

Abuso sexual infantil: las secuelas en adultos.

||
Claudia Rubins.
Psiquiatra forense.
Argentina

E-mail: claudia_rubins@yahoo.com.ar



Resumen

Fundamentalmente, agradezco a los cientos de pacientes que me ayudaron, primero a preguntarme acerca de estas cosas y luego, a dejarse preguntar para poder comenzar un camino de comprensión de estas dolorosas experiencias de sus vidas. Con muchos de ellos hemos leído este material, que deseo compartir con otros, teniendo claro que sus angustias fueron el punto de partida.

Tampoco puedo olvidar a mis colegas, compañeros de trabajo y otros interlocutores científicos con quienes hemos debatido e intercambiado apasionadamente respecto de esta temática, ni a mis seres queridos (mis hijos, mi marido, mis padres) quienes, con mucha paciencia, me acompañan en este camino de estudiar e investigar.

“ nunca es triste la verdad, lo que no tiene es remedio....” SINCERAMENTE TUYO. Joan Manuel Serrat.

Los orígenes

Veintitrés años de profesión, con actividad clínica y trece como perito judicial han despertado mi interés por este tema. En un extremo, encuentro las/os adultos que sufren secuelas de AS, en el otro, las niñas y niños abusados, todos transmitiendo "en carne viva" sus dolorosas vivencias.

En este momento de mi praxis estoy convencida que, la posibilidad de identificar los trastornos secuelares del ASI requiere de experiencia y entrenamiento específicos, tanto que los adultos víctimas de estas experiencias, excepcionalmente lo hacen como motivo de consulta y la información aparece espontáneamente sólo después de años de tratamiento.

Es por ello que considero que este aporte puede resultar útil a los colegas jóvenes, o a quienes inician la práctica de la psicoterapia.

Guardo registros de muchos pacientes que en estos años pasaron por mi consultorio, que conocí en situaciones de interconsulta o en la internación concluyendo que SIEMPRE las secuelas de este tipo de experiencias son muy graves y afectan diversas áreas de la vida cotidiana e implican diferentes discapacidades.

Puedo recoger una estadística de los últimos dieciocho años, en un total de 889 pacientes, entre los que se cuentan quienes concurren a la consulta externa y con los que inicié el contacto durante una entrevista solicitada, en interconsulta por un colega de otra especialidad, o en situaciones de evaluación con finalidad laboral o de algún trámite oficial. No puedo incluir los pacientes atendidos los primeros cuatro años de mi praxis dado que el material clínico pertenece a las instituciones hospitalarias en las que participé.

La que menciono es una estadística con ciertas particularidades, ya que toda la población es de personas que pudieron consultar en el ámbito privado, si bien en los inicios de la misma (1985) casi todas las personas contaban con obra social y yo tomaba pacientes de todas ellas .

Esta aclaración remite a uno de los sesgos que tiene la muestra, que incluye sujetos que estaban trabajando (o estaban en un cargo de algún miembro de su familia incluido en el mercado laboral), pertenecientes a distintos grupos sociales, incluida la clase media, media-alta y trabajadora.

Otro de los sesgos es que todas las personas habían consultado o sido derivadas por padecimientos psíquicos, no se trata de la población general. Aún así, a mí misma me causó enorme sorpresa la gravedad de los diagnósticos.

Por otro lado, y en este caso remitiendo a la población general, entre las niñas y niños víctimas de abuso sexual, es raro

frecuente entrevistar madres/padres que lo fueron en su infancia, y que excepcionalmente se trata de sujetos asintomáticos.

Destaco que el evento de la revelación de los sucesos abusivos en psicoterapia, como una constante, sólo excepción: fueron el motivo de consulta en esas personas que han consultado.

En general, sólo pudieron ser verbalizados luego de transcurrido largo tiempo de tratamiento, en condiciones de mucha confianza de parte del paciente, y - en algunas oportunidades - relacionados con alguna situación actual que resultaba evocadora - y por lo tanto, traumática- de aquello acontecido en la infancia.

Me pregunto cuántas consultas o tratamientos habrán finalizado sin que ni yo advirtiera, ni mi paciente sintiera el resquebrajamiento suficiente para expresar estas vivencias.

En este momento de mi práctica, con la experiencia que brinda haber transitado ambos "extremos" de la problemática muchas veces puedo inferir que la misma está presente y favorecer la aparición del relato que - en todos los casos - resulta aliviador y permitirá abrir las puertas para trabajar las temáticas relativas a las áreas dañadas de sus vidas.

De ese conjunto de 889 pacientes, 55 revelaron historias de abuso sexual infantil (6,18%), sólo seis eran hombres.

Las edades oscilaban entre 22 y 67 años, con la mayor parte del grupo entre los 30 y 50 años.

En ninguno de los casos, la patología presentada era leve.

En los hombres, siempre hallé patologías severas y deteriorantes (esquizofrenia, graves enfermedades psicopatológicas, trastornos en la identidad sexual, etc).

Las pacientes presentaban también graves cuadros, desde trastornos psicóticos (casi el 50 %) hasta trastornos de personalidad, alimentarios, distimia y severas enfermedades psicopatológicas.

Destaco las graves perturbaciones relativas a la autoestima, que interfiere profundamente en la vida cotidiana - en todas las áreas - pero fundamentalmente en las relaciones interpersonales y la vida sexual.

Sin intenciones de describir un síndrome, ni un cuadro específico y excluyente de otros cuadros clínicos, iniciaré una descripción de una cantidad de síntomas que he encontrado en las personas adultas que presentan antecedentes de abuso sexual infantil.

En la bibliografía especializada, se homologan las situaciones de abuso y los efectos traumáticos inmediatos sobre el psiquismo infantil a los cuadros de stress post traumático.

Coincido plenamente con los conceptos del Dr Norberto Garrote, reconocido especialista en el tema, psiquiatra infantil respecto de que se trata de fenómenos de stress que, a diferencia de otros, se prolongan en el tiempo y favorecen la aparición de mecanismos defensivos que le darán curso crónico a la patología.

La familia

Respecto de la constelación familiar, resulta perturbador y confusiónante la desorganización que esta situación produce: configuración edípica, el camino de las identificaciones y la internalización de pautas sociales que fracturan la Ley Social, prohibición del incesto.

Si tenemos en cuenta que el abusador casi siempre (alrededor del 95% de los casos) es un integrante del grupo familiar próximo, en la mayoría de los casos padre, abuelo, tío, padrastro, hermano de estas personas, resulta que para la vida de estos niños se ha violado el tabú del incesto.

Tanto por lo reciente de la posibilidad de denunciar estos hechos cuanto por lo celosamente guardados de los secretos familiares, los adultos que concurren a la consulta han convivido con el abusador, quien acompañó su infancia y/o adolescencia en un rol de poder y toma de decisiones; impregnando las percepciones de estos sujetos en formación con imágenes distorsionadas acerca de la autoridad, los cuidados y graves confusiones relativas a la interpretación del afecto.

Su capital cognitivo incluye severas ambigüedades, distorsiones, confusiones y percepciones ambivalentes al punto de su capacidad para la construcción de relaciones integradas resulta casi sin excepción distorsionada, atravesando estas experiencias traumáticas todos los aspectos de la identidad.

Los factores de resiliencia que parecen intervenir en la constitución de un psiquismo menos dañado que otro, se relacionan con:

- El cuidado y protección que han recibido de otros adultos.
- La posibilidad de haber develado los hechos y ser protegidos del agresor.
- De haber expresado lo que acontecía, ser creídos (no desmentidos)
- Los recursos de contención existentes en la familia ampliada.
- Lo constitucional (series complementarias)

Cuando Renée Kaes desarrolla los conceptos de pacto denegativo u otros autores franceses sobre lo negativo; es justamente lo que no ha sucedido en las familias de estas personas.

Luego deberán ingresar al mundo social, en el que les serán solicitados el respeto y preservación de la Ley, la que fue subvertida en su propia infancia y respecto de la que desconocen ciertos funcionamientos.

Y ocurrirá que algunos podrán tomar de la cultura lo que no fue ofrecido por su grupo primario; habrá quienes repetirán modelos (los menos); habrá quienes necesiten alguna forma de "fuga" de esta realidad normativa, o descubran mear

que les provean de "realidades alternativas".

Los sentimientos de vacío

Las vivencias de vacío, torturantes y de difícil comprensión para el propio paciente, merecen especial atención de parte clínica: "...¿por qué siento como un agujero dentro mío?...¿por qué a veces mi vida parece en blanco?..." (textual) Desde la semiología, se presentan como experiencias melancólicas, aunque pueden distinguirse de éstas por un gran sentimiento de culpa que las acompaña.

No parecen producidas por la vuelta del Superyó sobre el Yo (Duelo y melancolía. S Freud), sino que se trata de un tipo vivencia que los pacientes relatan como arcaico, antiguo, proveniente de la infancia y relacionado con un "dejarse estar" "no ser" que, muchas veces, finalmente enlazan con el "dejarse estar" disociado de la vivencia abusiva: "...era como yo me iba de mi cuerpo, lo dejaba vacío... y ése vacío es como el que siento ahora..." (textual)

Estos sentimientos crónicos de vacío son los que, muchas veces, conducen a los intentos de suicidio en otras etapas de vida.

Los síntomas disociativos

Tanto los mecanismos disociativos como los de escisión han contribuido a la supervivencia de estos sujetos durante la infancia.

Freud utiliza el término escisión del yo para aludir a un fenómeno muy particular que advirtió especialmente en el fetiche de las psicosis: la coexistencia, dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto de la realidad exterior, en cuanto esta contraría una exigencia pulsional: una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega de la realidad en juego y la sustituye por una producción del deseo. Estas dos actitudes coexisten sin influirse recíprocamente.

En cuanto al concepto de escisión del objeto, de origen kleiniano, la autora lo describe como la defensa más primitiva de la angustia: el objeto al que tienden las pulsiones eróticas es escindido en un objeto "bueno" y un objeto "malo" que seguirán destinos relativamente independientes dentro del juego de proyecciones e introyecciones.

Este mecanismo interviene especialmente en la posición esquizoparanoide, en la que afecta objetos parciales, y vuelve a encontrarse en la posición depresiva, afectando al objeto total. (Diccionario de Psicoanálisis. Jean Laplanche).

"La disociación consiste en separar dos ideas entre sí o una idea y el afecto concomitante para evitar así la angustia que pueden generar". Así define la Dra Lía Ricón al otro mecanismo defensivo que se encuentra en la base de graves trastornos secuelas de este tipo de experiencias.

Podría aventurarse que, según el estadio evolutivo, las características del niño/a y el impacto en su psiquismo de las vivencias abusivas, se instalará uno u otro de estos mecanismos de manera privilegiada, pudiendo observarse el inicio de este proceso ya en la infancia.

"...tengo que abrir los ojos para darme cuenta bien con quién estoy... me parece que me pasan de nuevo esas cosas.. cuenta angustiada una señora de más de sesenta años, haciendo referencia a momentos de la intimidad con su marido "...no puedo creer que esto me siga molestando después de tantos años..."

Los mecanismos disociativos, utilizados con privilegio en la infancia, llegan para quedarse e irrumpir en el psiquismo en diferentes ámbitos de la vida. "...es como tener divididos los pensamientos....y cuando te descuidás, se te mezclan y aparece lo que no querés acordarte..."

Aparecen en la sexualidad, como ideación fóbica u obsesiva, como síntomas conversivos, etc.

Cuando una/un paciente consigue "ir armando" su rompecabezas, conectándose con las vivencias de aniquilación y desvalimiento de entonces, esta modalidad defensiva adquiere proporciones menos nocivas para su calidad de vida.

Los recuerdos, escindidos en alguna parte de la memoria, son recobrados, dándole sentido a conductas, sensaciones, percepciones y aliviando - al menos en parte - el peso de los síntomas y el secreto.

La vida sexual

Las máximas populares de "niño violado, futuro violador" aún no han podido ser confirmadas.

Más allá de la incidencia - en victimarios de abuso- de historias de AS en su infancia, la secuela más frecuente en la vida sexual de adultos que fueron víctimas de abuso son las disfunciones sexuales, desde anhedonia hasta frigidez e impotencia.

Asimismo, resulta un dato redundante en las/os víctimas de abuso en la infancia, que sus propios hijos/as resulten angustiados. Nuestro postulado - a confirmar- es que, este mecanismo disociativo - instrumentado desde la infancia- es el que favorece la existencia de un "escotoma" que no deja ver los riesgos que corren al respecto los propios hijos.

Por otra parte, del desarrollo anterior se desprende que, en muchas ocasiones, la elección de pareja ha incluido, de modo inconsciente, una persona con características perversas, que provocará daño a sus niños/as.

La patología

En las variadas formas de presentación, las patologías secuelas de ASI que más he tenido oportunidad de observar

clínica, son los trastornos psicóticos y de personalidad.

En un total de 889 casos, 55 de los cuales refirieron historias de ASI, resultaría el %.

Respecto de la distribución por sexo: 49 mujeres, 6 hombres.

En cuanto a la patología: trastornos psicóticos en 20 pacientes, trastornos de personalidad en 14, trastornos alimentarios 7, distimia en 8, trastornos disociativos en 3 y graves enfermedades psicosomáticas en otros 3.

Clasificada la patología según criterios del DSM IV, puedo mencionar:

1- Trastornos psicóticos: 20 casos, de los cuales:

esquizofrenia: 10 casos.

trast bipolar: 2 casos.

trast depresivo mayor: 8 casos.

2- Trastornos de personalidad: 14 casos, de los cuales:

trast. límite: 5 casos.

trast. histérico: 5 casos.

trast. paranoide: 2 casos.

otros: 2 casos.

3- Trastornos alimentarios: 7 casos.

4- Distimia: 8 casos.

5- Trastorno disociativo: 3 casos.

6- Enfermedades psicosomáticas graves: 3 casos (todas en aparato digestivo).

** - Trastornos asociados (en casi la totalidad de los casos) : 41 pacientes

Trast. en la identidad sexual; 4 casos.

Disfunciones sexuales: 21 casos.

Abuso de sustancias: 2 casos.

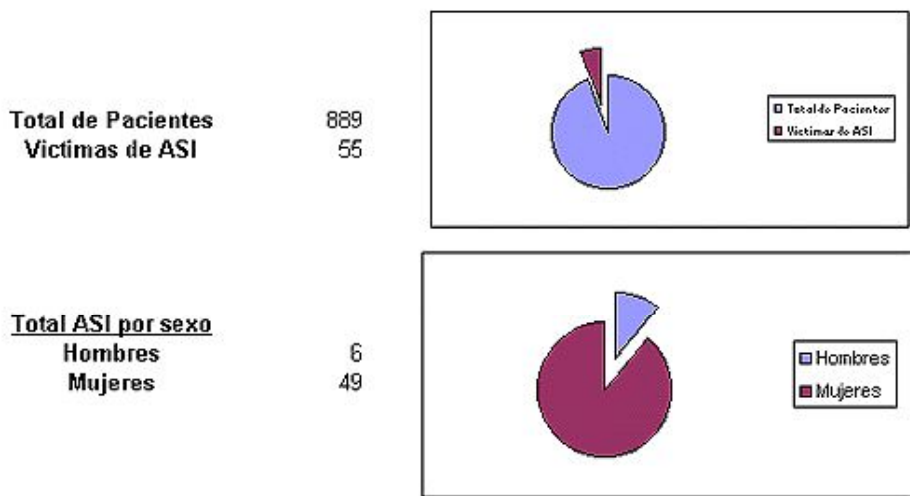
Trast. disociativos: 20 casos.

Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, del estado de ánimo y graves enfermedades psicosomáticas, a algunos de los pacientes los conocí en interconsulta, internados por graves afecciones orgánicas digestivas)

Perturbaciones menos específicas incluyen: alteraciones en la vida sexual (desde anhedonia a promiscuidad y prostitución presentaciones polimorfas, al modo de neurosis que, fundamentalmente, se relacionan con problemáticas de la autoe-identidad ó autoimagen.

Aparecen "como si " fueran trastornos alimentarios, crisis de pánico, fobias, ideación pseudo-obsesiva o histeriforme y de sustancias.

Pese a que se menciona esta etiología para los casos (tan cinematográficos) de personalidades múltiples, no he tenido ocasión de tomar contacto con una consulta por tal cuestión.



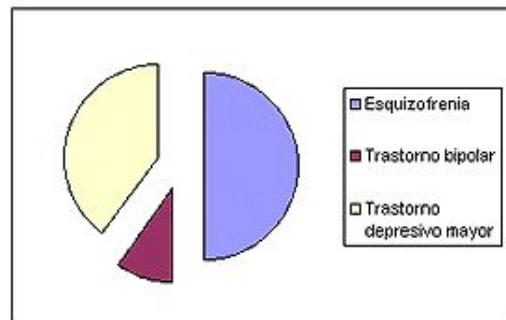
PATOLOGÍAS

Trastornos psicóticos	20
Trastornos de personalidad	14
Trastornos alimentarios	7
Distimia	8
Trastorno disociativo	3
Enf. Psicósomáticas graves	3



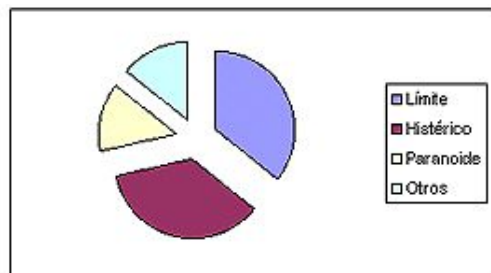
TRASTORNOS PSICÓTICOS

Esquizofrenia	10
Trastorno bipolar	2
Trastorno depresivo mayor	8



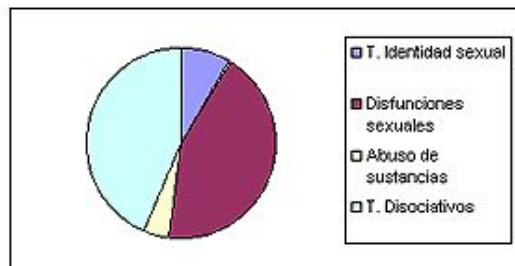
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Límite	5
Histórico	5
Paranoide	2
Otros	2



TRASTORNOS ASOCIADOS

T. Identidad sexual	4
Disfunciones sexuales	20
Abuso de sustancias	2
T. Disociativos	20



Los vínculos

Merecen especial atención las construcciones vinculares que estas personas desarrollan en la vida cotidiana. De las estadísticas surge que las situaciones de abuso sexual infantil ocurren, casi en el 95% de los casos, dentro de familiar, y el agresor es un adulto con el que el/la niño/a mantiene relaciones afectivas de trascendencia, con continuidad que es alguien reconocido en el marco de su grupo de pertenencia (padre, abuelo, tío, padrastro, hermano). Y están mencionados en género masculino porque estadísticamente pertenecen al mismo, siendo menos frecuentes las madres, abuelas u otras mujeres cuidadoras. La modalidad de abuso físico y emocional que es casi exclusividad del género femenino es el Síndrome de Munchausen por poderes.

Si nos remitimos a los orígenes, mientras están sucediendo las experiencias de AS, los niños están expuestos a una vinculación altamente nociva con el agresor; generalmente, el adulto garante de sus cuidados, o de quien se espera la protección, es quien abusa de la confianza y la intimidad de la criatura, a través de mecanismos que implican abuso de poder.

En el tránsito por estas situaciones, mientras ocurren las vivencias abusivas, los niños se encuentran atrapados en un

compleja trama relacional que incluye el secreto, la seducción y la "preferencia" en el estrato filial de pertenencia.

Simultáneamente ocurren experiencias de daño y dolor físico, conexión temprana con percepciones cenestésicas por otras etapas de la vida, conocimientos y vivencias que suceden en un momento en que el psiquismo infantil no puede procesar elaborativamente, y que se transitan al estilo de stress post traumático, claro que ésta es una exposición al s continuada, reiterada y sin contención.

De allí, la necesidad de sostenerse a través de mecanismos disociativos, a menos que irrumpa ya la psicosis.

La telaraña relacional determinará, en el futuro, complicadas experiencias vinculares: desde el mayor nivel de desconfianza instalado en todas las relaciones ; hasta la confusión y extrema dependencia.

La desconfianza respondería al "nadie puede cuidarme"; la confusión , al "en este vínculo, ¿quién soy yo y quién es el otro que depende de mí", y así muchas otras posibilidades, en que - permanentemente - detrás de esta escena se desliza la duda, el temor, la sujeción, la culpa, y tantos matices como sujetos han transitado tan masivas experiencias. Incluso resulta frecuente observar el tránsito de una modalidad a otra, como momentos vinculares , en la búsqueda de verdadera compañía.

Y por alguna razón, en algún momento de la vida, ya sea en la conformación de la pareja, con el nacimiento de los hijos, la vejez, las vivencias abusivas se actualizan, pudiendo - muchos pacientes - revelar estas experiencias por primera vez en su vida.

La confianza en el otro, la apertura o la continuidad de una relación en el tiempo que no incluya niveles importantes de sometimiento, son experiencias vinculares muy deseadas pero escasamente posibles de concretar para estas personas.

El dolor emocional, reactualizado en cada vínculo cada vez que las personas amadas muestran conductas asociadas a aquellas otras, impiden desplegar su potencial afectivo y de crecimiento relacional.

Los mecanismos disociativos, tan necesarios defensivamente para preservarse de la locura mientras el abuso está ocurriendo, conspiran contra el establecimiento de vínculos integrados, capaces de albergar lo mejor y lo peor del otro. Son muy frecuentes las relaciones todo/nada, en las que de la perfección absoluta, el otro se convierte en deleznable, agravante de que es muy difícil recurrir a mecanismos reparatorios en estas relaciones: cuando existe conexión con lo admirado, la ruptura casi siempre es irreversible.

Es muy distinto el pronóstico vincular de quienes, por ejemplo, fueron auxiliados y amparados por otro adulto del entorno familiar (generalmente, la madre) al momento de explicitar el abuso.

Ser "creído", reconocido en el sufrimiento y tener posibilidades de recibir cuidado augura un mayor grado de confianza con otros.

A modo de cierre

(PARA SEGUIR PENSANDO)

" En 1981, J.M Masson fue destituido de su cargo de director de proyectos de los Archivos de Sigmund Freud poco después de haber sugerido en una conferencia pronunciada en New Haven que la teoría clave que Freud había elaborado en 1918 luego repudiado - la llamada teoría de la seducción - podía haber sido, en definitiva, válida. " (El asalto a la verdad. Comentario).

Mi reflexión es que a Masson le costó su cargo, y a miles de niñas y niños , hasta la actualidad, les ha costado el descreimiento y la continuidad del sufrimiento...

Esto es así al punto que aún hoy, ante una denuncia de abuso sexual infantil, sobre lo que más insisten los jueces es de la capacidad de fabulación de los niños y si su relato es veraz.

Desde un supuesto que establece que los niños mienten, tienen fantasías sexuales con sus padres (resultando difícil para muchos operadores, que funcionan desde este supuesto, separar los detalles entre la fantasía y las verdaderas experiencias de una sexualidad inadecuada, invasiva y violatoria), pueden "ser utilizados" para expresar lo que otros "les meten en la cabeza", en realidad se coloca a los niños en un camino sin salida... cuando nuestra experiencia es que los relatos no fidedignos son menos del 10%... y de ese 10% la mitad no refiere datos falsos acerca del abuso, sino del abusador (es decir, que el abuso existió, y el niño no puede develar - por temor, amenazas , etc - la identidad del mismo.) Con lo que casi todos los relatos de ASI resultan veraces.

Seguramente, si se establecieran comparaciones, los adultos mienten más, son menos fiables en general ante cualquier interlocutor, no sólo ante la justicia y rara vez se especula tanto respecto de los beneficios secundarios como con las niñas/os... tal vez porque incluso la legislación - como sus representantes, los jueces - continúan imbuídos de esta idea que largamente excede a Freud y su teoría de la seducción .Sería demasiado lineal atribuir a esta cuestión exclusiva los ocultamientos y cegueras de años... pero sí podemos pensar cuántas veces que un niño contó en terapia estos su pudo haber sido interpretado en el marco de fantasías edípicas...Y cuántas veces que contó en la escuela esta información no fue resguardada, y cuántas veces... En fin, que tantas veces resultan en tantas personas dañadas por estas dolorosas historias de vida.

La finalidad de transmitir estas reflexiones es alertar a los colegas acerca de modos de presentación que, en ocasiones enmascaran procesos muy graves... que el terapeuta puede profundizar si no posee, al menos, el presente como diagnóstico.

diferencial.

Con el agravante de que ese consultante, reeditaré, nuevamente, los sucesos de violentación, descreimiento y descui ha sufrido en la infancia.

Se debe estar especialmente alerta en los cuadros en que se presenten síntomas disociativos (en un todo de acuerdo Freud y el relato de sus histéricas, si bien podríamos revisar las entidades diagnósticas a la luz de la nosografía actual que este tipo de mecanismo defensivo es muy frecuente.

Por otra parte, como testigo de cientos de niños que han revelado estas historias, como acompañante a veces de su testimonio cruento y desgarrado, creo necesario insistir en las severas secuelas, que comienzan a ser aún más graves cuando arremete el descreimiento.

Por estas épocas, desgraciadamente, contra la mínima voz de los niños lastimados, se levanta una voz poderosa (la portavoz del backlash) abonando todos los mitos respecto del ASI: que los psicólogos mienten, que los niños mienten, las madres denunciadoras mienten... mientras, en la intimidad de los consultorios, los terapeutas escuchamos, de boca aquellos niños de ayer, las historias que los traen hoy por sus discapacidades en la vida.

Por todo lo expresado es que este aporte pretende acercar algunas experiencias que la clínica me ha brindado, con la intención de sumar intercambios a los fines de prevenir en nuestras intervenciones los lesivos efectos de la negación y descreimiento, ya que muchas veces - en rigor de verdad, la mayoría de las veces - es en un ámbito terapéutico (en un extremo u otro de la vida) que podemos escuchar estas historias... y si no afinamos la escucha, es posible que, sólo con estemos haciendo daño.

Bibliografía

- El asalto a la verdad. La renuncia de Freud a la teoría de la seducción. Jeffrey Moussaieff Masson. Edit Seix Barral.1
- Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar. Paidós Terapia familiar,1991.
- La pareja. Encuentros, desencuentros, reencuentros. Janine Puget (compilación y prólogo). Paidós, Psicología profunda.1996.
- Trastorno por estrés post traumático: sus manifestaciones en el abuso sexual infantil. Dr Norberto Garrote. Congreso Interpsiquis 2003.
- Triángulos relacionales. Philip Guerin y otros. Amorrortu editores.2000.
- Problemas del campo de la salud mental. Lía Ricón y otros. Paidós.1995.
- Abuso sexual de niños. Danya Glaser y Stephen Frosh.Paidós.1997.
- Pobreza, institución, familia. Salvador Minuchin, Patricia Minuchin, Jorge Colapinto. Amorrortu.2000.
- Maltrato y violencia infantojuvenil.Aspectos jurídicos, pediátricos, psicológicos y sociales. Varios autores(Fugaretta, F Romano, etc.)Nuevo pensamiento Judicial Editora.1998.
- Diccionario de psicoanálisis. Jean Laplanche. Jean Bertrand Pontalis. Editorial Labor. 1981.
- Abuso sexual infantil en las mejores familias. Irene V. Intebi. Granica editores.1998.
- La pareja y sus anudamientos. Daniel Asiner y otros. Janine Puget compiladora. Lugar Editorial.2001.
- Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación. Cloe Madanes. Paidós terapia familiar. 1993.
- Conductas sexuales inadecuadas. Héctor F.Segú.Lumen Humanitas editorial. 1996.
- El dolor invisible de la infancia. Jorge Barudy. Paidós terapia familiar. 1998.
- Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Reynaldo Perrone y martine Nan Paidós Terapia Familiar. 1997.
- Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Enrique Echeburúa y Cristina Guerricocheva Ariel editorial . 2000.
- Seminario taller sobre maltrato y abuso sexual infantil. Lic Diana Sanz. Dr Juan Pablo Viar. Río Gallegos, junio 1996.
- Psicoanálisis de la pareja matrimonial. Janine Puget. Isidoro Berenstein.Paidos psicología profunda.2001.
- Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones. Renée Kaes y otros. Amorrortu editores,. 1996.
- Lo negativo.Figuras y modalidades. A. Missenard y otros. Amorrortu editores.1991.

- La vida emocional de la familia. Rodolfo Moguillansky, Guillermo Seguer. Lugar Editorial.1996.
- Violencia y abuso sexual infantil. Lic Diana Sanz Dr Alejandro Molina.
- Artículos varios y debates acerca de ASI y Backlash . Listas de Niñez y Adolescencia, Infancia y psicopatología. Año y 2003. Garaventa. Autores: Dra Eva Giverti. Lic Isabel Monzón. Dra Virginia Berlinerblau. Dr Atilio Alvarez. Lic Carlos Lic Alicia Ganduglia y otros participantes de la lista.
- Debates e intercambios con mis compañeros del Gabinete Médico Social y de Adopción, desde 1990 a la fecha.
- Intercambios y comentarios muy enriquecedores con las Dras María Alicia Favot, Juez de Familia de Cipolletti, Río N Claudia Guerra, Juez de Familia en Río Gallegos, Santa Cruz.
- Psiquiatría Forense, Sexología, Praxis. Revista de la Asociación Argentina de Psiquiatras, N° 14, septiembre 2002.