

HABLANDO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Dra. Analia Verónica Lozada

Universidad Flores, Argentina

RESUMEN

El abuso sexual infantil es entendido como un tipo de maltrato físico y emocional; se considera un abuso sexual infantil desde el momento en que se le presenta a un infante contenido pornográfico o se hace a este protagonista del mismo, hasta un acercamiento inapropiado y/o penetración. Los niños al vivir una situación de abuso demuestran diversos cambios en sus conductas entre los que se pueden encontrar un trastorno de sueño, alimenticio o retrocesos en el aprendizaje; al notar uno de estos cambios, los cuidadores deben escuchar al niño sin cuestionarlo y buscar ayuda profesional. Hablando de prevención entre las recomendaciones se encuentra como principal la comunicación con los niños, hablar de los temas de sexualidad sin prejuicios y con naturalidad para construir un vínculo sano, además de pedirle a los profesionales de la salud que fomenten estrategias de intervención dirigidas a un posible ofensor sexual.

Palabras clave: abuso sexual, prevención, ofensores sexuales

Angeles: Dra. Analia Veronica Lozada le agradecemos mucho el que colabore con nosotros para realizar esta entrevista en la que vamos a hablar sobre el abuso sexual infantil.

Dra. Analia: Buenas tardes, la agradezco soy yo a la revista REDES, la verdad es que es una publicación sumamente interesante, tanto los artículos, el contenido que está publicado hasta el momento, del mismo modo como las entrevistas que llevaron adelante, así que para mí es un honor y estoy sumamente agradecida hacia vos por llevar adelante esta labor y a cada una de las autoridades de la revista, así que gracias.

Angeles: Gracias a usted doctora, bueno si le parece bien vamos a dar comienzo con la entrevista y me gustaría empezar preguntándole ¿Qué se entiende por abuso sexual infantil?

Dra. Analia: Así es, es un buen inicio, es una buena pregunta inicial, dentro de los tipos de maltrato se pueden llevar hacia adelante en la infancia hay dos tipos, un grupo que son por omisión, o sea aquellos tipos de maltrato cuando no hacemos cosas que debemos hacer para cuidar a nuestros niños, como tienen que ver con la negligencia o con el abandono emocional y hay un segundo tipo de maltrato que es maltrato por acción, si esto se lleve adelante en el plano físico, tenemos los maltratos infantiles físicos como "síndromes" de los niños apaleados, otro segundo grupo en cuestión emocional son los maltratos emocionales y si esto ocurre en el plano sexual se presenta el abuso sexual infantil.



ENTREVISTA

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.3.2.2021.407.56-65>

O sea la primer parte de la respuesta es que el abuso sexual infantil es un tipo de maltrato, ocurre puntualmente cuando un niño es utilizado por un ofensor o por un agresor ya sea un adulto conocido o desconocido de esto vamos a hablar un poquito, ya sea pariente u otro que obtiene algún tipo de gratificación, llevando a adelante una práctica impropia para el niño, la naturaleza de actividades sexuales y esto se presenta cuando el niño no está en condiciones de comprender lo que está aconteciendo porque madurativamente no pueden interpretar esos eventos con forzamientos físicos o con convencimiento más de índole intelectual pensemos que todo abuso comienza diciéndole al niño, sobre todo si es interfamiliar, “esto es un juego”, “es un secreto y no se le puede decir a nadie”; y en esta misma línea el abuso implica desde manoseos, frotamientos cualquier tipo de deseo sexual, hasta prácticas de coito, penetración, pero también exhibicionismo, todo lo que tiene que ver con el M.A.S.I el Material de Abuso Sexual Infantil, donde se le muestra a un niño o se hace que el niño sea protagonista de ese material fotográfico o de vídeo.

Angeles: Entonces si le entendí bien podemos considerar un abuso sexual infantil desde el momento de presentarle pornografía al niño o contenido sexual hasta una caricia que no considere apropiada y llegando también al coito.

Dra. Analia: Exactamente tal cual como vos lo decís es una forma de maltrato altísimo y sabemos que esto afecta a su integridad física pero también a su integridad psíquica y moral y a los derechos, lo que tiene que ver con los derechos a la integridad, a la intimidad, a la privacidad, sobre todo se vulnera el derecho del niño a no ser expuesto a ningún tipo de violencia, abuso explotación o malos tratos, todos estos derechos se encuentran protegidos a nivel internacional por la convención de derechos del niño, específicamente cada país que ha adherido a la convención tiene puntualmente una legislación pertinente, pero sabemos que mundialmente la condición del abuso sexual infantil es sinónimo de repudio.

Angeles: Con lo que nos dice, generalmente identificamos el abuso sexual cuando ya es muy tarde o cuando ya pasó mucho tiempo de que el niño sufrió este abuso; ¿Cómo pueden los

cuidadores identificar si un infante vive abuso sexual infantil?

Dra. Analia: Bueno es muy inteligente la pregunta por qué hay determinados signos y síntomas que dan cuenta de la situación de abuso en niños. Pensemos que un chiquito que es abusado después tiene que abrir su cuaderno y hacer la tarea o en épocas de pandemia conectarse al zoom o agarrar sus juguetes y ponerse a jugar, o sea, seguir con su vida diaria a pesar de ese hecho tan traumático que está viviendo y como vos señalas cuando ya es tarde, ¿por qué este comentario? Porque en promedio mundialmente cuando un abuso es intrafamiliar, las estadísticas nos dicen que un abuso dura siete, ocho o nueve años, o sea que comienza en la primera infancia y este se prolonga hasta casi la entrada en la adolescencia, entonces como vos decís tarde, tarde por el *empecimiento* que tenemos en la detección, pero todo niño de alguna manera lo cuenta, primero con un cambio de conducta, puede ser que si el niño no tenía temor a dormir solo, ahora comienza con ese temor, no quiere apagar la luz de su casa, no quiere ir al colegio o no se quiere ir del colegio, hay un determinado familiar al que no quiere visitar, hay alguna calle por la que no quiere transitar, algo nos está diciendo; en esa misma situación hay muchísimos ejemplos de tantos casos clínicos y de la bibliografía escrita que ilustre ejemplos diferentes, síntomas que son específicos de cada niño, pero hay conductas que se repiten como por ejemplo en chicos que ya habían controlado esfínteres, cuadros de enuresis o encopresis, cuando esta situación ya estaba adquirida este hábito de aprendizaje o retrasos en el habla en niños que no lo tenían antes, o sea alguna variación también en su marco evolutivo que nos muestre si hay conductas regresivas, lo pudo contar de alguna manera, pudo narrarlo aunque sea diciendo que le sucedió a otro “mi compañera tal y tal le pasó tal cosa” y está haciendo referencia a su propia historia o “sabes que tal me dijo” y habla de si mismo y también decirlo en primera persona “yo no sé si lo soñé o si me pasó tal o cual evento” o contarle, dibujarlo por supuesto, hay técnicas que no fueron creadas para ello como por ejemplo, el test de la persona bajo la lluvia que sin embargo, a pesar de que no fueron técnicas psicológicas que no fueron diseñadas para eso tienen resultados muy puntuales en estos eventos.

Y tú pregunta hacía referencia a cómo pueden darse cuenta los cuidadores; pensemos que alguno de los cuidadores puede ser el mismo perpetrador, entonces todo abuso sexual es una relación de poder, es alguien que cuida al niño, que le da de comer, que lo lleva al colegio, que está evolutivamente está brindando contención y sin embargo está transcurriendo en paralelo la situación de abuso sexual infantil, entonces por un lado la mayor indicación es desde los espacios docentes y desde la casa plantearle que el cuerpo es suyo, que nadie puede tocárselo en sus partes íntimas, que hay determinados tocamientos que no son saludables, que si un médico los va a revisar tiene que estar uno de sus papás presentes, o sea que hay determinadas cuestiones de seguridad pero vamos a seguir hablando de si esto alcanza o no, porque se ha hecho en los últimos años y sin embargo vamos a dar datos de prevalencia que no se han modificado en todo el mundo salvo algunos casos de éxito, entonces sabemos que hay indicadores que muestran un cambio de conducta, ese sería el denominador común, desde físicos cuando la situación presenta un abuso con compuestos físicos también nos vamos a encontrar por ejemplo, manchas en la ropa interior, flujo que no es apropiado para la edad, incluso manchas de restos sanguíneos, enfermedades de transmisión sexual, embarazos, o sea hay situaciones puntuales de muchísima gravedad que realmente permiten identificar las situaciones de abuso y hay otros que tienen que ver con modificaciones en la conducta, pero la respuesta es estar atento, escuchar, preguntar “¿cómo estás?”, aunque se trate de una niña o un niño pequeño “¿cómo estás?” y esa pregunta quizá no da la posibilidad de responderla una vez pero si otra u otra u otra “¿cómo estás?, ¿cómo te fue?, sabés que me puedes contar lo que quieras que siempre te voy a creer, que siempre te voy a apoyar”; reforzar el vínculo parental y permitiendo al niño que se exprese libremente y creerle si el niño cuenta, por que en muchos casos además de todos estos signos y síntomas que estamos ignorando el niño puede hacer un relato y decir “el profesor tal” o “el tío tal” o “en tal situación” o “no quiero ir porque”, entonces creerle si, saber que es un porcentaje muy chiquitito el de los niños que dicen algo que no es real y cuando dicen es porque no pueden realmente contar de quien se trata, entonces para una vivencia el niño se

siente muy culpable por que la culpa por el abuso es la que el ofensor sexual le ha generado y dice “si vos contás no te van a creer”, “si vos lo contás van a decir que fue culpa tuya”, “vos me provocaste”; estamos hablado de niños de cuatro y cinco años donde realmente su capacidad psíquica el momento evolutivo no le permite dimensionar la complejidad de lo que está viviendo, pero si siente desde una temprana edad que esto no está bien, que algo de esto no está bien y esta práctica del secreto que no es saludable, porque enseñan al niño a ocultar sus sentimientos y sus vivencias, así que la respuesta sería estar atentos porque siempre de alguna manera ante cualquier situación de abuso, con palabras o con signos o con síntomas o con un gráfico de alguna forma lo está contando, pero tiene que haber algún adulto que lo pueda escuchar, que lo pueda ver, que pueda comprender lo que está sucediendo, una consulta con el pediatra en determinadas situaciones. También los docentes pueden detectar estas situaciones, nos han contado de chicos que caminaban mal, con cierta dificultad, un profesor de educación física se dio cuenta que algo estaba pasando, docentes que recibieron comentarios directamente de vivencias de abuso sexual, así que escuchar sería en parte la respuesta. Vemos en todos estos ejemplos o tipologías que les acabo de nombrar varias posibilidades de prácticas de abuso sexual y no tenemos que pensar en “bueno, pero es menos grave por que aconteció tal o cual evento” sino que todas tienen un impacto psicológico en el niño.



Angeles: si creo que es muy importante poner atención a esos cambios, porque sobre todo son cambios muy drásticos en la conducta del niño y como dice son pocos los que a lo mejor están viviendo el abuso y se atreven a contarlo, porque además de ese abuso físico o abuso sexual también hay un abuso emocional por parte del ofensor siempre con esto de la culpa de “es un secreto”, “no

te van a creer”, “tú eres la mala persona” ¿no? En pocas palabras, entonces hay que poner atención en estas cosas.

Dra. Analía: si es como vos señalás esta vivencia de la culpa puesta en el niño y la responsabilidad del adulto puesta en el niño como describís.

Angeles: Y bueno si logramos identificar algunas de estas cosas, que el niño nos cuente o llegamos a ver estos cambios tan drásticos de conducta ¿Qué es lo que podemos hacer?



Dra. Analía: en primer lugar es creerle, independientemente de que se trate que esto acontezca desde nuestra función parental hasta nuestra función profesional, tranquilizar al niño, decirle que lo escuchamos, que le creemos que vamos a pedir ayuda y saber que en algunas de nuestras profesiones tenemos la obligatoriedad de denunciar, no denunciamos el abuso porque es la justicia la que dice si el evento ocurrió o no ocurrió, si fue tal persona, si hubiera una condena, lo que si nosotros denunciamos es la mera presunción, entonces evaluar de acuerdo a la legislación vigente, de acuerdo a la legislación de nuestro país los alcances que tiene nuestra profesión para llevar adelante una denuncia, pero es importantísimo creele y pedir ayuda, ofrecerle en primer lugar una mirada diferente a la que el adulto que fue el ofensor sexual le señaló que “nadie le va a creer”, ahí ya rompemos parte del hechizo que cita Reynaldo Perroni como que el sentimiento que prima en una situación de abuso sexual, que el niño queda como hechizado, como una especie de estado de trance, entonces con esta dificultades tan significativas que se presentan en un niño para poder contarle es un montón que lo haya podido decir, y como vos bien señalabas al principio de la entrevista ¿Qué pasa si lo cuenta tardíamente?,

tardíamente es cuando este evento está aconteciendo hace dos años, tres años, cuatro, cinco años, también creerle y no cuestionarle de porque lo está contando ahora, porque es el momento en el que lo puede contar, también vos hacías referencia en tu comentario antes de esta pregunta muy muy asertivamente donde planteabas que parte de lo que decía el abusador sino se estaba cumpliendo de alguna manera, entonces le creemos rompiendo esa situación de hechizo y le ofrecemos una perspectiva diferente, porque vos planteabas como que lo logran contar, de los que se sabe, hay una frase muy común entre los especialistas de abuso sexual, donde se dice que el abuso que se muestra es la punta del iceberg, porque la mayoría de las personas no lo cuenta y porque dentro de la psicología clínica se sabe que es un fenómeno que se analiza retrospectivamente, ósea que nos encontramos con un paciente de 30, 35, 40, 50 años o más y que lo está contando por primera vez en su terapia, entonces si el niño lo ha contado lo escuchamos, le creemos e hizo lo que podía hacer que era sobrevivir a la situación. Porque hay muchos niños con situaciones de abuso sexual que sabemos que no sobreviven a estos eventos, incluso cuando se trata de familiares cercanos, entonces, tranquilizar al niño, agradecerle la confianza, que no los haya contado, ofrecerle un ambiente seguro para contarle y pedir ayuda, desde la atención médica, desde la atención psicológica, desde la asistencia legal, pero primero creerle.

Angeles: okey, y bueno ya comentaba un poquito, pero, ¿nos podría hablar más de cómo afecta este abuso sexual al infante?

Dra. Analía: si, afecta en la vida diaria en su desarrollo, en la vivencia cognitiva, tiene que convivir con esa situación, termina una situación de abuso y agarra las muñecas y se pone a jugar ¿sí?, pensemos en esta dificultad de seguir siendo niño habiendo vivenciado o estando transitando una situación de abuso, hay una serie de consecuencias y de trastornos que son prototípicos y que se repiten en personas que han tenido situaciones de abuso sexual y que no se ha llevado adelante una revelación, en sentido de que los hayan escuchado, se haya hecho una denuncia, un tratamiento, en estos casos en dónde la respuesta o la solución ha sido fallida o nunca llegó, ahí se presenta una serie de trastornos significativos, desde ideaciones e intentos suicidas, trastornos de la conducta

alimentaria tiene una asociación muy muy grande, el abuso sexual infantil y los trastornos de la conducta alimentaria, hay muchísimas publicaciones sobre el tema, sobre todo en el correo de los últimos 10 años, trastornos de sueño, trastorno de la vida sexual y sobre todo esta dificultad en aquellas personas que no han podido hacer tratamiento una revisión de estos fenómenos en sus propios hijos, entonces tenemos generaciones de dos o tres familias con dos o tres generaciones que se repitan situaciones de abuso sexual infantil y estos fenómenos no cesan o sea que afecta la vida del niño, afecta a largo plazo con trastornos a largo plazo y afecta si esto no se ha tratado positivamente, sino se ha llevado las medidas de apoyo, de cuidado, en la niñez o en la adolescencia a las generaciones de liberar, entonces recibimos pacientes con trastornos ligados y consecuentes al abuso sexual infantil y al preguntarles a sus mamás si han tenido alguna situación como que pueda pensarse de su comprensión como dentro del abuso sexual infantil la respuesta de esas mamás es “sí, yo también pero nunca lo conté”, así que este es un fenómeno a trabajar porque ya tenemos dos o tres generaciones con este impacto, así que afecta totalmente, afecta también a la salud física por supuesto por que el cuerpo de un niño no está preparado para estos eventos.

Angeles: con lo que menciona de que se han encontrado que hay dos, tres generaciones donde sigue el abuso es ¿por qué sigue estando el mismo ofensor sexual? o es ¿porqué como que se repite el patrón?

Dra. Analia: muy bien la apreciación, de las dos maneras, hemos tenido situaciones donde un padrino, un abuelo ha abusado de sus hijas mujeres y ahora abusa de sus nietas por ejemplo, y hay otras porque la misma situación no elaborada por parte de la mamá lleva adelante a que no ha podido cuidar a sus hijas frente a esto o creyó que no podía pasar o incluso ha elegido inconscientemente a una persona que tenga las mismas características que le ofensor sexual, de las dos maneras pero la herramienta más importante para ilustrarlo con el paciente y con su familia es el genograma, entonces en el mismo grafico del genograma vemos repeticiones de abuso a nivel transgeneracional altamente significativa, así que es muy importante para tener en cuenta y esto se

trabaja para no tener en la consulta dentro de 20 años al hijo de contando las mismas situaciones también altamente traumáticas, pensemos que este ofensor de niños, no es ofensor de un niño puntualmente, es abusador de niños, entonces esto se repite en varios miembros de la familia o en varios alumnos o si se trata de un preparador o entrenador físico en varios niños en 40 años por ejemplo de carrera profesional o si se trata de un sacerdote en las diferentes ciudades donde ha trabajado, la historia después nos muestra cuando adultos que realizan una denuncia y esto se visualiza personas de diferentes ciudades y de diferentes edades que han atravesado estas mismas vivencias y ahí también dentro del estudio de los abusadores y de la clasificación de los abusadores hay estudios que dan cuenta de la cantidad de niños de las que ha abusado un único abusador, o sea que es un fenómeno que de no llegarse a una solución asertiva positiva tiene un efecto multiplicador altísimo.



Angeles: bueno lo que nos habla de las afectaciones pues también entraría un poco en estos indicadores de que se está viviendo el abuso ¿no? Porque finalmente un trastorno alimenticio o de sueño pues es un cambio de conducta que es muy notorio.

Dra. Analia: así es y el poder verlo porque el niño no lo cuenta de un modo u otro, pero tiene que haber alguien que lo está pudiendo mirar, que no pudo ver la situación de abuso ¿sí? Pero si decir ¿con quién estaba? Cuando estábamos todos en mi casa, pero esto pasaba en tal lugar de la casa, bueno ¿en dónde está tal? Y ¿Qué está haciendo?, ¿Por qué tarda tanto?, o sea no desde un hipercontrol sino desde el cuidado, entonces no pude ver la situación de abuso, pero si poder ver estos cambios para que el abuso cese, sobre todo una vez que lo contó el niño para que esto no siga pasando, porque es una nueva revisión del evento del abuso y “porque lo conté y no se modificó nada”, entonces ese daño es mayor.

Angeles: Nos podría dar algunas recomendaciones para los cuidadores para tratar de prevenir este abuso sexual.

Dra. Analia: Si, por supuesto, en primer lugar sabemos que lo que más cura es la promoción de la salud, hablar de los vínculos saludables, de las relaciones parentales, dentro de los estilos parentales democráticos, con límites, por supuesto, que hay sobre los hijos y en la crianza pero también con esta posibilidad de escucha, de afecto, de que si sucede este evento el niño ese mismo día se lo pueda contar a un adulto cercano y responsable, o sea que la primer recomendación está enmarcada en el espacio de la promoción de la salud que es el vínculo sano y constructivo; en la segunda línea tenemos toda esta mirada acerca del propio cuerpo del niño, del autocuidado, de que son prácticas que están reservadas para las personas adultas y en el caso de que cada adulto lo desee llevar adelante, que son cuestiones que nadie lo puede tocar, que nadie puede revisar sus partes íntimas, enseñarle al niño que desde que tiene la edad para poder hacerlo puede higienizar estas partes el niño solo, obviamente que con la supervisión y el cuidado del adulto y que ante cualquier cosa que le pase en su vida, no solo del índole del abuso sexual, sino lo que fuese que puede contar con nosotros, esa es una parte del cuidado, igual ya sabemos que con eso solo no alcanza, pero parte de las recomendaciones es evitar que pase, porque las campañas de prevención nosotros vemos tanto en México, como en Argentina como en muchos otros países aluden a cuando el evento ya pasó “denunciar” “llamarnos” entonces está la niña llorando, la muñeca tirada en el piso, como una marca que puede pensarse como un golpe o una ropa rajada, sin embargo, nosotros tenemos que apuntar el evento antes de que el abuso se acontezca, parte de lo que tenemos que construir es el pre para que no lleguemos a la situación de abuso.

Angeles: creo que, bueno nos comenta en parte del pre es como esta comunicación con el niño y el que conozca su cuerpo y creo que es una de las cosas que a los cuidadores y sobre todo directamente a los padres y a las madres de familia creo que es la parte que más les cuesta trabajo ¿no? Que más cuesta trabajo, el como lo hablo con el niño, porque incluso hasta cierta

edad no llamamos ni siquiera a los genitales por su nombre, siempre les cambiamos el nombre o es como el “eso no se haga” “no se toca”, es algo negativo entonces ¿cómo podemos hablar con los niños sobre esto del autocuidado y sobre el abuso sexual?

Dra. Analia: con total naturalidad, pensemos que no solo en los padres, hasta hace poco tiempo hay determinados órganos que no se estudiaban en anatomía en la carrera de medicina, por ejemplo, a menos que uno hiciera una especialidad puntualmente como especialidad posterior, como estudios de posgrado, pero dentro de los estudios de anatomía no eran incluidos, entonces pensemos que el tema era tabú también para los profesionales no solo en la relación de padres con hijos.

Plantearlo como otro tema más sabiendo que eso le brinda una capa totalmente protectora a nuestro hijo y diciéndole el nombre de cada uno de los órganos, un niño por decirle vagina o decir pene no está asociado a una mala palabra, sino que es una denominación, es el nombre que tiene y ayuda también al niño a saber de qué se habla en una situación escolar, en una situación de acoso o una situación de ofensa entre pares entre chicos donde realmente pueda hablar con propiedad, es un factor protector poder hablar de educación sexual con nuestros hijos y también autorizar a que esto se lleve adelante en las escuelas, sabemos que hablar del tema no genera embarazos adolescentes, hablar del tema permite la utilización a futuro del preservativo, hablarlo, ponerle nombre en realidad es un factor protector; en diferentes estudios, no solo en el abuso sexual se ve que a mayor nivel educativo, a mayor instrucción, mayor formación, más factores protectores tenemos pero no solo frente al abuso a múltiples afecciones, por ejemplo, esta estudiado en este momento de pandemia con el COVID, entonces no es una sobreinformación sino que es poder explicitar como hablamos de otros tantos temas con nuestros hijos y saber que si está la pregunta y nosotros no le damos una respuesta satisfactoria va a buscar en internet y va a tomar una creencia errónea, va a generar una distorsión cognitiva, o sea sabemos que la respuesta está en nosotros y lo que no sabemos o lo que no podemos llevar esta pregunta a una consulta profesional estando nosotros presentes, hablarlo con el pediatra y encontrar la forma, hay estudios muy interesantes

acerca de cómo se le explicitó a la niña la menarca, como se le contó acerca de su periodo menstrual y de acuerdo a si esto le fue explicitado como algo natural, cómo parte de la biología, parte del crecimiento que implicancia se trataba, cómo posteriormente la sexualidad había tenido una orientación positiva, una perspectiva de vivencia saludable y placentera y en aquellos casos que fue planteado negativamente o que no sabían que sucedía, todas las consecuencias negativas, o sea que vemos que la información es una herramienta valiosísima y hablarlo como hablamos otros temas y también estar agradecidos a nuestros hijos que nos llevan esta pregunta a nosotros.

Angeles: Entonces creo que deberíamos empezar primero con nosotros y preguntarnos a nosotros que tan cómodos nos sentimos con el tema, o incluso a lo mejor con nosotros mismos, con nuestro cuerpo, con nuestra sexualidad, cómo nos vinculamos con ello para poder ayudar a nuestros hijos o a los niños que están a nuestro cargo.

Dra. Analia: Excelente lo que planteas y pensar que venimos de generaciones donde no se estilaba estas conversaciones con vuestros planes y menos de nuestros padres con nuestros abuelos y así podemos rastrear mucho más atrás, pensemos que los prejuicios y los mitos de cada uno de estos.

Angeles: Claro, bueno hemos hablado del abuso sexual de los niños, me gustaría hablar ahora un poco de la otra parte de los ofensores sexuales, de manera general ¿Qué podía decirnos de los ofensores sexuales?

Dra. Analia: Que nos preocupa en este momento en relación a ello, tuvimos no solamente en Argentina, en el mundo y eso uno lo rastrea por las publicaciones científicas sobre el tema, una preocupación vigente sobre ofensores sexuales jóvenes, entonces se recibe la consulta y se dice “bueno y ¿Qué edad tenía?, es un compañero, es un primo que tiene esta diferencia de edad, nuestro hijo tiene 5 años y el ofensor tiene 13” o sea con esta cercanía en dónde en realidad no tenemos a un niño para atender sino que tenemos a dos para brindar asistencia sobre esto, esto se está viendo cada vez más, entonces es una alarma y los diferentes estudios lo que muestra es

que no hay una característica común en todos estos ofensores sexuales jóvenes, o sea la característica común es que son todos diferentes, en términos sociodemográficos, en términos de historias de vida, en que han tenido o no han tenido situaciones narradas de abuso sexuales previos, en las características del grupo familiar, en la dinámica, en la funcionalidad familiar, o sea hay un nivel de heterogeneidad muy grande entonces es algo sobre lo que podemos comenzar a preguntarnos y también la prevención que alcance también a estos niños, antes de llegar a una ofensa y sobre todo lo que se es una resistencia de estas familias en reconocer que el niño ha tenido estas conductas que no son esperables, que no son propias y en llevarlo a tratamiento, esta es una necesidad imperiosa, creer y hacer “no, no, puede ser mi hijo no”. “no lo creo”, “no va a ser así”, y una enemistad tremenda y disociaciones entre estas dos familias; sabemos que esto pasa y que es una deuda pendiente sobre la que hay que seguir investigando, pero a la hora de brindar tratamiento ofrecer tratamiento a las dos familias, en muchos casos a estos dos niños, en esta misma situación.



Es una preocupación altamente relevante de esta época, así que es algo en lo que nos tenemos que abocar, también pensar que hay ejemplos de éxito en la prevención del abuso sexual infantil y en el abordaje.

Hay dos países puntualmente, todo lo que tiene que ver con las políticas de Gran Bretaña y en Alemania también en sintonía han llevado adelante programas en donde ellos brindan tratamiento al posible ofensor sexual, entonces se le dice “si vos tenés deseos de tener tocamientos o de besar a un niño acercarte que te podemos ayudar”; esos dos países han modificado las tasas de prevalencia que tienen todo el resto de los países del planeta desde la primer investigación de quince y que ya cumple 100 años hasta la actualidad, tenemos un promedio de

entre el 20 y el 25% de las niñas y la mitad de los varones, o sea 1 de cada 5 niñas o 1 de cada 4, depende el país y la forma de medir el abuso sexual infantil o que consideramos como abuso y que no, han tenido situaciones de abuso sexual infantil en la infancia, o sea que es un problema de salud pública, porque es un evento que afecta a 1 de cada 5 o 1 de cada 4 y la mitad de ese porcentaje en los varones, salvo en África que es el lugar en donde más alto es el porcentaje en varones, pero entonces lo estamos pensando cómo estos dos países ofreciendo tratamiento a quien tendrían interés o deseos, entonces se les dice “Vos no sos responsables de lo que sentís (en términos de llevar adelante una ofensa sexual) pero si sos responsables de lo que hacés con eso que sentís, venir que te podemos ayudar”; nos parece que ya probaron que eso da resultado y que el resto de los países tenemos que ir por esa línea y ofrecer estos tratamientos, obviamente para ello necesitamos capacitación los profesionales porque es muy difícil, hablamos de tratamientos interdisciplinarios en muchos casos con medicación, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, brindando asesoramiento legal, grupos, tratamientos con mucho seguimiento y asistencia para que la persona que tiene estos sentimientos pida ayuda antes de llevar adelante la situación del abuso, es una conducta anticipatoria y eso también es prevención y hasta ahora es la que se mostró que da resultado, porque en 100 años ¿Qué cambiamos? Empezamos a hablar con nuestros niños, les empezamos a decir “tu cuerpo es tuyo”, “me podés contar”, “nadie te lo puede cuidar”; sin embargo, seguimos en ese mismo porcentaje de hace 100 años que es 1 de cada 4 o 1 de cada 5, pasaron 100 años ¿Cuánto se habló de abuso sexual infantil?, ¿Cuántas campañas? Y sin embargo el porcentaje se mantiene, entonces intentemos, además de todo eso que estamos haciendo, esta otra vertiente de tratamiento a este posible agresor sexual joven para darle ayuda antes de que lleve adelante la situación de abuso, la experiencia en los dos países es de personas que viajan kilómetros para acercarse al lugar que tiene esta posibilidad de tratamiento para tomar esta acción, así que sabemos que eso ha dado resultados.

Angeles: Y aparte un tratamiento totalmente diferente ¿no?, una manera de prevenir desde el otro lado, porque siempre nos enfocamos en la persona en la que podría recibir el abuso, no en la persona que podría ser un agresor.

Dra. Analia: Así es y como dijimos hace un ratito un ofensor de cuantos niños puede llegar a ofender sexualmente, tenemos una posibilidad de ayudar a muchos niños tratando a un ofensor.

Angeles: Si, de hecho, si, creo que es más probable cambiar esas, hablando de estadísticas, cambiar esas estadísticas, con la prevención o con el acercamiento a un posible ofensor que, a una posible, no me gusta mucho la palabra, pero digamos víctima.

Dra. Analia: Sí, sí, sabemos que hay una visión que es sobreviviente ¿no? Que es superadora de la palabra víctima, ha logrado lo que se dice, lo más importante en muchos de estos casos es sobrevivir, ya con eso hizo su parte y ahora nos corresponde a todo el resto hacer más ¿no?

Angeles: Claro, pues principalmente para prevenirlo, para tratar de evitar en lo posible que se repita.

Me comentaba de los ofensores sexuales jóvenes que creo que actualmente son más o bueno la frecuencia es más que sean ellos que los adultos, y comentaba que hasta el momento no hay cómo características o cuestiones que pudieran decir “esto si lo presentan en común”, son muy diversos.

Dra. Analia: Así es la característica es la heterogeneidad, esta cuestión tan diversa que hace que también trabajemos con la subjetividad de cada uno y planteando tratamiento que puedan ser eficaces para cada uno puntualmente.

Angeles: ¿Le gustaría agregar algo más?

Dra. Analia: Un agradecimiento además de por la convocatoria por que puedan tratar este tema, esto también es prevención primaria, el que podamos charlarlo, el que podamos llegar con la lectura a profesionales y a cuidadores y también a personas que han atravesado situaciones de abuso sexual y que puedan comprender lo que les aconteció y sobre todo que no tienen responsabilidad sobre esos eventos, pero tienen una responsabilidad propia ahora que es pedir ayuda en esta situación para la superación, y la experiencia existe la resiliencia y existe la trasocialidad, el ayudar a otros para que no vivan estas mismas situaciones.

Angeles: Claro, si la verdad con esta entrevista se pretende un poquito esto, dar a conocer más del tema y que sea pues para la población en general, que cualquier persona que tenga acceso a ella, pueda enterarse de que trata esto y como se puede ir manejando.

Dra. Analia: Excelente y gracias.

Angeles: Bueno Doctora Analia muchísimas gracias por participar con nosotros, por esta entrevista que nos da mucha información, mucho que comprender y mucho que analizar también en nosotros mismos.

Le agradezco mucho por su participación con la revista REDES y espero tenga muy buena tarde.

Dra. Analia: Gracias.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA SUGERIDA

- Losada, A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias. Tesis de Doctorado en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de psicología GEPU*, 3(1), 201.
- Losada, A. V., & Jursza, I. R. (2019). Abuso sexual infantil y dinámica familiar. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 22(3), 2803-2828.
- Losada, A. V., & Muñiz, A. M. (2019). Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 3(2), 4-15.
- Losada, A. V., & Porto, M. (2019). Familia y abuso infantil. *Revista Neuronum*, 5(2), 7-32.
- Losada, A. V., & Marmo, J. (2020). El cuidado de quienes cuidan: Miembros de Equipos de Atención de Violencia Familiar. *Revista Psicología Unemi*, 4(6), 8-19.
- Rodriguez Ceberio, M., & Losada, A. V. (2014). Double Bind, Child Sexual Abuse and Speeches. *Interlink Continental Journal Of Medina & Mecial Sciencies*, 1(1), 16-23.

Entrevista realizada por:
Maria de los Angeles Estrada Martinez

Cita recomendada

Estrada, M. (2021). Hablando del abuso sexual infantil [Entrevista a Analia Veronica Losada]. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 3(2), 56-65.
<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.3.2.2021.407.56-65>

VIDEO DE LA ENTREVISTA

ENTREVISTA: Dra Analia Veronica Losada. HABLANDO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL



Dra. Analia Veronica Losada

Desliza hacia abajo para ver más detalles

