madre”. Luis no quiere que sus hermanos se enteren de lo sucedido, no impresiona que tema represalias de su parte, parece no querer molestarlos. Luis dice “ellos cuidan su familia”, pueden entenderse como crítica a su padre ausente y padrastro violento. Tampoco se siente decepcionado cuando ellos no pueden ayudar a su cuidado. Cuando más adelante se le pregunta por algún momento feliz de su vida el describe cuando vivía con la madre y con ellos.

El vínculo de Luis con **sus pares**, se evaluó a través de los dichos de él mismo, de los docentes a quienes se llamó por teléfono y de los operadores del Hogar que lo traían al hospital. En la escuela refiere que tiene amigos y sale con ellos. El preceptor le dijo a la madre que era solidario con los compañeros. Cuando Luis plantea que se mudará al país limítrofe, consultan a la madre los motivos y comentan la importancia de mantener la escolaridad. Esta actitud protectora del colegio sorprende a Luis. En los días previos al ingreso al hogar, Luis tuvo problemas en el colegio y citaron a la madre. Laura comenta que uno de los profesores le dijo que se saque el auricular y él le contestó mal. Ella habla con él y este le dice que Luis está agresivo con los compañeros (entrevista 5). Luis no tiene un grupo estable de pares con los cuales se identifique o tenga lazos importantes. Esto puede relacionarse con la edad, transición entre adolescencia temprana y media.

Luis dice que tiene **novia**, Tatiana, de 15 años, la conoció en el viaje al país limítrofe. Llevan 9 meses de novios, estuvieron juntos el primer mes y se volvieron a ver a los 3 meses en un viaje que Tatiana hizo a Buenos Aires. Se comunican por chat. El noviazgo ocupa bastante de las temáticas en las entrevistas con Luis. Habla de las separaciones y reconciliaciones que la pareja

tiene a la distancia y las implicancias emocionales en Luis. En este vínculo Luis puede mostrar interés por la respuesta del otro, angustia, culpa, intención de reparación y tristeza profunda.

#### Entrevista 14

*L: — Tatiana el martes estaba fría (contacto por chat).*

*T: — ¿Fría?*

*L: — No decía mi amor. Nada. Siguió igual el miércoles y me dijo que hablaría al otro día. Me dijo el jueves que no quería salir más conmigo por la distancia. Le pregunté si terminamos y me dijo que sí. Me dijo que había empezado a sentir algo por otro. El viernes quería estar solo. Después del colegio me fui a una plaza y me quedé solo. En Pompeya con amigos del colegio, ellos fueron a jugar a la pelota. Yo me acosté y escuché música. Después me sentí un poco mejor. Volví con un amigo. Llegué a las 16:00 al hogar. Le conté a un operador.*

*Ese sábado fui a un recital en el Luna Park, de reguetón. Fue divertido.*

*T: — ¿Y Tatiana?*

*L: — Yo grabé el concierto y lo subí al estado de Whatsapp. De ahí empezó a hablarme cariñosamente. Dijo que ella tenía la habilidad de convencerme, de hacer lo que ella quiere. Y yo le dije que tal vez ya no... A las 4 de la mañana me dijo que me extrañaba. Ridículo. Que estaba confundida. No sabe lo que le pasa.*

*T: — Hacete cargo. (referido a Luis que logra que Tatiana vuelva con él)*

*L: — Después le dije que yo la extrañaba y empezamos (a salir) de vuelta.*

También en esta viñeta se ve como el poder se mezcla con el afecto (habilidad para hacer lo que ella quiera). La labilidad de las parejas en la adolescencia es la regla. Pueden servir como ensayos de formas vinculares y de laboratorio de las emociones que surgen de estos vínculos. Luis puede contar al terapeuta que se ha puesto realmente triste con la ruptura y luego que él puede manejar su ansiedad y lograr que Tatiana vuelva a elegirlo. En otras ocasiones se defiende demostrando desinterés.

#### Entrevista 16

*L: Estoy empezando a dejar de sentir amor por ella. A olvidarla no.*

*T: ¿Se puede decidir eso?*

*L: Sí y no. Si te hace mal es más fácil. Solo me di cuenta, no todo es para siempre.*

Una parte importante del proceso adolescente es aceptar la herida narcisística que implica el duelo sobre la imagen ideal, inmortal, especular y bisexual (Kancyper, 2004). En el caso de Luis, aceptar que no es eterno y que no puede perpetuarse en el otro.

El equipo de interconsulta llama al **papá** por teléfono al país limítrofe y le pide que se comunique con la madre de Luis. Luego que la madre habló con él, el EIC se vuelve a comunicar y les refiere que no puede recibirlo. Luis no lo nombra, salvo cuando se le informa la decisión de la defensoría (OPDNNyA) de que ingrese a un hogar (entrevista 5).

T: *¿Estuviste antes en un hogar? ¿A qué edad?*

L: *No hablo de eso. Tenía 9 años. Estuve 9 meses. Viajé en avión. (Mueve la pierna con nerviosismo).*

T: *¿Por?*

L: *No quiero estar cerca de mi mamá. No me gusta que ella tome. Alcohol. No quiero estar cerca de nadie. (Ofuscado. Se queda callado)*

T: *¿Qué significa eso?*

L: *No menciones a la defensoría ni a mi viejo. Me da rabia.*

Es la primera vez que Luis expresa la palabra rabia y está relacionada la sensación de abandono e impotencia.

La relación con el **equipo tratante** inicialmente es distante. Esto se expresa en la escasez de palabras, la actitud corporal retraída, el escaso contacto visual. En la entrevista 3 se le ofrece un espacio para que pueda manifestar lo que siente. Mejora el vínculo, se muestra más receptivo y comunicativo. La relación con el equipo se ve interferida en parte por las decisiones relacionadas con el resguardo de la hermana y su externación. En la entrevista 5, el terapeuta le informa de la decisión del OPDNNyA del ingreso al hogar. Luis se niega y expresa el enojo hacia sus padres. Se lo contiene y acompaña. En la entrevista 6 acepta ir. De allí en adelante el vínculo con el **terapeuta** se va consolidando, hablando más, pudiendo expresar dudas, enojos, alegrías, tristezas, chistes. Solo falta a 2 entrevistas. Contratransferencialmente, Luis genera por un lado deseos de ayudarlo y por otro ciertas dudas de que los avances en la vincularidad no sean genuinos sino una pose para obtener un beneficio. ¿Qué Luis es verdadero, el que se muestra dialogante en las sesiones, el que culpabiliza a la madre, el que se hace cortes ante el estrés o el que tiene conductas abusivas con la hermana? Si todos son aspectos reales de Luis, ¿hasta qué punto llegará en el tratamiento a integrar estas facetas si no hay reconocimiento de ellas? También Luis genera cierto impulso a confrontarlo con lo que él niega.

Respecto a su relación **consigo mismo**, si bien está en plena adolescencia y los cambios respecto a 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.

#### Entrevista 11 TC

L: *El viernes pasado tuvimos que ir a un (cumpleaños de) 15. En otro hogar, una chica cumplió y fuimos los grandes. Los de 15 (años) o más. (Había) Comida, baile, música a todo lo que da. Muchas chicas. Más de 15. Me quedé sin hacer nada.*

T: *¿Por?*

L: *Fui por la comida. No (quise) meterle los cuernos a Tatiana. (Silencio) Tengo que ir con acompañante (terapéutica). ¿No puedo salir solo?*

*T: Por ahora... (no podemos retirar los acompañantes) (Silencio).*

Luis tiene acompañante por las autolesiones y las amenazas suicidas.

*T: ¿Cómo te describirías a vos mismo?*

*L: Bipolar. Triste, feliz, enojado.*

*T: ¿Por?*

*L: (Silencio)*

*T: ¿Si tuvieras superpoderes? (la intención es que Luis pueda hablar de sí mismo, se plantea como un juego)*

*L: Ben 10 está rebueno (dibujo animado para niños). No hay que ser malo (dice con voz de nene). Jóvenes titanes (otro dibujo animado de niños con superpoderes). Spiderman, en la última película. Está con Ironman. El actor está preso por conducir ebrio. No me gusta el alcohol. El Frizzé un poco.*

Luego de jugar con la consigna, Luis habla del consumo de alcohol. El que conduce ebrio debe ir preso, sea actor de Hollywood o una madre. Algo de los valores y las normas se está tramitando.

*Estoy viendo una historia de piratas que buscan un tesoro para su nuevo rey. Frutas del diablo que te dan poderes: transformarte en cosas, duro como la roca, de goma, o un animal, o lava. El protagonista Lufi tiene fruta de goma. One piece es el tesoro. Otro personaje es Zoro, un espadachín de tres espadas. Una en la boca y una en cada mano. Es el vice del Capitán Lufi. Me gusta porque tiene apariencia aterradora pero es bueno. Tiene pelo verde. Trata de ser el mejor espadachín del mundo. Ayuda a los débiles. A los que no tienen poderes. Si tenés poder, si comés la fruta, no podés entrar al mar. Te morís, te debilita. Su hermano murió (de Zoro). Los atacó un Almirante. Al Capitán lo protegió, a su hermano no pudo. Ahí comienza a entrenar y no le gana nadie. Ahora está peleando con una pirata que no es tan fuerte. El papá de un amigo es nazi. Una vez Zoro se peleó con una chica y la intimidó: No se podía mover. Usó la espada. Le preguntó: ¿Qué harías si te encontraras con un león? Nada, no se podía mover. La cortó a la mitad. Haki (es) el poder intimidador. Hay otros.*

*T: (Valida lo que ha hablado en sesión y se avisa que llega la hora de finalizar)*

*L: No te dije que estoy triste porque no veo a mi novia.*

*T: Desde semana santa...*

*L: Sí. Hace 6 meses. Me dijo el acompañante que te contara.*

*T: Sí. Tal vez algo más te pone triste...*

*L: Sí. (No ver) A mi mamá.*

En esta historia se pueden observar las fantasías identificatorias de Luis. Él es el superhéroe pirata que con espada parte al débil que fue él y que pudo representar su hermana en el episodio abusivo. Entrenándose se convirtió en el espadachín que no le gana nadie, pero queda atrapado en esa figura aterradora en apariencia pero buena. Así, en la fantasía protegió al Capitán. Quizás su madre, a la que quiso proteger del padrastro violento. Quizás sea el padrastro violento identificándose con un rol masculino violento. Pero no pudo proteger a su hermano (hermana en su caso). El poder que elige es el de intimidar, el de paralizar y controlar al otro. Así se defiende de ser

el vulnerado. En esa sesión el terapeuta valoró lo que Luis pudo expresar, sin embargo, no se le hicieron estas interpretaciones. Quizás hoy hubiera hecho alguna intervención muy cuidadosa. En sus identificaciones, Luis no habla de padre biológico ausente ni del padrastro violento, de hecho dice que no recuerda nada antes de los 8 años. Inicialmente tiene poca conexión con su pasado y sus metas, terminar el secundario y entrar “en la marina”.

El OPD2 llama **patrones relacionales disfuncionales** cuando generan pautas relacionales fijas que no tienen en cuenta las características de los otros, generando malestar y sufrimiento en uno mismo y/o en los demás (Bernardi, 2010). Las experiencias tempranas de violencia sumadas al alcoholismo de la madre y a su escasa presencia dan a Luis la vivencia de que los otros no lo van a ayudar, no van a estar cuando él los necesita. Él reacciona a esto vivenciándose a sí mismo sobrevalorado como lo muestra en las discusiones desafiantes con su madre o en su actitud orgullosa al ingresar al hogar. Esta actitud omnipotente hace que se presente ante los otros como despreciándolos, sintiéndose con derecho a hacer lo que él quiera. Y sobre este terreno no resulta tan incomprensible que haya habido conductas abusivas hacia la hermana. Lo que induce en la madre sentimientos de impotencia, rechazo y culpa. Y en la hermana, de temor. Esto vuelve a generar en Luis la confirmación de su postura de resentimiento, la justificación de su enojo, y eventualmente conductas violentas o sádicas (Kancyper 1992). En la escuela con pares y docentes puede mostrarse diferente. Si bien no refiere vínculos profundos con pares, no está aislado. A la par que sobrevalorado, Luis no se reconoce digno de ser atendido en sus necesidades. En la relación con el terapeuta y operadores del hogar en el proceso de atención, Luis acepta ser ayudado y genera deseos genuinos de ayudarlo.

##### *5. Los mecanismos de defensa.*

Luis tiene 14 años y 8 meses, está entrando en la adolescencia media sin problemas cognitivos. Sus defensas no son adaptativas ni acordes a la etapa de desarrollo. Luis se muestra ofendido por que lo culpen a él de algo que sabe que ha realizado y que el equipo tratante conoce. Evita reconocer aspectos de su experiencia a través de mecanismos de negación y proyección. La culpa de que él esté ahí es de la hermana por haber hablado. Luis oculta sus estados negativos de culpa, debilidad y frustración devaluando a los otros, especialmente a la madre e idealizándose a él mismo, manteniendo fantasías de omnipotencia. En el dibujo de la familia animal, él se dibuja como un lobo en grande, solo la cabeza y los demás son un gorila (Norberto), un tigre (Silvio) y una leona (Laura) más pequeños y con formas parecidas a chanchos. A la hermana no la dibuja ni la nombra. Ver Apéndice Gráfico 4.

## Entrevista 9

*L: Mi mamá, aparte del pelo, se autodenomina leona por ser tan fuerte y poder sola. Un día estábamos todos viendo Animal Planet y mi hermano Norberto dijo ahí está Luis, era un mono. Mi imaginación es media fea. Salió medio feo (el dibujo). Norberto es el gorila. Y Silvio no sé, un tigre. Y yo un lobo (copia lobo de una imagen del celular). Además de ser relindos son recaníbales.*

*T: ¿Caníbales?*

*L: Se comen otros animales.*

*T: Caníbales son los que se comen a otras personas, sería a otros lobos...*

*L: Carnívoros. De chiquitos son supertiernos. Piel resuavecita. ¿Qué son las cataratas?*

*T: ¿Por?*

*L: Un compañero tiene y no sabía que era. Me salió medio enojado (sigue dibujando el lobo). Parece más un gato. Como si una persona se hubiera puesto el disfraz de un gato.*

En esta viñeta Luis muestra su relación con su mamá, ella le dice que es leona, puede sola y es fuerte. Pero Luis lo desmiente dibujándola pequeña, una parte de él sabe que su madre no es tan poderosa. Dice “se autodenomina” y no que “es” una leona. Norberto ve a Luis como mono, Luis siente la crítica y se la devuelve haciéndolo gorila. El prefiere identificarse con un animal agresivo, con un lobo. Un animal adulto, siendo él adolescente en pasaje a la adultez, que de niño pudo ser tierno pero no ahora. Es significativa la confusión entre caníbal y carnívoro. Que puede relacionarse con la pauta cultural de no comer a los de la propia especie, como no se puede tener relaciones sexuales con los de la propia familia. Cuando el terapeuta sin interpretársela se la señala, él cambia de tema preguntando por cataratas, para que no sea vista. Pero puede reconocer la emoción que lo mueve, el enojo. El disfraz puede mostrar la intención de esconder los sentimientos que motivaron sus conductas abusivas. También dice algo de lo que le pasa cuando dice que su imaginación es muy fea, al no poder dibujar bien y prefiere copiar una imagen del celular. Actualmente le hubiera preguntado sobre las cosas feas que se imagina y las hubiera diferenciado de lo que él es. Copiar una imagen plana de un lobo del celular puede verse como sostener una identidad preestablecida, sin creatividad, sin el riesgo de mostrarse. Kancyper (2004) plantea la necesidad de un proceso de desidealización, de retiro de la investidura (maravillosa u ominosa) sobre el objeto sobrevalorado (positiva o negativamente) y sobre la omnipotencia del yo. Para ello se requiere de la función trófica del odio, de desligadura. Pero que puede perderse cuando la agresividad, se convierte en destructividad. Esto acontece cuando el odio se fusiona con el componente sádico de la libido que tiende a un establecimiento repetitivo de agresión tanática. Sin la ruptura del espejo de inmortalidad propia y de los otros se elaboraran autoimágenes narcisísticas carentes de relieve.

Es llamativa la omisión que hace Luis de su hermana. Como en la anulación, sabe que existe pero hace como si no. Se infiere que Luis odia a su hermana proyectando en ella todos sus aspectos negativos y tomándola como causante de todas sus desgracias. Liberándose de la culpa y del tener que hacerse cargo de sus conductas. Luis parece no tener conflicto con lo que hizo, ni sentir angustia por lo que generó esa conducta en la familia y en su hermana. Parecería que los mecanismos de defensa renegación y escisión del yo fueran los mecanismos predominantes. Por escisión del yo, Freud designa la coexistencia dentro del yo de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior, en cuanto ésta contradice la exigencia pulsional. Una parte da cuenta de la realidad y la otra la niega y la reemplaza por una realidad de deseo. Ambas coexisten sin influirse mutuamente (Laplanche 1996a). En Luis conviven la idea de que el abuso, eliminar a la hermana sometiéndola, es una conducta correcta pero castigada socialmente, en este sentido da cuenta de la realidad y por otro lado, niega la angustia o el conflicto que le produce el hecho y lo vuelve a repetir. En cuanto a la renegación Luis niega que haya abusado de Soledad. Asumir esa conducta le generaría un efecto traumático del que se defiende haciendo como si no hubiera pasado (Laplanche 1996b). Toporosi encuentra estos mecanismos de defensa en los ACSA (2018).

Las conductas abusivas pueden pensarse como acting out, dado su carácter repetitivo aún después de la develación. Según Laplanche (1996c) un acto del cual el sujeto ignora la calidad de fijado, de repetitivo y su origen. Por tanto no es cualquier acción, sino aquella que, estando al servicio de la defensa (o sea, de desconocer el deseo por ser amenazante), intenta dar salida al deseo, manifestándola de forma simbólica al margen de lo consciente y, por tanto, destinada a no ofrecer una resolución efectiva y a repetirse. En este caso no parece que sea una pulsión sexual o la curiosidad la que motoriza estas acciones de Luis sino un deseo de venganza o el odio, de anular a Soledad, de imponerle su poder y quedarse con Laura (Carpintero, citado por Toporosi, 2018). Ante situaciones de estrés Luis responde produciéndose cortes en los antebrazos. También pueden ser tomados como defensas basadas en la acción.

Los mecanismos de defensa no son estáticos sino procesos dinámicos, van cambiando a lo largo del desarrollo, de defensas más inmaduras a defensas de mayor nivel adaptativo, que mejoren la interacción de la persona con el entorno (Varela 2016, Speranza 2017). En la adolescencia temprana (12 a 14 años) hay tendencia al uso de defensas inmaduras y neuróticas (como negación, renegación, proyección y represión). Esto hace que los adolescentes tempranos sean egocéntricos y sensibles a los sostenes externos (pares, familia) sobre los que ellos se apoyan (Speranza 2017). Luis está terminando esta etapa. Los mecanismos de defensa que utiliza son negación, proyección, renegación, escisión del yo, idealización, anulación, acting out. El uso que hace de estas defensas 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.

#### *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. El CIE 10 sugiere que rara vez se pueda diagnosticar antes de los 16 o 17 años y el DSM5 lo limita hasta los 18 años. Parte de los recaudos se basa en evitar la estigmatización social y en las dificultades de diferenciar estos trastornos tanto de lo normal en un período “tormentoso” de la vida, como de una patología persistente. En cambio el PDM2 plantea que hay suficiente evidencia empírica de que la patología de la personalidad en la adolescencia puede diferenciarse, tanto de la psicopatología, como del desarrollo normal (Malone 2017). Y que el diagnóstico permitiría una intervención más temprana y focalizada en la patología de la personalidad mientras aún los jóvenes están en ambientes más estructurados y con más recursos de sostén. A su vez, el PDM2 plantea que hay que tener en cuenta especialmente la edad y su 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. Otro diagnóstico diferencial es la difusión de identidad (Foelsch 2015). Esta se describe como la falta de integración del concepto de sí mismo y de los otros significativos que impide que el terapeuta se forme una imagen de la visión que el paciente tiene de sí mismo o de las otras personas importantes. Este constructo teórico subyace en la perturbación de identidad que se observa en el trastorno límite de personalidad. En Luis más que difusión de identidad, por el contrario, parece haber una consolidación prematura de una imagen propia como un personaje insensible, con poder intimidatorio, en actitud reivindicatoria, como el personaje de manga, Zoro, que él describe. O el lobo. En la adolescencia media, el sentido de identidad suele ser cambiante y estar influenciado por las elecciones grupales (Meltzer y Harris 1998a, Blos 1971). Para Meltzer (1998a) el desarrollo y la evolución de la estructura interna del adolescente se produce por el movimiento entre cuatro estados mentales, él los llama comunidades (del mundo adulto, del mundo de los niños, de los adolescentes y del individuo aislado). Lo esperable es el constante movimiento entre estos diferentes estados mentales pero en el caso de Luis, se observa que suele manejarse como un individuo aislado que se ha hecho solo. Esta categoría tiene mayor de riesgo de psicopatología severa (Meltzer 1998b). Un punto esencial en estas personas es la caída de la idealización de los padres y la incapacidad de reconstruir esta idealización en actividades sociales. Luis parece estar fijado a esta identificación con características sádicas a modo defensivo. Su

mirada positiva de la insensibilidad y de la agresividad se puede relacionar con evitar el sufrimiento de asumir las situaciones traumáticas vividas.

Sin minimizar las consecuencias de estas conductas es necesario comprender que los adolescentes se mueven en el espacio de la inmadurez (Winnicott 1972). Waserman (2011) lo describe así. 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 los actos se adquiere gradualmente, no hay reconocimiento claro de la alteridad, no hay límite claro yo-no yo (podría verse en la relación abusiva donde él es victimario y víctima, su hermana víctima en reemplazo de él, su madre maltratada y maltratadora), hay predominio de identificaciones miméticas (en Luis, con su padrastro violento), no está construida la dimensión temporal, todo es presente, no anticipa consecuencias, la agresión y la culpa tiene una gran presencia, hay tendencia al acting por falta de subjetivación. La comprensión de la inmadurez lleva a la necesidad de una puesta de límites sin violencia que requiere de un mundo adulto maduro.

#### *7. Diagnóstico de los principales conflictos intrapsíquicos.*

En el poco tiempo de trabajo, se puede decir que el principal conflicto de Luis está en el patrón de **Sumisión versus el control**, en modo activo (OPD2), manifestadas en las conductas agresivo dominantes que manifestó en sus conflictos (discusiones, irse de la casa sin avisar, golpear la puerta, gritos, no hablarle). Se infiere una posición de impotencia de ella respecto a Luis. Los problemas de conducta podrían expresar una búsqueda inconsciente de castigo u operar a modo defensivo para evitar la elaboración del complejo de Edipo. En este sentido, estas conductas permiten escapar del deseo incestuoso con la madre. Kaplan (1991) describe entre las formas de huir de ese deseo la fuga, la rebeldía y las conductas autodestructivas.

Worling (1995) plantea varias explicaciones posibles para abuso sexual a un hermano menor por un adolescente varón. Primero, ante el maltrato y rechazo de los padres, los niños buscan juntarse para sentir mayor cuidado y sostén. Con la pubertad, estos individuos están en riesgo de sexualizar los vínculos con sus hermanos. Alternativamente, pueden estar buscando una especie de venganza dentro de la familia por el maltrato y el rechazo que ellos han sufrido. El alto grado de violencia conyugal, 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. Los niños abusados tienen más conductas sexualizadas. Sin embargo, la mayoría de los niños víctimas de abuso sexual no son subsecuentemente ofensores sexuales de sus hermanos.

En el caso de Luis, las hipótesis sobre las motivaciones de las conductas abusivas son el acting out, ya referido, la transmisión transgeneracional de conflictividades, que veremos más adelante y el deseo de revancha. El sujeto resentido contabiliza injusticias, “ofendido se cree exento de responsabilidades y con derecho a punir y atormentar”, dice Kancyper (1992). Siendo su hermana la responsable de sus pérdidas, en la perspectiva de Luis, él siente derecho a hacerle lo que quiera. El resentimiento puede operar como defensa, en función antiduelo (Kancyper) para evitar admitir la pérdida y falencias reales del objeto. Depositar la responsabilidad en su hermana evita enfrentar las fallas de su madre. La memoria del rencor le permite huir del enfrentamiento y la asunción de la propia responsabilidad ante los conflictos actuales (Kancyper 2007). No le permite dolerse por lo que no tuvo, aceptarlo y desde allí construir nuevas vinculaciones más integradas.

Winnicott plantea las conductas antisociales como búsqueda de un amor denegado y como signo de esperanza (1956, 1967). La búsqueda se da porque sabe que el amor existe, lo tuvo y lo perdió, pero lo necesita. La manifestación del odio que le genera el amor denegado es la destructividad, algo que genera molestia en los padres y la sociedad. En este sentido, la conducta antisocial puede ser una forma inadecuada de pedir ayuda, de buscar una potencial reparación y recuperación. Cuesta decir que la conducta abusiva de Luis pueda ser esperanzadora. Requiere de un ambiente que pueda atender a las necesidades del Yo, hasta que el paciente pueda introyectar figuras con función normativa y mantenerlas. Winnicott ve el trauma como una dependencia infantil fallida. Se quiebra la idealización del objeto por el odio ante la falla del mismo en su función. Un modo de protegerse de lo traumático del ambiente es poner en marcha mecanismos de autosostén que se integran al yo tempranamente. El falso self es una identidad fraguada por las fallas del ambiente a través de la disociación emocional. La identificación de Luis con una figura amenazante e insensible podría dar cuenta de esto.

## **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. Armar la historia familiar y personal del paciente y el genograma permite comprender mejor la trama que hace que este paciente y esta familia estén en la situación que están. Ver figura 1. Esto es parte de la evaluación diagnóstica de cualquier niño o adolescente y es de utilidad para entender la patología y encarar el tratamiento (Oliver, 2007). Usaremos el Esquema de las 4 P para organizar la presentación del paciente en

factores Predisponentes, Precipitantes, Perpetuadores y Protectores (Henderson y Martin, 2016, Oyenard, 2016).

### 1. Factores predisponentes.

Luis nace cuando su madre está sola en Buenos Aires. Sus tres hermanos mayores están en su país de origen con Julia, la madrina Araceli. Luego la familia se reúne hasta el año de vida de Luis, que Julia se lleva a Araceli y Laura conoce a Ernesto, una persona muy violenta. Los hijos mayores arman pareja y se van. Luis presencia varios episodios donde Ernesto lastima a la madre, incluso quiso quemarlos dentro de la habitación. Conviven tres años, luego se ven intermitentemente y queda embarazada. A 6 meses de gesta, se interna con Luis, de 7 años, en el hospital hasta el parto de Soledad. Interviene el Servicio Social y a los 15 días, los tres van tres meses en un hogar por estar en situación de calle. Luis pierde el año escolar. A los 9 años, estuvo otra vez en un hogar en el país limítrofe. Según Laura, por una discusión con Julia por la tenencia de Araceli. Interviene la policía y un juzgado, a Luis lo mandan a un hogar. Estuvo 9 meses internado. A través de una iglesia y Cancillería logra que Luis vuelva con ella. Ver figura 2.

De comunitario a individual, se describen los factores que influyen en la aparición de estas conductas. La preocupación de la madre y muchas de las horas de su día están dirigidas a resolver los problemas económicos. Y lo logra ya que Luis se presenta siempre bien vestido, aseado y arreglado; con un celular relativamente nuevo. Igualmente, ASI entre hermanos no es exclusivo de una determinada clase social. Gilbert (1992) encontró que el 64% de las familias con incesto entre hermanos tenían bajos recursos económicos. En el trabajo de Smith (1987) 8% eran de clase alta. El bajo nivel socioeconómico familiar se asocia como un factor en muchos de los trastornos de personalidad aún después de haber controlado las variables como eventos traumáticos previos, coeficiente intelectual, parentalidad, y síntomas comórbidos (Cohen, Crawford, Johnson & Kasen 2005, Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link, & Brook 2009). 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 o imponer sus deseos de manera violenta. Volnovich (citado por Toporosi, 2018) dice que la identidad de género masculina es consustancial con la violencia y el afán de dominio. Los varones tienen la necesidad de ser fuertes, independientes, duros y activos para la construcción de su masculinidad. Toporosi agrega que las actuaciones sexuales en la adolescencia pueden ser una forma de ejercicio de poder a través de la sexualidad, como intento de reafirmar la identidad viril, cuando las condiciones familiares y sociales fallan. 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 familia de Luis cuenta con pocos

contactos y vínculos. La situación de inmigración de la madre puede explicar la falta de contexto social y familiar ampliado. Esta familia no ha podido sostener la crianza de estos dos hijos. El incesto entre hermanos menores de edad convivientes, por lo pronto, evidencia una falta de supervisión adulta, sostén adecuado y una falla en la transmisión de normas, funciones de la familia fundamentales (Vázquez, 2001). La hipersensibilidad interpersonal, la desregulación emocional y las autolesiones se correlacionan empíricamente con dificultades en la parentalidad (altos niveles de conflicto, afecto negativo, falta de sostén en el manejo de las emociones y prácticas de socialización emocionales invalidantes) (Malone 2017). La presencia de trastornos de salud mental en los padres es un factor de riesgo importante para la aparición de psicopatología (Kim-Cohen, Moffitt, Taylor et al. 2005). Laura tiene tendencia depresivas claras, inestabilidad emocional y consumo problemático de alcohol. En estas familias suelen coexistir otras formas menos evidentes de violencia y maltrato: falta de supervisión, abandono del padre, depresión materna, violencia conyugal, atribución al hermano mayor de funciones de cuidado, falta de diálogo, aislamiento familiar (Nogueira-da Silva Costa, Fortunato-Costa, 2013). Algunos autores asocian las situaciones de abuso sexual con un clima de estimulación sexual en la casa, presencia de pornografía, falta de cuidado de la intimidad, contactos erotizados entre madre e hijos, inadecuada transmisión de la educación sexual por excesivo prurito (familias ultrareligiosas muy estrictas) o falta de límites (nudismo, confidencias sexuales a los hijos) (Smith 1987). Si bien no parece un factor preponderante, el hecho de que Soledad durmiera con Laura y compartieran una sola habitación con Luis y el baño con otras familias del hotel, pudo dificultar el cuidado de la intimidad. Smith (1987) encuentra que la ausencia física (fallecido, abandono del hogar, divorcio sin contacto con los hijos) o emocional (trabajos o carreras que requieren mucho tiempo o atención fuera de la casa, consumo de sustancias, falta de comunicación o desinterés en la crianza) de alguno de los padres juega un importante rol en las familias con incesto entre hermanos. Luis no ha convivido con su padre. Es característico en los adolescentes con conductas sexuales abusivas la presencia de un padre que ha fallado en la transmisión de legalidades, presente en la infancia pero luego desaparecido por diversas razones (Toporosi, 2018). En el caso de Luis, quien ha estado presente en su infancia y luego se ha ausentado, es Ernesto cuyas conductas violentas hacia la madre, no han facilitado la inscripción de la Ley y pudieron haber generado movimientos identificatorios inadecuados. A esta ausencia del padre se agregan las dificultades parentales en la madre (Toporosi, 2018). Laura ha quedado con poca capacidad de cuidado y de transmitir normas, ya sea por la situación económica, el consumo de alcohol, la situación de calle, ya por dificultades propias.

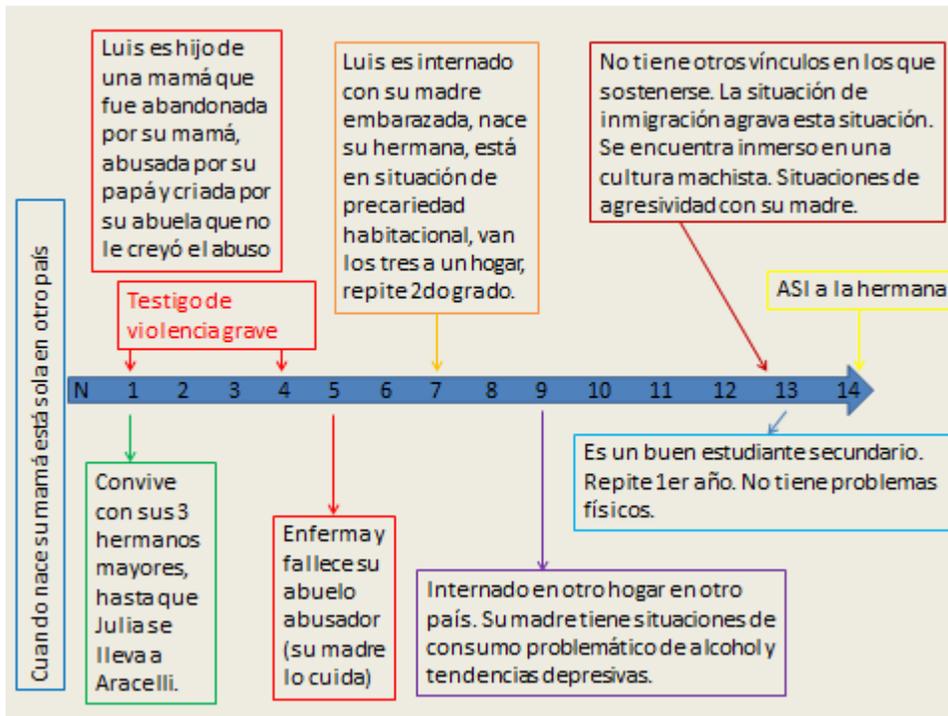


Figura 2. Línea de vida de Luis con factores de riesgo y de protección

Entre los factores individuales, ser testigo de violencia de los conflictos parentales se asocia al incesto entre hermanos con coerción (Griffee, Swindell, O'Keefe, Stroebel, Beard, Kuo, Stroupe, 2016). Ya Freud (1905), relaciona presenciar relaciones violentas entre los padres con el sadismo. De todos los hijos de Laura, Luis es quien sufrió más esta situación. Varios autores valorizan la etapa de latencia como preparación para los cambios de la adolescencia (Blos 1971, Kancyper 2007). Fallas en la infancia y en la latencia pudieron no dar síntomas notorios pero se hacen evidentes en la adolescencia. Luis ha vivido muchas situaciones traumáticas en la latencia. Suele pensarse que los adolescentes que tienen conductas sexuales abusivas han sufrido abuso sexual previamente. El 38% de los casos de agresores sexuales juveniles a menores son abusados sexualmente en comparación con un 5% en agresores sexuales juveniles a pares o mayores (Benedicto 2017). Worling (1995) comparó adolescentes que abusaron sexualmente de hermanos con los que abusaron de otros niños que no fueran hermanos. Encontró que 20 de los 32 que abusaron de sus hermanos habían referido victimización sexual en comparación con 10 de 28 de los que abusaron de otros no hermanos. El antecedente de victimización sexual parece importante, si bien no se da en todos los casos. En el caso de Luis no se encontró este antecedente.

## 2. Factores precipitantes.

No sabemos qué motivó el inicio de las conductas abusivas. Luis no habla del encuentro con su padre hace un año. La capacidad de realizar operaciones formales conduce a una mayor comprensión de las relaciones interpersonales y a veces, a un proceso abrumador en el cual el adolescente queda inundado por las nuevas experiencias afectivas de él mismo y de los otros, sin el sostén de las figuras parentales por la separación de los cuidadores (externa) y de sus representaciones (internas) (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002). Desde una perspectiva psicoanalítica, la adolescencia es un momento de resignificación retroactiva por excelencia (Kancyper, 2007b). Los traumas de la infancia que quedaron acallados en forma caótica y latente adquieren en la adolescencia significados y efectos patógenos (Nachtraglichkeit). La falta de recuerdo de Luis de lo sucedido antes de los 8 años es compatible con esto. Si bien es esperable que el conflicto con la hermana se manifieste con agresividad hacia ella, la ejerce no solo físicamente y con amenazas verbales sino sometiéndola sexualmente. La falta de supervisión de la madre, la ausencia de figuras de autoridad y el desarrollo puberal (Worling 1995) de Luis pueden haber influido en la aparición de conductas abusivas sexuales.

El develamiento del abuso, las críticas y rechazo de la madre, la intervención del OPDNNyA, la internación de la hermana, quedar solo en el hotel, las amenazas del dueño, la indicación de su internación en un hogar son factores estresores actuales. En este contexto, Luis se hace cortes en los antebrazos y surgen las amenazas de suicidio referidas a la madre. 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.

## 3. Factores perpetuantes.

Oliver (2007) plantea la necesidad de evaluar tres generaciones en el diagnóstico de niños y adolescentes. La madre cuenta que ella es abandonada por su mamá cuando tenía 6 meses. Es criada por su abuela paterna, "fue todo para mí". Refiere que fue abusada sexualmente por el padre y que su abuela no le creyó. Asocia la situación de creerle a su hija con actuar de manera diferente a su abuela. No tuvo buena relación con el padre que abusó de ella, igualmente lo ayudó en sus momentos finales. Fallece cuando Luis tiene 5 años. Este vínculo ambivalente con su padre pudo ser matriz de mandatos inconscientes hacia Luis. Varios autores plantean la transmisión transgeneracional de problemáticas no resueltas y que el paciente actúa sin saber (Schützenberger 2006, Kancyper 1992a). El antecedente de abuso sexual infantil en la madre del adolescente varón con conductas sexuales abusivas es frecuente (Kaplan, Becker y Martinez 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. Kaplan encontró el antecedente de abuso sexual en el 34% de las madres de adolescentes que abusaron hermanos, comparado con 13.6% de las madre que de adolescentes que abusaron de niños no hermanos. En este caso la preferencia de Laura por Soledad y la ambivalencia en relación a Luis podrían deberse a la encarnación en el hijo del fantasma de su padre abusador y de su última pareja violenta. También la falta de cuidado adecuado y el abandono a temprana edad puede explicar las dificultades parentales de Laura.

#### 4. Factores protectores.

Una mirada ecológica de los factores protectores permite descubrir áreas donde poder apoyarse y construir. Individualmente, Luis es inteligente, puede aprender, tiene un desempeño escolar normal, ha ingresado a un secundario industrial que se orienta a actividades manuales y posible salida laboral. Tiene amigos en el colegio. Tiene un estilo de vida saludable (sueño, alimentación, no consumo de sustancias). Puede vincularse con el terapeuta en una relación transferencial que se va profundizando y que pudo atravesar el ingreso a un hogar. Luis tiene muy buena asistencia a las entrevistas. La adolescencia es una oportunidad para que el sujeto pueda realizar transformaciones inéditas de su personalidad. Ya que se desata un recambio estructural en todas las instancias del campo anímico del adolescente (Kancyper 2007b).

A nivel familiar, la madre ha establecido con el equipo del hospital una buena relación que le permite expresar sus angustias y dificultades. En las entrevistas con ella se realiza contención, parecen encausar su energía y atenuar en parte su angustia. Los hermanos de Luis se han presentado con intención de colaborar pero se encuentran a mucha distancia.

A nivel comunitario, el OPDNNyA ha tomado las decisiones que tienen la finalidad cuidar de Soledad y de Luis, evitar que las situaciones de abuso se repitan y garantizar el tratamiento de ambos. El recurso del hogar y del acompañante terapéutico, es sostenido económicamente por el Estado. Laura cuenta con el apoyo del CESAC a donde concurre con la problemática inicialmente y donde realiza control pediátrico de Soledad y la atención psicológica de ambas y psiquiátrica de ella. El hospital A pudo internar a Soledad y sostener la internación pese a las dificultades y demoras para conseguir hogar. Ayudó en el diagnóstico de ASI y pudo tomar el tratamiento de Luis. No es fácil encontrar lugares donde atender esta problemática de manera integral teniendo en cuenta la complejidad y los múltiples intereses y valores en juego.

Aryan (2009b) resalta que para entender la etiología en los adolescentes hay un trípode formado por los traumas psíquicos infantiles, la fuerza de las pulsiones (pubertad reciente) y las alteraciones del yo (propias de la etapa de desarrollo evolutivo). De los tres componentes, en el

caso de Luis, el primero parece ser el más importante y el de mejor pronóstico según Freud (1937). Tal vez esto sea válido para las neurosis traumáticas por una situación puntual grave, como las neurosis de guerra. En el caso de Luis han sido más graves por tratarse de traumas de mayor tiempo de evolución y contar él con menos armas para enfrentarlos (yo inmaduro). Los otros dos, exacerbados por la edad, se van entramando.

### C. Plan terapéutico

#### 1. *Etapas de intervención. Intervenciones en crisis y marco.*

En la atención de Luis, las tareas de la primera parte (etapa hospitalaria) se relaciona con el **acompañamiento en las diferentes crisis** que atraviesa (crisis familiar por la develación del ASI, indicación de concurrencia a un hogar, riesgo de desalojo habitacional, amenaza del dueño del hotel, soledad) y de los eventos graves acompañantes (amenazas de suicidio y autolesiones). Estos problemas urgentes deben resolverse antes de iniciar un tratamiento en adolescentes con disfunciones graves (Foelsch 2015). Se debe evaluar si hay amenaza aguda para sí o para otros, en caso afirmativo, realizar una intervención en crisis. Si se resuelve en forma exitosa, evaluar si hay un ambiente seguro, si no lo tiene asegurarlo. Estas dos condiciones se cumplen con el ingreso al hogar de Luis según lo indicado por el OPDNNyA. El trabajo con él y su madre para lograrlo fue arduo. No exento de dudas para el equipo tratante. Sin embargo, en este caso no había otra posibilidad para asegurar resguardo, ni podía Soledad continuar estando internada. Ya hemos descripto los obstáculos en el Objetivo 1 Contexto. Lo que se remarca acá es cómo estas dificultades afectan el proceso de evaluación y tratamiento del paciente, si bien son partes inherentes al mismo.

En estos casos tan complejos, las intervenciones en crisis también se repiten cada vez que durante el tratamiento se rompe el marco. Por ejemplo, la segunda situación de amenaza de suicidio, estando Luis internado en el hogar, requirió una intervención en crisis para luego continuar con el tratamiento. El joven le habría dicho a la madre que se suicidaría si no lo llevaba al país limítrofe, por que perdería el amor de Tatiana, que es el único motivo que tiene para vivir. En la entrevista a solas con Luis se evalúa el riesgo de autolesión (no tiene un plan, ni elementos para realizarlo), se observa poca angustia y enojo. Respecto a la idea de suicidio, se habla con el psicólogo del hogar las pautas de manejo, se ofrece la intervención por Guardia de Salud Mental en el Hospital A en caso de necesidad, se refuerza la necesidad de acompañante terapéutico.

#### 2. *Psicoterapia individual, aparición de la demanda.*

El foco terapéutico de la segunda parte (etapa post hospitalaria) se orienta hacia la evaluación integral de la salud mental de Luis y de los motivos profundos de las conductas abusivas

con su hermana y de ser posible, iniciar un tratamiento psicoterapéutico. 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 el caso de Luis, traído al tratamiento por la situación abusiva, construir una alianza terapéutica es uno de los principales focos terapéuticos. Aún sin una demanda explícita de ayuda, Luis mantiene la concurrencia al espacio, incluso en ausencia de su madre, lo cual constituye un aspecto muy positivo para el vínculo terapéutico. Toporosi dice que “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. Soportar suele ser la operación fundamental”. Esta postura coincide con la estrategia winnicotiana de alojar al paciente dándole un ambiente donde poder ser recibido y tolerar las reacciones que allí se produzcan (Winnicott 1956). 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. Lo que implica cierta tensión como se evidencia en la siguiente viñeta.

#### Entrevista 12 (TC)

*Luis: — Cortamos con Tati. Le hablé mal. No le gustó. Discutimos. Hacé como quieras, dijo ella.*

*Terapeuta: — ¿"Le hablé mal"? (Repito sus palabras)*

*L: — Sí, le dije: si no te gusta cortamos. Entonces cortamos. (Silencio) Estoy tratando de pedirle perdón. Ella no sabe si perdonarme.*

*T: — ¿Qué fue lo que no le gustó?*

*L: — Yo la trataba fríamente. Le escribía: qué te importa. Me hice el ofendido. La agendé como "Nadie". No podía estar sin ella 5 minutos. A las 4 horas le mandé un chat (nombre: Nadie). Mis amigos me decían que quizás está con otro. Y yo me comporté mal. Como frío. Me dijo tomémosnos un tiempo. "¿Sabés que significa eso?", me preguntó. Le dije que sí. (Hace silencio). No quiero estar separado de ella. (Llora)(El terapeuta lo contiene emocionalmente y cuando se calma intenta ver si Luis puede asociar esto que le pasa con otras situaciones de pérdidas)*

*T: — ¿Otra vez te pasó?*

*L: — Sí. No me importó, eran pocos meses (con otras chicas). Este era más largo, casi un año. Ella me entendía y yo la entendía a ella. Nueve meses con ella, como un acompañante. (El terapeuta tiene la hipótesis de que esta angustia se refiere a otras pérdidas)*

*T: — ¿Quiénes más son tus acompañantes?*

*L: — Mi mamá, mi mamá y mi mamá.*

*T: — Bueno, no estás solo. También acá te escuchamos.*

L: — *Ella confía en mí. Mi mamá y vos le creen a mi hermana de lo que pasó.*

T: — *Yo le creo a tu hermana. Igual confío en vos. ¿Vos crees que las personas pueden querer a otro igual aunque se equivoque?*

L: — *No sé.*

T: — *Yo creo que sí. (Se queda callado. pensativo)(Luego habla de los horarios de los acompañantes terapéuticos, del celular).*

T: — *Me quedé pensando... ¿Vos pensás que a pesar de que te equivoques te pueden seguir queriendo? Tal vez Tatiana puede pensar así. Necesita tener un tiempo para pensar qué siente y aunque vos te equivocaste puede quererte.*

L: — *No sé. (Levanta la mirada y mira al terapeuta. Esperanzado) ¿Qué hago ese tiempo?*

T: — *Pensás qué sentís. Registrás que si uno contesta mal o hace algo malo eso impacta al otro.*

L: — *Sí. Me voy a quedar en la cama todo el fin de semana.*

T: — *Igual no hace falta pensar eso todo el tiempo. También podés jugar a la pelota.*

Esta viñeta muestra como el espacio terapéutico le permite a Luis expresar su dolor. Luis llora por la separación con Tatiana, en lo consciente. Ella es la “acompañante” interior. Ante la angustia se le pregunta por otros “acompañantes” y Luis remarca la importancia de su madre en su mundo interno. Allí reclama que se le crea a la renegación de sus conductas abusivas, que por otro lado, acepta como “lo que pasó”. El terapeuta le expresa la aceptación de su persona incluyendo el reconocimiento estas situaciones. La intención es mostrarle a Luis modos diferentes de vinculación consigo y con los demás. En la relación narcisística con Tatiana, ella responde en espejo, “me entendía y yo la entendía a ella”. Pero en ese vínculo frágil no hay posibilidad de integrar las equivocaciones. Todo es grave, ya y para siempre, perfecto o irreparable (Aryan, 2009b). Por eso si se lo quiere, hay que negar que se haya equivocado. El terapeuta le plantea la posibilidad de integrar la culpa, en relación a Tatiana, sin destruirse. Con la intención de pasar de una ansiedad persecutoria que no permite ver lo que hizo, y por lo tanto condenado a repetirlo; a una ansiedad depresiva más integrada, donde la culpa y la pena ayuden a responsabilizarse y reparar. De este modo tener una visión más real e integrada de sí mismo y los otros (Tabak de Bianchedi 1985).

También puede pensarse que no sea culpa lo que le generan tanta angustia sino el temor al abandono, “no podía estar 5 minutos sin ella”, y el miedo a la desintegración sin el objeto de amor, propio de la vinculación adolescente. En todo caso que pueda decirlo en el espacio terapéutico expresa que Luis puede confiar y plantearse cambios.

### 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, Fortunato-Costa, 2013) o por el contrario, solo a la víctima. En estas situaciones complejas, la dinámica familiar y los antecedentes de esta debe ser tenida en cuenta. 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. Se acompañó a Laura en el ingreso del hijo al hogar, en las dificultades con el OPDNNyA, en el manejo de la situación familiar compleja, incluida la relación difícil con Luis. Fue necesario realizar contención emocional a la madre en repetidas ocasiones. En una ocasión debió ser socorrida por una hipotensión. Ella tiene una terapeuta en el CESAC y derivada a un psiquiatra en el mismo lugar. Es destacable el interés y la insistencia de la madre por buscar ayuda y no dejar que el ASI quede oculto.

#### *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. La intervención con Luis se da dentro del marco de otras intervenciones relacionadas con la situación de abuso sexual, como el resguardo de Soledad. 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 donde concurren 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 organismos y disciplinas.

### **D. Evolución**

Se analiza la evolución del paciente a través de los cambios en los vínculos y de las posibles causas de interrupción del tratamiento.

#### *1. Cambios vinculares*

Según de Sousa (2016), los cambios en el vínculo terapéutico pueden evaluarse en el tránsito desde una desconfianza inicial a una apertura posterior, los cambios en la narrativa del paciente (desde contenidos superficiales a más profundos), la expresión de sentimientos conectados con los contenidos (atmósfera de la entrevista progresivamente más emocional), la adopción, por parte del paciente, de analogías o metáforas propuestas por el terapeuta durante la

entrevista (creación de un lenguaje común propio de ese encuentro), el sentimiento contratransferencial de haberse acercado emocionalmente al paciente y la posibilidad de reparar las micro-rupturas en la alianza terapéutica. Todos estos ítems se han ido dando en el proceso terapéutico de Luis. El cambio de la actitud inicial de rechazo a las entrevistas posteriores al ingreso al hogar es notorio. La estrategia del terapeuta de alojarlo, escucharlo y aceptarlo sin negar la situación abusiva permitió que fuera creciendo el vínculo. Esto resalta la importancia del marco en estos casos tan complejos.

#### Entrevista 10

*L: ¿Sos casado? (al terapeuta)*

*T: Si*

*L: ¿Hace cuánto tiempo?*

*T: 20 años, ¿por? (el terapeuta no considera necesario ocultar su estado, reorienta la pregunta a lo que estas dudas implican para Luis)*

*L: ¿Cómo hacés para aguantar?*

*T: Vos también estás con alguien. Hace 9 meses.*

*L: Está siempre a mi lado. La amo. Me entiende.*

*T: ¿Tenés proyectos con Tatiana?*

*L: Una casa*

*T: ¿Hijos?*

*L: Cuando tenga más de 30 (años). Quiero un auto.*

*T: ¿Lamborghini? (Luis lo había citado previamente en el test desiderativo. Se ríe.)*

*L: Es mucha responsabilidad tener un hijo. (Antes tengo que) Terminar la secundaria, ir a la universidad. Un hijo me va a ensuciar el auto. Lo voy a tener que lavar una vez por semana. Cuando pase la etapa de bebé, se va tener que cuidar solo. Aunque tengas 30 años tu mamá te va a decir, podés hacer esto.*

En esta viñeta Luis además de mostrar el vínculo con el terapeuta, puede expresar sus emociones y dudas. Pregunta cómo se pueden sostener los vínculos. O como lo dice él, cómo se pueden aguantar. Se lo invita a pensarse a futuro. Puede mostrar su ambivalencia respecto a cuidar y ser cuidado. Un hijo trae problemas y molestias. Una madre te va a decir lo que tenés que hacer hasta los 30 años. Solamente se tiene que cuidar a los hijos en la etapa de bebés. Si no sos bebé, te tenés que cuidar solo. Es lo que le ha ocurrido a él y se cuida de no recordar. Para un adolescente de 14 años, 30 años es el doble de su vida, es otra vida. Tal vez allí pueda tener hijos y cuidarlos.

Aryan plantea que en el proceso de estructuración definitivo del aparato mental hay dos modos de organización. Uno en base a la relación de objeto narcisística donde la estructura mental funciona en un vínculo diádico, donde la persona busca mantener la ilusión de poseer omnipotencia, omnisciencia, perfección y completud propia que también atribuye a su objeto (Aryan,

2009b). Es frecuente la elección de una pareja idealizada en la adolescencia, siguiendo el modelo narcisista, que posee todos los méritos que le faltan al Yo para alcanzar el ideal. El objeto externo debe ser siempre presente, disponible, previsible y bajo control, “Está siempre a mi lado...”. El otro modo es el que ha atravesado el Complejo de Edipo y funciona en vínculo triádico, donde la persona acepta la incompletud, la temporalidad, la parcialidad, la finitud. En realidad, se oscila entre ambos modos. Esto implica que cuando el sujeto sufre una pérdida se reactivan componentes narcisistas que deben ser elaborados (trabajo de duelo), para aceptar la ausencia, resignificarse simbólicamente y poner distancia respecto a la actualidad de la marca. Si se ignora la herida narcisista, ésta conservará su actualidad y se hará presente una y otra vez a través de la acción. La compulsión a la repetición es un indicador de esto. Si la narcisización del sujeto o el proceso de castración, de instauración de la ley, han sido defectuosos habrá inmadurez emocional del sujeto. Luis muestra en la viñeta muy escuetamente que ha sufrido déficit en ambas.

Los cambios en la relación terapéutica también se evidencian en la relación con la madre. El ingreso al hogar, tan temido por Luis al principio, permitió que él se sintiera cuidado y con libertad suficiente para ir a la escuela, a reuniones sociales, a un recital, etc. Permite incluso que Luis pueda tener una actitud menos desafiante con su madre y ubicarse en el rol de hijo. A Laura le sorprende que Luis le pida permiso para ir al cine con un amigo, que la abrace, que lllore. A ella le cuesta ver estos cambios como positivos. Otros cambios fueron que toma como modelos identificatorios a los operadores del hogar (aprender guitarra, va a un recital o a jugar a la pelota a la noche). A uno de ellos le pregunta si la novia lo había obligado a hacer algo que él no quería. Los dos psicólogos del hogar refieren que Luis es muy reservado, no tiene conflicto con los otros chicos internados. La psicóloga del hogar refiere “Luis tiene a veces una mirada desafiante. Se adaptó demasiado rápidamente. No molesta a nadie y nadie lo molesta. Como si no estuviera”. Niegan que tenga conductas hipersexualizadas o violentas en el hogar. A la psicóloga le sorprende la falta de demanda ante el dolor en dos ocasiones que estuvo enfermo. Esto puede estar relacionado con la falta de cuidado que ha sufrido Luis y su modo característico de responder a los problemas, resolver él solo.

Estos cambios en lo vincular con algunas personas nos dan la pauta de que hay posibilidades de grandes modificaciones en un adolescente si bien el escaso tiempo de intervención no permite sacar conclusiones definitivas, ni pensar en cambios más profundos y generalizados. En los casos de incesto entre hermanos o de conductas abusivas en adolescentes no puede generalizarse un pronóstico por la diversidad de situaciones que pueden subyacer a esos actos. Ante la pregunta por la posibilidad de transformación subjetiva en caso de una estructura perversa, Toporosi (2018) tiene la postura que siempre puede haber una posibilidad en adolescentes.

## 2. Interrupción del tratamiento.

Que su madre lo haya llevado sin alta puede tener varias aristas para ser mirado. Podría ser visto como una forma de cuidado a sus hijos. También como una forma de resistencia al tratamiento, se lo lleva cuando éste comienza a ser eficaz. Ya sea porque ella misma no quiere inconscientemente que la situación cambie o por la presión de Luis que ella refiere y que, tal vez, le resuene a la vez anterior que estuvo Luis en un hogar y ella estuvo alejada. A su modo, la madre también quiere mostrar que está todo arreglado y, por ende, que ya no hace falta venir, cuando trae a la entrevista una carta de Soledad perdonando al hermano escrita por ella. En este caso la madre estaría confundiendo que Soledad perdona a Luis con que Luis reconozca y le pida perdón a su hermana. Y en ambas circunstancias está expresando más lo que ella desea, que lo que la realidad le muestra. En la consulta con padres hay que tener en cuenta los motivos que mueven al cambio, pero también “el revés de la demanda”, aquello que el síntoma en el hijo permite expresar y no se quiere cambiar (Ortigue 1987). Como hipótesis, puede pensarse que la madre los lleve garantiza inconscientemente que se continuará repitiendo la escena no resulta de su abuso sexual. La interrupción del tratamiento evita el riesgo de perder a Luis, como depositario del proyecto alienante que responde a lo desmentido en ambos y el peligro de desestructurar la organización narcisista de la madre (Kancyper 2007b).

Entrevista 17 (TC, última entrevista)

*(Tiene un vendaje en la mano derecha por un esguince. Saluda con la mano izquierda)*

*L: Me vas a querer matar. (Soy un) Bipolar. Volví con Tatiana. Me dijo que me extrañaba. Yo le dije que iba a ser la última vez que le decía que sí.*

*T: ¿Por?*

*L: Es feo que te pase lo mismo. Es feo que te pase lo mismo.*

*T: ¿Te suena a algo? (el terapeuta pregunta por la repetición de la frase, pensando en las interrupciones del vínculo con su madre)*

*L: Hoy cumplimos 10 meses (de novios con Tatiana). Estoy hablando sin pensar.*

*T: A mí me hizo pensar...*

*L: (queda callado, luego dice ofendido) ¿Cuánto dura la sesión?*

*T: ¿Estás enojado?*

*L: Yo vine con buena onda. Yo ya te dije que no lo hice. Si vos querés escuchar a otra gente... (Luis atribuye la pregunta por la repetición a la situación abusiva) (No quiere seguir hablando).*

*T: ¿Cómo está tu mano? (Trae la mano derecha vendada)*

*L: Algo me duele. Hago letra fea. Traje mi boletín (se come las uñas). Voy a repetir.*

*T: ¿Te pone triste?*

*L: Ya me pasó. Esta sería la tercera vez. En 2° grado por faltas. Mi mamá embarazada, 4 meses falté. Estaba en el hospital porque ella tenía diabetes y estaba embarazada.*

*T: Antes de nacer, ya te jodía tu hermana. (Intento validar la hipótesis de que Luis odia a su hermana)*

*L: No, era mi mamá. Si te cortás cuánto tarda en cicatrizar. Mirá (muestra una escoriación en el antebrazo).*

*T: ¿Qué te pasó?*

*L: Me caí de la bici. A este brazo le pasó de todo (señala el derecho). La mano derecha es de Dios y la izquierda del demonio.*

*T: La mano izquierda es siniestra. Estás como partido...*

*L: No sé. Parece que querías que dibuje (señala hojas en blanco en el escritorio).*

*T: Si.*

*L: ¿La barba te molesta?*

*T: No. ¿A vos?*

*L: Si, es feo. No saludo a la gente con barba.*

*T: Por suerte, nos damos la mano (al ingresar el saludo es estrechando las manos). Cuando empezamos dijiste que te iba a querer matar por que volviste con Tatiana. ¿Por qué me molestaría?*

*L: Te estaba cargando. Jodiendo. No quiero meter los dedos en el enchufe. (Una vez lo hice) A los 6 (años) más o menos, en un hotel en Capital.*

*T: ¡Qué vida! ¿Cuál fue el momento más contento de tu vida?*

*L: Un día que se cayó mi mamá. Vivíamos en GBA, estábamos los cuatro. Aracelli, Norberto y Silvio. Aracelli se fue al país limítrofe, la cuida la madrina. Se peleó con mi mamá. Cuando vivían en casa peleaban (mucho). Ahora no.*

*T: Eras el más chico.*

*L: Era carnaval y nos tirábamos agua.*

*T: ¿Se lastimó?*

*L: No. Creo que no. Recuerdo cuando se cayó. Ella tenía el pelo largo.*

*T: ¿Ella se rió?*

*L: Creo que sí.*

*T: ¿Y el peor momento?*

*L: Ahora, cuando pasó lo de Tatiana. Anteriormente no hay. Capaz que sí, pero no me acuerdo. Cuando estaba en el otro hogar tuve que trabajar con el resto. No quería entrar pero no la pasé mal. Me acuerdo de la casa, de los cuidadores. Del pasto de la cancha (de fútbol). Cancha de 8.*

*T: ¿Que más te acordás?*

*L: las camas, las habitaciones grandes. Nada. No la pasé mal.*

*T: Nos vemos la próxima. (Nos saludamos con la mano izquierda)*

*L: La del diablo.*

*T: La del corazón. Los indios usaban la izquierda porque implicaba soltar el escudo.*

*L: Por eso decían que (el diablo) era traicionero.*

*T: Según como se mire.*

En este último encuentro, se puede ver la dinámica de la sesión y cómo Luis se encuentra comprometido con el espacio terapéutico y cómo pese a la confrontación que Luis siente, el vínculo puede continuar incluso manifestar su disconformidad al terapeuta. Es llamativo como Luis interpreta el pedido de aclaración de la frase “es feo que te pase lo mismo” como una confrontación con la situación abusiva. El terapeuta lo hace pensando en la situación de separación y vuelta con Tatiana como semejantes a episodios de abandono y encuentro con su madre. Pero Luis lo asocia al daño, negado pero cierto que le ha hecho a su hermana y se ofende como si el terapeuta se lo hubiera enrostrado. Demuestra que él piensa en esto, por lo menos en relación al decir del terapeuta. La dificultad de aceptar que fue el actor de la situación abusiva y que eso puede ser “feo” para quien la sufre repetidamente puede relacionarse con el sufrimiento consciente por la vulnerabilidad que el vínculo con Tatiana le genera. Tal vez él necesite desconocer que él causó un sufrimiento semejante en su hermana y quisiera que la situación abusiva quede borrada porque él ahora ha cambiado de actitud.

Durante la sesión intenta generar conflicto con el terapeuta, además de responder a la confrontación previa, surge en respuesta a la pregunta por estar partido. El terapeuta lee estas agresiones, pero sigue apostando a un espacio contenedor. Y esto permite que Luis pueda contar recuerdos de su infancia que no habían surgido en sesiones anteriores. En esta sesión también puede mostrarse lastimado y reconocer experiencias negativas de su vida (repetir de año, riesgo de vida con el enchufe, lesiones en el brazo). También hubo cuando él era el más chico de la familia, momentos felices no exentos de conflictividad. No se le pregunta por qué lo pone contento ver a su madre caída. Releyendo las viñetas y con la formación en Psicología Clínica de Niños descubro la importancia de repreguntar y no dar por supuesto lo que se entiende de lo que se dice. En ese momento se intenta evaluar la cuestión empática, buscando cambios en este aspecto.

A su modo Luis avisa en la última entrevista que va a “traicionar” el espacio. El terapeuta responde comentando sobre la vulnerabilidad de exponer los sentimientos ante otro, sacarse el escudo. No lee que Luis se estaba identificando con el diablo, y que tal vez necesitaba ser el malo, pelearse para poder separarse del terapeuta. No sabemos. Fairbairn explica en caso de niños con dificultades de personalidad que hay resistencia a revivir los sucesos traumáticos porque son testimonio de una relación con un objeto malo, como esto es intolerable en etapas tempranas ya que en esta etapa todas 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 y el sentimiento de seguridad exterior queda sujeto a la existencia de perseguidores internos (Fairbairn en Kuitka 2011). Luis no puede recordar lo que le sucedió antes de los 9 años, prefiere ser el malo antes de criticar a

su madre que puede sola. Inconscientemente, hace un gran esfuerzo para no recordar, para defenderse de lo doloroso que sería la develación de su negligencia. 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.

Luis no estaba en condiciones de alta y no podemos decir que el pronóstico haya cambiado por esta intervención. 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.

## Conclusiones

La FPC en estos casos tan complejos permite organizar la información de modo de poderla resumir, transmitir entre colegas, facilitar la lectura de la historia clínica, permitir un trabajo común y evaluar los cambios. Tener una mirada amplia que incluya los antecedentes personales, familiares y de los vínculos familiares y sociales nos alerta de las otras violencias que acompañan las situaciones de abuso sexual y permite estrategias de tratamiento más integrales. Comprender las motivaciones profundas del accionar de Luis no justifica bajo ningún concepto el abuso sexual, el maltrato físico y emocional hacia su hermana. Permite entender 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. Saber que esa violencia está relacionada con otras que él ha sufrido y sufre, da la posibilidad de trabajar mejor sobre esos factores. Incluido no minimizar los efectos del ASI en la víctima.

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 tanto de salud como de protección de derechos en la etapa prehospitalaria. En ese sentido es muy valorable tanto la actitud de la madre en seguir buscando una respuesta a la situación difícil que vive con sus hijos, como la del CESAC, que no teniendo forma de asegurar el resguardo, no deja de insistir en que se realice una acción que impida que la situación de abuso se continúe repitiendo. Al tratarse de niños y adolescentes, en proceso de crecimiento y desarrollo, se intenta que las estrategias no sean traumáticas, y no agranden los daños por lo vivido previamente. No hay respuestas fáciles al maltrato infantil, dice Irungaray (2018b) y esta situación es uno de los ejemplos paradigmáticos. Los aspectos legales influyen en estos casos de manera importante. Los profesionales de salud del CESAC realizan una presentación ante el 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 comunes del consultorio del terapeuta de niños y adolescentes. 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 el estudio de Gilbert (1992) sobre 14 familias con incesto entre hermanos, 9 víctimas y 7 perpetradores fueron alojados fuera de la casa propia. En este caso pensamos que no había otra forma de resguardar a Soledad que hacer que Luis fuera a un hogar. No creímos adecuado que la niña sea ubicada en un hogar. Si bien el objetivo principal del resguardo es cuidar a la víctima, también protege al agresor de repetir la acción, lo cual durante la adolescencia es una forma de cuidarlo. No se considera que la internación en un hogar sea la respuesta a todos los casos de conductas abusivas de adolescentes. En este caso, además, dio marco de seguridad para la atención de Luis tanto respecto a si mismo como al ambiente. No son pocas las situaciones donde el ACSA 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 tratamientos (inasistencias, transgresiones al marco, mentiras, ocultamiento de información importante), y finalmente los objetivos específicos a tratar (Foelsch 2015).

Dada la importancia de la familia en la etiología, la intervención en incesto entre hermanos, requiere de una intervención familiar. Muchos autores coinciden con esta estrategia (Worling 1995, Toporosi 2018). Para Kancyper (2007b), el analista debe tener entrevistas con los padres no solo para psicoeducación o apoyo al tratamiento del adolescente, sino para intervenir en los dinamismos inconscientes que de manera bilateral (de los padres al hijo y del hijo a los padres) afectan al desarrollo del análisis y permiten el desenganche de situaciones repetitivas de mutuo maltrato. 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. En este caso se han tenido muchas entrevistas con la madre, casi bisemanalmente y se la ha sostenido emocionalmente en diversas ocasiones. Se la conectó para que retomara tratamiento psicológico y tuviera un sostén psiquiátrico. Una posible modificación al trabajo realizado es la incorporación de una terapia familiar con sesiones semanales preestablecidas fijadas de antemano con la madre para trabajar en forma conjunta a la terapia individual de Luis. 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 de este modo, tal vez evitar la interrupción temprana del tratamiento. Si bien en algunas familias no se puede lograr estos cambios.

En cuanto al tratamiento individual, Irungaray describe los objetivos de la psicoterapia individual para adolescentes ofensores sexuales (2018b). Ellos 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. Para trabajar estos aspectos es necesario construir una alianza terapéutica y generar un espacio donde pudiese aparecer la demanda de Luis. En ese proceso estábamos cuando surge la interrupción del tratamiento.

Este trabajo tiene la limitación de tratarse de un caso único, algo extremo en cuanto a gravedad, especialmente en la situación social (pobreza, hacinamiento, falta de familia ampliada, violencia conyugal, alcoholismo materno) que no permite extrapolar las conclusiones. Dada la heterogeneidad de los casos de ACSA, quizás la regla es analizar caso por caso. Otra limitante es la interrupción temprana del tratamiento, lo que impide hablar de pronóstico.

Acompañamos la idea de muchos de los que trabajan con situaciones de ASI sobre la necesidad de cuidado del equipo tratante (Toporosi, 2018, Irungaray 2018b). Una característica del trabajo con estas familias es la repercusión que genera la temática en los diferentes profesionales intervinientes: educadores, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, representantes de los OPDNNyA y de la justicia (Irungaray, 2018b). Para trabajar con adolescentes o niños que realizan conducta abusivas hay que poder 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; implica aceptar la conflictividad de los lazos familiares y las fallas de la familia como organización social. Admitir que un adolescente abusa de su hermana 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 cuando se conectan con estas familias, pueden obstaculizar la tarea (Irungaray, 2018b). Esto puede expresarse 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 la coordinación y la colaboración de los responsables de la institución donde se atienden estas temáticas. Para que no sea solo un profesional, sino un equipo y una institución quienes asumen la responsabilidad de la intervención (Irungaray, 2018b).

En el epígrafe, Francisco de Asis, encarnando el ideal de bondad, le pregunta al lobo de Gubio, representante del eje del mal, por los motivos de la repetición de una mala conducta.

Francisco lo condena antes de escuchar la respuesta. Eso puede sucedernos como terapeutas ante las situaciones de ACSA. El incesto entre hermanos nos lleva a la pregunta incómoda por el origen del mal. Dar espacio, no prejuizar. 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.

## Referencias (APA)

- Adler NA, Schutz J. (1995) Sibling incest offenders. *Child Abuse Negl.* 19(7):811-9.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46 (1):126-141.
- Aryan A. (2009a) Megalomanía, imagen corporal y déficit identitario. En: Moguillansky C, Aryan A. *Clínica de adolescentes*, 1ra ed. Teseo, Buenos Aires.
- Aryan A. (2009b) Revisión de mi “Metapsicología y psicopatología de la adolescencia” veinte años después. En: Moguillansky C, Aryan A. *Clínica de adolescentes*, 1ra ed. Teseo, Buenos Aires.
- 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, daCosta 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.
- Bernardi R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug.* 74(2):179-205.

- Bernardi R. (2016) El diagnostico de funcionamiento mental. 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.
- Bleichmar S. (2017) Vergüenza, culpa, pudor. Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad. Cap. 7. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Blos P. (1971) Fases de la adolescencia. En: Psicoanálisis de la Adolescencia. Ed. Jaoquin Mortiz, México. Pg. 82-233.
- Caldwell MF. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 54(2):197–212.
- Casarin, J. M., Botelho, E. H. L., & Ribeiro, R. K. S. M. (2016) Ofensores sexuais avaliados pelo Desenho da Figura Humana. *Avaliação Psicológica.* 15(1): 61-72.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen S. (2005) The children in the community: Study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders,* 19(5), 466–486.
- 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.
- Darío R. (1913) Los motivos del lobo. Cita del día 13/04/19 <https://www.poemas-del-alma.com/los-motivos-del-lobo.htm>
- 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. 1ra 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.
- Fonagy P, Gergely G., Jurist EL, & Target M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press.
- Fortunato Costa L. (2011) Participação de famílias no Grupo Multifamiliar de Adolescentes Ofensores Sexuais: vergonha e confiança. *Psic. Clin.* 23(1):185 – 201.

- Fortunato Costa L., Lôbo Junqueira E., Figueiredo Falcomer Meneses F., Cavalcanti Stroher LM. (2013) As relações familiares do adolescente ofensor sexual. *Psico-USF*. 18( 1): 33-44.
- Fortunato Costa L., Ribeiro A., Lôbo Junqueira E., Figueiredo Falcomer Meneses F., Cavalcanti Stroher LM. (2011) Grupo multifamiliar com adolescentes ofensores sexuais. *Psico*. 42( 4): 450-456.
- Freud S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. En: *Obras Completas*, Vol 7. Buenos Aires, Amorrortu. Pg 190.
- Freud S. (1937) Analisis terminable e interminable. En: *Obras Completas*, Vol 23. Buenos Aires, Amorrortu. Pg 212-54.
- 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) Intrafamilial adolescent sex offenders: psychological profile and treatment. *Trends & issues in crime and criminal justice*. 375:1-6.
- Griffie 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.
- Grupo de trabajo OPD. (2008) *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)*. Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Ed. Herder.
- Henderson SW, Martin A. (2016) *Formulación de casos e integración de información en Salud Mental infantil y adolescente*. (García-Orozco JJ, Irrarázaval M, Martin A, ed. García-Orozco JJ, Placencia P, & Revert L. trad.). En: Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesionales Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Hillege SL, Brand EF, Mulder EA, Vermeiren RR, van Domburgh L. (2017) Serious juvenile offenders: classification into subgroups based on static and dynamic characteristics. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2017) 11:67-79.
- 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.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., & Brook, J. S. (2009). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 108, 490–499.
- Kancyper L. (1992a) La identificación reinvidicatoria. En: Resentimiento y remordimiento. Estudio psicoanalítico. Ed Paidós. Buenos Aires. Pg 95-102.
- Kancyper L. (1992b) Resentimiento y remordimiento. Estudio psicoanalítico. Ed Paidós. Buenos Aires. Pg. 24-31.
- Kancyper L. (2004) El complejo fraterno: estudio psicoanalítico. 1ª. Edición. Buenos Aires, Lumen.
- 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 LJ. (1991) Adolescencia. El adiós a la infancia. 1ª reimpresión. Buenos Aires, Paidós.
- 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.
- Kempe HC. (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem. *Pediatrics* 62: 182-8
- 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.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and child antisocial behavior: Nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Klein M. (1940) El duelo y su relación con los estados maníacos-depresivos. En: Klein M. Amor, culpa y reparación. 1ra ed. 2015. Paidós, Buenos Aires.
- Klein M. (1945) El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. En: Klein M. Amor, culpa y reparación. 1ra ed. 2015. Paidós, Buenos Aires.
- Klein M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: Klein M. Envidia y gratitud y otros trabajos. 1ra ed. 2015. Paidós, Buenos Aires.
- Klein M. (1952) Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En: Klein M. Envidia y gratitud y otros trabajos. 1ra ed. 2015. Paidós, Buenos Aires.

- Knobel M. (1971) El síndrome del adolescente normal. En: Aberasturi A, Knobel M. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. 1er edición, 27 reimposición, 2006. Buenos Aires, Paidós. Pg. 29-76.
- Kuitca ML, Irungaray ES. (2011) Violencia y abuso sexual familiar: Investigación psicoanalítica sobre la psicopatología de los vínculos. Letra viva, Buenos Aires.
- Laplanche J. (1996a) Escisión del yo. En: Diccionario de psicoanálisis / Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis: bajo la dirección de Daniel Lagache. 1ra. ed. 6ta reimposición, 2004. Buenos Aires, Paidós. Pg125-8.
- Laplanche J. (1996b) Acting out. En: Diccionario de psicoanálisis / Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis: bajo la dirección de Daniel Lagache. 1ra. ed. 6ta reimposición, 2004. Buenos Aires, Paidós. Pg5-8.
- Laplanche J. (1996b) Renegación. En: Diccionario de psicoanálisis / Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis: bajo la dirección de Daniel Lagache. 1ra. ed. 6ta reimposición, 2004. Buenos Aires, Paidós. Pg363-5.
- Lejarraga H (2004) El desarrollo del sentido ético en el niño. En: Lejarraga H (ed.) Desarrollo del niño en contexto. Paidós, Buenos Aires. Pg. 67-97.
- 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.
- Ley 27455. Reforma al Código Penal. Oficialidad de la acción penal de delitos sexuales contra víctimas menores de edad. Publicada en el Boletín oficial el 25 de octubre de 2018.
- Lingiardi V, McWilliams N (Ed.) Psychodynamic diagnostic manual : PDM-2 . (2017). 2da edición. New York: The Guilford Press.
- Luzes, Pedro. (1990). Fact and fantasy in brother-sister incest. International Review of Psychoanalysis. 17(1): 97-113.
- Malone JC, Malberg NM (2017). Emerging personality patterns and syndromes in adolescence. En: Lingiard V, McWilliams N (Ed.) Psychodynamic diagnostic manual : PDM-2 . 2da edición. New York: The Guilford Press. Pg 323-385.
- Meltzer D, Harris M (1998a) La comunidad adolescente. En: Meltzer D, Harris M. Adolescentes. Spatia Editorial, Buenos Aires.
- Meltzer D, Harris M (1998b) Psicopatía de los adolescentes. En: Meltzer D, Harris M. Adolescentes. Spatia Editorial, Buenos Aires.
- Miller, D. (2015). Formulación psicodinámica de caso en niños. Ciencias Psicológicas 9(2):203-215.
- Minuchin S. (2004) Familias y terapia familiar. Gedisa, México.

- Moguillansky R, Nussbaum S. (2013) Teoría y clínica vincular: Fundamentos teóricos del abordaje clínico. 1ra ed. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Mouesca JP (2016) Formas sutiles de maltrato infantil. En: Sociedad Argentina de Pediatría. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP 2016). Módulo 3 Capítulo 3. Buenos Aires, Pg. 1-41.
- Nogueira-da Silva Costa B, Fortunato-Costa L. (2013). Perpetrador e víctima: o adolescente que cometeu ofensa sexual. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11 (2): 633-645.
- Oliver M. (2007) Instructivo para la realización de informes psicodiagnósticos. Servicio de Salud Mental Pediátrica. Buenos Aires, Hospital Alemán. Pg 40-50.
- 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.
- Ortigues MC, Ortigues E. (1987) Las entrevistas preliminares. En: Cómo se decide una terapia de niños. Ortigues MC, Ortigues E. Ed. Gedisa. Buenos Aires. Pg. 15-56.
- Oyenard R. (2016) ¿A qué se debe lo que le pasa al 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. Pg245-62.
- Papalia DE, Wenckos Olds S, Duskin Feldman R (2009) Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 11ª Ed. México, Mc Graw Hill. 458-544.
- PDM Task Force. (2006). Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pinto Junior A. A., Salomão de La Plata Cury Tardivo L. (2015). Estudio del funcionamiento psicodinámico de agresores sexuales con el cuestionario desiderativo. Subjetividad y Procesos Cognitivos. 19(2):187-207.
- 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.
- Quiroga M. de los Á. (2013). Adolescentes ofensores sexuales. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 18(3): 233-251.
- Quy K, Stringaris A. (2017) Trastorno negativista desafiante. Irrázaval M, Andres Martin (eds) Prieto-Tagle F, Gilibert Sánchez N (trad). En: Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

- Rank, O. (1992) The incest theme in literature and legend: fundamentals of a psychology of literary creation. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Rey JM, Dominguez Santos MD. (2010) Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. En: Soutello Esperón C, Mardomingo Sanz MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed Medica Panamericana, Madrid. Pg 79-93.
- Roussos, A J. (2007) El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 16 (3): 261-270.
- Ryan, E. (2016). Juvenile sex offenders. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 25: 81-97.
- Salazar, M., Alvarez L. & Perez-Luco, R. (2016). Instrumentos para la valoración de violencia sexual en ofensores sexuales adolescentes: evidencias de validez en países de América Latina. Revista Criminalidad. 58(3):87-99.
- Schore, A. N. (1994). Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Ment Health J 22(1).
- 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.
- Scott S. (2017) Trastorno de la conducta. Irrazaval M, Martin A (eds) Prieto-Tagle F, Gilibert Sánchez N (trad). En: Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- 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.
- Sgroi S, Porter F y Blick L. (1982) Validation of child sexual abuse. En: Sgroi S. (ed.), Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. Lexington Books, Lexington.
- 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.
- Speranza M, Midgley N. (2017a) Capacity to construct and use internal standards and ideals En: Lingardi V, McWilliams N (Ed.) Psychodynamic diagnostic manual : PDM-2 . 2da edición. New York: The Guilford Press. Pg 300-3.

- Speranza M, Midgley N. (2017b) Capacity for defensive functioning. En: Lingiardi V, McWilliams N (Ed.) Psychodynamic diagnostic manual : PDM-2 . 2da edición. New York: The Guilford Press. Pg 292-5.
- Tabak de Bianchedi E. (1985) Criterios de curación y objetivos terapéuticos en el psicoanálisis. Melanie Klein. Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Nro 11.
- Toporosi S. (2018a) ¿Qué es abuso sexual? En: Toporosi S. En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil. 1er ed. Buenos Aires, Topía Editorial. Pg 23-53.
- Toporosi S. (2018b) 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 (2016) ¿Cómo integrar las defensas a la Formulación de Caso y a la determinación de los focos en psicoterapia? 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. Pg129-144.
- 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.

## Apéndice

### Resumen de la Formulación Psicodinámica de caso

#### 1. Diagnóstico

Luis es un adolescente de 14 años traído por su madre a la consulta por presentar conductas abusivas repetidas hacia su hermana de 6 años. Luis no acepta haber realizado estas conductas. No reconoce tener problemas salvo la crisis familiar por el develamiento pero acepta concurrir al espacio terapéutico en el hospital. La madre le cree a la hija la situación abusiva. Manifiesta que Luis tiene problemas de conducta y que le cuesta ponerle límites. El equipo del hospital evalúa a la hermana y confirma el ASI.

Luis no tiene problemas de salud somática, cumple criterios (DSM 5) para trastorno negativista desafiante, y vive en situación de pobreza, comparte la habitación del hotel con la hermana y la madre, la madre es extranjera nacionalizada, tiene consumo problemático de alcohol. No cuentan con familia ampliada.

Luis no tiene buen diálogo con su madre, ella refiere que no le habla. Hubo situaciones de violencia (golpes y rotura de puerta), gritos. Refiere no tener vínculo con la hermana. Cree ser injustamente culpado y manifiesta rencor. Tiene buen vínculo con pares aunque no tiene un grupo de pertenencia fuerte. Se muestra ofendido, enojado, defendido para no mostrarse vulnerable. Sin embargo genera en el terapeuta deseo de ayudarlo. Sus principales conflictos se relacionan con el control del otro. Los mecanismos de defensa que utiliza son negación, proyección, renegación, escisión del yo, idealización, anulación, 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.

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. Se hace cortes superficiales en los antebrazos.

#### 2. Etiopatogenia

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 conyugal grave desde el año a los 4, la madre tiene tendencias depresivas y consumo de alcohol.

La madre ha sufrido el abandono de su madre cuando era bebé, fue abusada por su padre y criada por su abuela que no le creyó. Estos aspectos no resueltos pueden tener influencia en la situación actual.

Luis está atravesando la adolescencia, ingresa a la etapa media, post pubertad. Ha conocido a su padre biológico hace un año (vive con otra familia). Va al colegio, es un alumno normal. Repitió 2º grado y primer año.

### 3. Tratamiento

El foco inicial de tratamiento estuvo en lograr un marco adecuado para el tratamiento de Luis y que asegure el resguardo de su hermana. Al no contar con familia ampliada, ante la situación de ASI, la hermana y la madre son internadas y Luis queda solo en el hotel. Con la intervención del organismo de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes (OPDNNyA), se decide su internación en un hogar. Se trabaja con Luis el ingreso a dicho lugar. Por las amenazas de suicidio y autolesiones se indica que ingrese con acompañante terapéutico. Este proceso llevó 47 días. Una vez allí el foco estuvo en fortalecer la alianza terapéutica y dar espacio para que surgiera la demanda de Luis.

A la par que Luis era atendido se realizaron entrevistas frecuentes con la madre para contención emocional de ella que se encontraba desbordada frecuentemente. Ella y su hija tienen un espacio psicoterapéutico en el centro de salud cercano.

### 4. 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 a la distancia con una chica de su edad). Le cuesta conectarse con su pasado doloroso. No reconoce explícitamente el ASI.

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. El abandono del tratamiento puede deberse a dificultades familiares que favorecen la psicopatología.

## Gráficos

En el dibujo de la casa (Gráfico 1) se observa la falta de dos paredes. Esto tiene que ver con los conocimientos de perspectiva que aprendió en el secundario industrial, pero también con una casa que no tiene todas las paredes, sin puerta en la entrada abierta, sin techo. Hay un sillón y una mesa con un florero con dos flores. No hay gente. Podría significar la falta de límites y sostén que sufre Luis. También el aislamiento y soledad.

En el dibujo del árbol (Gráfico 2) se observa un árbol sin raíces, con una copa frondosa sin ramas dibujadas. Contrasta el vacío del interior del árbol con las hojas que se le van cayendo alrededor. Al preguntar por las hojas responde: será otoño. En este dibujo puede estar mostrando su estado de ánimo depresivo, tristeza.

En el dibujo de la persona (Gráfico 3), son llamativos el sombreado del lado izquierdo, la falta de pies y manos, el refuerzo de trazo en el pelo. Este dibujo puede mostrar las intenciones de Luis de ocultar lo que hizo, que queda a la sombra y la agresividad. La mirada algo espectral hacia la izquierda también puede demostrar desconfianza, sentimientos de persecución. El pelo ennegrecido las preocupaciones por las situaciones estresantes que atraviesa.

Familia Animal: (Gráfico 4) Ver descripción en pg. 27.

Gráfico 1

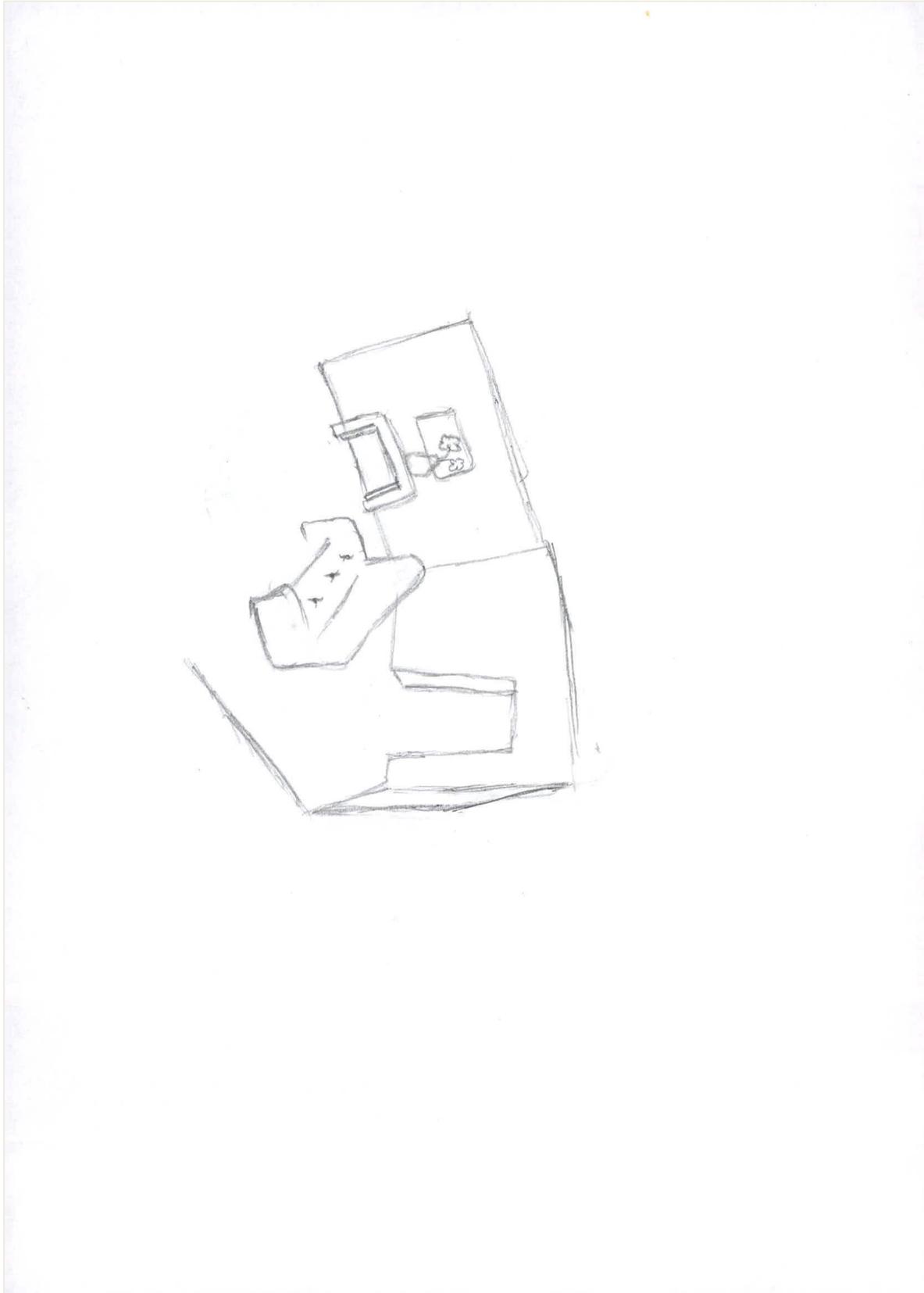


Gráfico 2

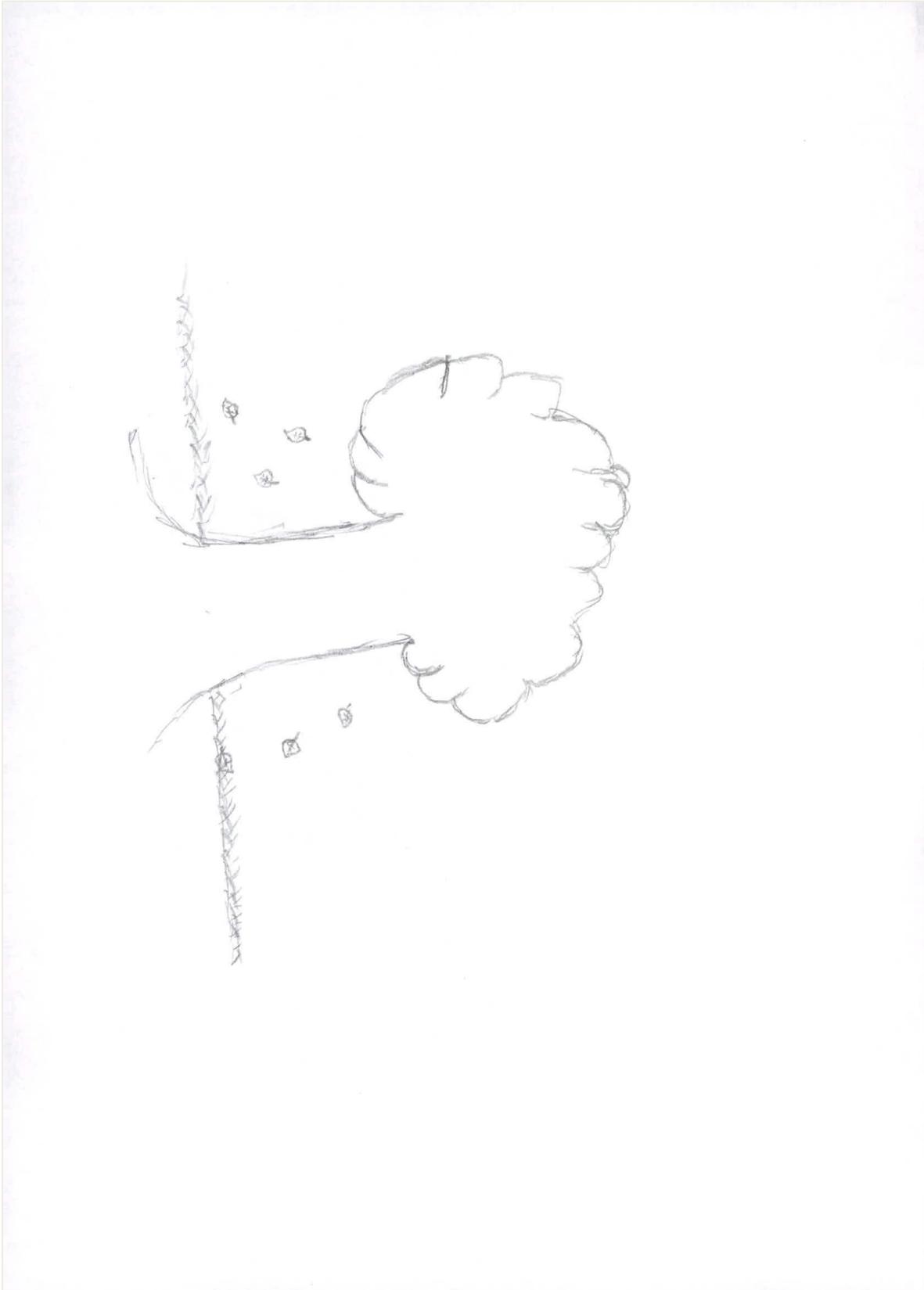


Gráfico 3



Gráfico 4

