

## III JORNADAS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Abuso sexual: prevención,  
detección e intervención



# CONTENIDOS

Editorial 3

Actualidad 4

Entrevistas 8

*El Xilemanario es la revista bimestral de Fundación Xilema que recoge las noticias que han acontecido en la entidad en los últimos dos meses.*

*Redacción y maquetación: área de Comunicación.*

*Foto de portada: Imagen oficial de las III Jornadas de Protección a la Infancia y Adolescencia.*

*Contacto: comunicacion@xilema.org*

*Descarga el Xilemanario en: <http://www.xilema.org/es/actualidad.html>*

## \* Nadie es fuerte solo

El abuso sexual es una grave violación de los derechos humanos. 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sufrido abuso sexual antes de los 18 años.

¿Cómo se os quedan las tripas?

Así de primeras el tema pesa y se torna bastante complejo. Está claro que hay que formarse y crear equipos más especializados. Hay que mejorar leyes y protocolos.

Pero, también hemos escuchado hablar de tener tripas, de tener amígdalas, de oídos y de ojos y esto es algo que todos los aquí presentes tenemos, con lo cual, parece que algo nos puede tocar hacer.

Quizás no podamos denunciar, castigar, hacer desaparecer o curar a todos los agresores.

Quizás la mayoría aquí no podamos hacer un peritaje, ni participar en el proceso de creación de una ley; pero podemos mirar a estos niños y niñas sin juzgarles, mirarles en profundidad, mirarles de frente cuando nos revelan y legitimar su discurso.

Podemos y debemos escucharles, pero tenemos que entender su lenguaje que, como bien hemos visto, no es solo el de la palabra.

Podemos ayudarles a pensar en sus dolores de tripas, a ponerles nombre, a identificarlos y por tanto a protegerse. Podemos legitimar el dolor de los niños y niñas.

Podemos crear espacios seguros, entornos de seguridad, redes de apoyo y confianza y para todo esto no hace falta hablar de sexo.

Podemos acercarnos y hacer explícita nuestra curiosidad por él y preguntarle directamente. Tienen que saber que nos importan.

Hemos visto que hay mil factores que llevan a los niños a no contar lo que les ocurre, por miedo, por falta de lenguaje...Entonces, ¿por qué cuando lo cuentan lo cuestionamos tanto?

Solo si les creemos podrán hablar y desplegar su angustia.

Si el trauma es lo cotidiano, ayudémosles a mentalizarlo y a hacer las interpretaciones correctas de sí y del mundo que les rodea.

Seamos los traductores de sus experiencias internas y ayudémosles a crear conciencia.

Los profesionales tenemos que cuidarnos con el autocuidado, la formación continuada y la supervisión.

No perdamos el tiempo en pasarnos el miedo de unas disciplinas a otras, afrontémoslo juntos porque recordad que.... NADIE ES FUERTE SOLO.

\*Texto con el que Idoia Urzainqui, directora de Xilema, clausuró las jornadas.

**Idoia Urzainqui**  
Directora gerente



# ACTUALIDAD XILEMA

## 300 profesionales debaten sobre abuso sexual infantil en las III Jornadas de Protección



La sala de congresos del Colegio de Médicos de Navarra se llenó al completo durante esta tercera edición.

“Abuso sexual: prevención, detección e intervención” fue el título bajo el que se celebraron las III Jornadas de Protección a la Infancia y Adolescencia que organizamos los días 17 y 18 de febrero en el Colegio de Médicos de Navarra.

Una cita a la que acudieron 300 profesionales de distintos campos como la psicología, el trabajo social, la educación o la abogacía, entre otros.

Durante dos días las personas asistentes pudieron escuchar a ocho ponentes que trataron diversos temas relacionados con el abuso sexual durante la infancia y la adolescencia.

### Talleres profesionales

Previo a la inauguración de las jornadas se desarrollaron tres talleres especializados dirigidos por las profesionales **Pepa Horno**, **Beatriz Janin** e **Irene Intebi**.

Más de 150 personas acudieron a estos tres talleres que ocuparon la mañana del viernes.

El taller impartido por la psicóloga y consultora en infancia, afectividad y protección, Pepa Horno, llevó por título “La prevención del abuso sexual infantil desde un enfoque psicoeducativo”.

Por su parte, Beatriz Janin expuso las “Consecuencias psíquicas del abuso sexual en los niños. Abordaje psicoanalítico”.

El tercer taller fue guiado por Irene Intebi, psiquiatra infantojuvenil y psicóloga clínica, que trató del “Proceso de valoración de las sospechas de abuso sexual infantil”.



Beatriz Janin durante su exposición en el taller.

### III Jornadas de Protección a la Infancia y Adolescencia

Como en anteriores ediciones tuvimos la oportunidad de escuchar al presidente de nuestro Patronato en la inauguración de las jornadas. **Juan Manuel Fernández** abrió esta tercera edición junto a **Inés Francés**, directora gerente de la Agencia de Autonomía y Desarrollo de las Personas. A continuación tuvo lugar la ponencia de **Pepa Horno** bajo el título "Cómo enseñar a los niños y niñas a protegerse". En su exposición Horno explicó que protegerse es saber reconocer cuándo estamos en peligro y no negar el miedo sino saber pedir ayuda. "Cuando reconoces tu vulnerabilidad vas a pedir ayuda", dijo.



Horno en un momento de su ponencia.

Para saber pedir ayuda y reconocer nuestra vulnerabilidad Pepa volvió a nombrar la importancia de conectar con nuestras propias tripas y utilizarlas como una vía de protección. "En las tripas queda la memoria corporal. Ser un buen profesional es legitimar mis tripas y reconocer mi vulnerabilidad", afirmó. Pepa también habló de la necesidad de tener una buena red afectiva y de protegerse en esta red. "En los casos de abuso sexual es el entorno el que falla. La red es un lugar de vida, de seguridad, de vínculo para promover la resiliencia", aseguró.

Por último Horno concluyó que protegemos cuando "hablamos del abuso con realismo, diferenciamos los malos de los buenos secretos, asumimos que los menores van a sufrir, no les evitamos la tristeza, el miedo, el asco o la rabia, les enseñamos la diferencia entre querer bien y querer mal, a no pegar o agredir y a no justificar acciones dañinas y siempre reparar el daño".

A continuación la psicoanalista argentina **Beatriz Janin** expuso "Los avatares de la clínica psicoanalítica: transferencias y

contratransferencias". Janin puso el foco en la importancia de escuchar al niño y "dar valor a lo que dice, a su palabra". Explicó que en el abuso sexual el niño no sabe si es culpable o no, si el otro le hace daño, si es un ataque o una muestra de afecto. "Se dan diferentes excesos de estímulos imposibles de ser tramitados por el niño". Janin también habló del papel del psicoanalista en este proceso como el poder de escucha del dolor del niño, la devolución de la esperanza y el encuentro de maneras para que el niño se sienta como sujeto. "Todo niño abusado tiene una historia que contará primero con su cuerpo, con dibujos, actos o movimientos".

La tarde del viernes finalizó con la charla del psicólogo y especialista en Sexología, **José Luis García**, titulada "NO. ¡No quiero que me toques! El abuso sexual en jóvenes con discapacidad".

García nombró la dificultad de comunicación o la dependencia de los cuidados de los demás como algunos de los factores de vulnerabilidad de las personas con discapacidad a la hora de sufrir abuso sexual. También explicó que los síntomas de un abuso sexual a veces pueden confundirse con la discapacidad que presentan estas personas. García incidió en la necesidad de realizar un programa de educación sexual y afectiva dirigido a este colectivo.

### Detección, desafíos en la protección y tratamiento con EMDR

La jornada del sábado comenzó con la intervención de la psiquiatra infantojuvenil y psicóloga clínica, **Irene Intebi**. "Abuso sexual infantil: detección y notificación, fases iniciales de la intervención" fue el título de su ponencia. Intebi nombró algunos de los indicadores conductuales inespecíficos del abuso sexual infantil en la edad preescolar, escolar y en la adolescencia. Las conductas hipersexualizadas, los trastornos del sueño, el retraimiento social o temores inexplicables antes personas o situaciones determinadas, fueron algunos de los indicadores expuestos en el caso de edad preescolar. En edad escolar Intebi nombró los cambios en el rendimiento, las fugas del hogar, la coerción sexual hacia otros niños o niñas, quejas somáticas sin causa o la pseudomadurez. Por último, en el caso de la adolescencia,

la psiquiatra citó la promiscuidad sexual, las conductas autoagresivas, la inhibición sexual excesiva, los trastornos disociativos o los trastornos alimenticios como algunos de estos indicadores.



Intebi habló de detección del abuso sexual infantil y las fases iniciales en la intervención.

Tras la charla de la psicóloga argentina llegó el turno de la jurista experta en derechos humanos, infancia y género, **María Naredo**.

Naredo expuso los "Desafíos en la protección de los derechos de niños y niñas víctimas de violencia desde el marco de derechos humanos". Naredo afirmó que no hay datos generales en España sobre abuso sexual infantil, sobre la prevalencia ni sobre la respuesta en el ámbito policial y judicial. "¿Cómo sabes qué pasa en los juzgados? A través de casos centinela", explicó.

Como desafíos nombró la Convención de Derechos del Niño/a y la importancia de tener en el centro de la intervención los intereses y opiniones del niño/a. Asimismo, puso el foco en la necesidad de ponderar los derechos y opiniones y la importancia de estandarizar el interés superior del menor.

En cuanto al derecho a ser escuchados de los niños/as Naredo habló de "capacitarse, utilizar metodologías y espacios apropiados para entender sin revictimizar a los niños y niñas". Asimismo explicó que las decisiones que se tomen, se deben explicar y motivar a los menores. "Y más aún si la decisión es contraria a la opinión de ese menor".

Naredo también nombró la falta de una especialización real en infancia de la justicia española y el Estatuto de la víctima del



María Naredo, jurista experta en derechos humanos, infancia y género.

menor de edad como una deuda pendiente. "Tacto, rigor y respeto son las características que debe haber en la sede judicial cuando se escucha a un niño o una niña".

Por último, Naredo nombró los casos que se sobreesen. "Se sobreesen los casos por falta de indicios. Hay que recurrir esos sobreesimientos y tener en cuenta a otros equipos externos a los juzgados".

La mañana del sábado finalizó con la exposición de la psicóloga y psicoterapeuta, **Begoña Aznárez** que trató del "Trauma y construcción de la identidad. Conceptualización y tratamiento con EMDR". El trauma, dijo Aznárez, es la "suma de la intensidad emocional implicada y el silencio" y aseguró que las experiencias traumáticas son "más frecuentes de lo que creemos". Aznárez explicó que la persona con trauma trata de desconectar la sensación atemorizante y adormecer la capacidad de sentirse viva. "La conexión emocional en estas personas es un disparador. Sentir es peligroso, conectar con las tripas tras el trauma es un disparador", afirmó.

La psicóloga y psicoterapeuta también habló sobre la construcción de la identidad. "Es el arte de hacer consciencia", apuntó.

Aznárez también nombró la mirada del profesional como algo "fundamental" en este proceso de la construcción de la identidad.

La última parte de la exposición estuvo centrada en la explicación del método EMDR que creó la neuróloga y psicoterapeuta norteamericana, **Francine Shapiro**, para tratar y curar los trastornos por estrés

postraumático. Las siglas EMDR corresponden a "Eye Movement Desensitization and Reprocessing", es decir, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

Aznárez, que aplica este método en su consulta, habló de los beneficios y la eficacia del EMDR en pacientes con trauma.

### Adolescentes y adultos víctimas de abuso sexual

El último bloque de ponencias de estas jornadas lo encabezó el psicólogo clínico y psicoanalista, **Mark Dangerfield**. Su ponencia se tituló "Si la vida es esto, prefiero morirme. Intentos de suicidio en adolescentes y su relación con el abuso sexual: aportaciones de la MBT-A en el abordaje terapéutico".

A lo largo de su exposición, Dangerfield lanzó algunos datos llamativos como que el 30% de los menores en Europa ha sufrido algún tipo de maltrato y de estos, el 90% no ha sido detectado. En los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual dijo que es clave "ayudarles a desarrollar capacidades de mentalización en áreas que sean tolerables". Y es que es tal la experiencia que estos/as jóvenes han vivido que su capacidad de pensamiento está dañada. "Para estos chicos el mundo no es fiable", aseguró. "Necesitan ayuda pero el contacto con sus necesidades emocionales es insostenible", añadió.

Por otro lado, Dangerfield expuso algunas de las circunstancias con las que se topa en su labor diaria en el Hospital de Día de Badalona



Dangerfield trabaja en el Hospital de Día de Badalona de la Fundació Vidal i Barraquer.



Begoña Aznárez explicó el funcionamiento del método EMDR y sus beneficios.

de la Fundació Vidal i Barraquer. "Tenemos sensación de llegar tarde, necesidad de una intervención precoz y adaptarnos a las necesidades de estos chicos y chicas", dijo.

En este sentido Dangerfield puso sobre la mesa la importancia de ir donde está ese adolescente y trabajar activamente por la vinculación con el joven. "Son jóvenes que han pasado por mil recursos y acaban teniendo animadversión y desconfianza en los servicios. Tenemos que pensar en qué cambiar para que el adolescente dañado confíe en el adulto".

La última ponencia de estas III Jornadas de Protección a la Infancia y Adolescencia corrió a cargo de la profesora titular en Victimología de la Universidad de Barcelona, **Noemí Pereda**. "Intervención con víctimas adultas de abuso sexual en la infancia: consecuencias físicas, psicológicas y sociales" fue el título de su charla.

Pereda habló de las defensas disociativas como la "única forma de defenderse". "Es un mecanismo de defensa del 'yo' durante la infancia, pero requiere de un proceso de duelo en la adolescencia porque si no se da un desajuste en la edad adulta", explicó. Pereda nombró algunas de las consecuencias en la edad adulta como una peor calidad de vida, peor estado de salud general o trastornos de somatización.

En cuanto a la intervención, Pereda añadió que la victimización no es un atributo no modificable y que por ello "las víctimas prefieren hablar de supervivientes". En cuanto al tratamiento Pereda nombró la farmacoterapia, el EMDR y la terapia de grupo.

# LA ENTREVISTA

Beatriz Janin, psicoanalista.

“Es muy importante que el niño sienta que hay alguien dispuesto a escucharle y creerle ”



La psicoanalista Beatriz Janin en un momento de su ponencia.

En esta tercera edición de las jornadas tuvimos la oportunidad de volver a escuchar a la psicoanalista argentina **Beatriz Janin** que en esta ocasión presentó la charla “Los avatares de la clínica psicoanalítica: transferencias y contratransferencias”.

## **¿Cuáles son los efectos psíquicos más importantes de la experiencia del abuso sexual?**

En algunos casos los niños que han sufrido abuso sexual tienen dificultades para tener claro cuáles son sus sentimientos. Entran en tal estado de confusión afectiva que muchas veces no saben si quieren, si no quieren o si se pueden animar a querer a alguien.

El tema del abuso es un tema bastante particular en tanto en que a diferencia de

otros tipos de maltrato, el niño abusado no sabe si aquello que le están haciendo es bueno o malo. Ni entiende muy bien si lo que el otro propone es algo que ayuda, que le hace porque lo quiere o si en realidad es un ataque. No puede terminar de entender si él es culpable de esto que ocurre o si lo es el otro. Y muchas veces los adultos y hasta la sociedad responsabilizan al niño.

Una de las cuestiones que pueden aparecer es que sea un niño que aparezca muy



“A veces los niños que han sufrido abuso sexual aparecen como desatentos o hiperactivos. No pueden prestar atención cuando hay otra cosa que ocupa su cabeza”

confuso, otra cuestión es que sea un niño muy replegado sobre sí mismo. Aparece como un niño herido, como esos animalitos encerrados en la cueva por temor a cualquier ataque. También puede pasar que como es un niño que no puede terminar de pensar, porque si termina de pensar tiene que delatar qué ocurre, puede llegar a tener dificultades de aprendizaje. Y muchas veces aparecen como niños desatentos o hiperactivos porque no pueden prestar atención a la clase cuando en realidad tienen otras cosas que les ocupan su cabeza. También, pueden aparecer como niños que abusan de otros niños como manera de hacer activo eso que han sufrido, lo reproducen como manera de elaborarlo. Por ejemplo hay niños abusados que no hablan sobre nada porque en realidad al haber algo prohibido de ser dicho, termina estando todo prohibido de ser dicho. Y muchas veces se confunde todo esto con trastornos de tipo TDH o TEA, cuando en realidad el tema no es un trastorno que el niño haya tenido desde siempre sino que es un efecto del abuso sexual.

Estas serían, pero insisto, el abuso es un tema que le crea al niño muchísima confusión en tanto puede sentir dolor pero que en algunas ocasiones se mezcla con algo de placer. Y por otro lado el adulto abusador, sobre todo cuando es en el ámbito familiar,

“Creo que con un tratamiento en el que se ayude a elaborar la situación vivida, el sujeto va a poder tramitar esto y superarlo”

tiende a tratar de convencer al niño de que lo que le está haciendo es para su bien. Esto lleva a que no haya una transmisión de prohibiciones internas. Es decir, los adultos somos los que nos tenemos que prohibir determinados placeres y tenemos que actuar poniendo una barrera y al prohibirse a sí mismo se lo transmite al niño. Entonces el niño a partir de ahí puede organizar sus pensamientos y organizarse una suerte de ética de qué está bien y qué mal.

Pero cuando está abusado, el niño entra en confusión de pensamientos y muchas veces no quiere recordar. Y pasa a tener dificultades porque es como si la memoria estuviese obturada.

### **A la hora de configurar la identidad del menor, ¿qué impacto tiene el abuso?**

Le puede influir porque puede tener dificultades para la construcción de su identidad porque muchas veces lo que tendrá ese niño adolescente es saber quién es él, cuáles son sus deseos, si son los ajenos o los propios, si es culpable de algo, si debería tener vergüenza por algo que es lo que a él le está ocurriendo en relación a eso.

### **¿Se puede superar una experiencia de abuso sexual?**

Sí, yo creo que con un tratamiento en el que se le ayude a elaborar estas situaciones, ese sujeto va a poder tramitar esto y superarlo. Pero para eso es fundamental que alguien lo escuche.

Por eso lo que yo planteaba es que no sólo en el tratamiento psicoanalítico sino en

“Una cuestión que debería saberse en los juzgados es que un niño mayor abusado lo cuenta una vez y luego se niega a repetirlo”

general, lo más importante es que haya un adulto que escuche no sólo las palabras del niño, sino sus juegos, sus actitudes, sus gestos, sus dibujos... O sea todas las maneras en que alguien puede contar lo que le está pasando o le ha pasado.

Importantísimo rescatar la memoria y que ese niño pueda sentir que hay un otro que da lugar a esa escucha. Que hay otro que sí está dispuesto no sólo a escuchar, sino a creerle y que entonces ese niño o ese adolescente pueda empezar a sentir que puede poner palabras a lo que pasó. Y esto ayuda para que pueda elaborarlo.

### **¿Y en un niño que aún no sabe poner palabras o incluso no sabe qué le está pasando?**

Un niño de tres o cuatro años lo que hace en general es empezar jugando la escena y después por ahí la puede describir, puede decir me pasó tal cosa o incluso a veces decir papá o quién sea hace esto. Pero primero lo va a jugar y va a aparecer en el juego esta historia y entonces uno puede decirle “¿tú estás contando esta situación?”.

Además hay una diferencia central. Los niños más pequeños cuando alguien les escuchó y pudieron contar la escena, empiezan a repetirla y contárselo a todos los lados. Porque ya pudieron decirlo, alguien les creyó y ya pueden contarlos porque no tienen

todavía ni vergüenza ni culpa ante eso.

Los niños más grandes lo cuentan una vez y después se niegan a repetirlo. Que es lo que tendría que saberse en los juzgados para no pretender que un niño más grande cuente todo el tiempo y para no asombrarse de que un niño pequeño sí lo haga. Los funcionamientos son muy diferentes.

### **A veces, tras una experiencia de este tipo se tiende a no hablar sobre ella. Sin embargo, ¿usted diría que es bueno hablar sobre lo vivido?**

Yo creo que sí, no tener que andar repitiendo todo el tiempo porque casi es como una reactualización del abuso, pero sí que el niño sepa que hay alguien que le cree y que le escucha y que está dispuesto a acompañarlo en toda esta situación. Me parece que esto es central.

Que le crea y que entienda el sufrimiento de él frente a todo esto, porque en definitiva son niños que sufren mucho y que quedan en esta cuestión de una confusión insostenible.

### **Como profesional, a la hora de abordar el tratamiento con un niño o adolescente que ha sufrido abuso, ¿cuál diría que es la mayor dificultad?**

Por un lado diría que la dificultad tiene que ver en que si nosotros estamos centrados en “es verdad o no es verdad” podemos tener un obstáculo fuerte.

En principio, una de las cuestiones importantes con todo esto es, por un lado, creerle al niño y las dificultades que nos encontramos son que el propio horror nos paralice. Que esto que nosotros sentimos no nos deje paralizados sin poder trabajar con ese niño. Es complicado.

# LA ENTREVISTA

Pepa Horno, psicóloga y consultora en infancia, afectividad y protección.

“Hay muchos adolescentes que sufren en silencio porque no son capaces de pedir ayuda”



Pepa Horno, en el taller profesional que dirigió sobre la prevención del abuso sexual infantil.

La psicóloga **Pepa Horno** fue la encargada de abrir estas jornadas con la exposición “¿Cómo enseñar a los niños y niñas a protegerse?”. Educar en la fortaleza emocional, promover entornos seguros, formarse y saber escuchar y legitimar las tripas fueron algunas de las claves de su discurso.

**En su intervención ha dicho que el abuso sexual infantil es “culpa” de toda la sociedad...**

Porque la garantía y la única manera de evitar el abuso es generar un entorno protector donde ese abuso no pueda darse. Personas que van a querer abusar sexualmente de niños siempre ha habido y siempre va a haber. Entonces la única manera de prevenir realmente el abuso sexual es generar un entorno seguro donde una persona que quiera no pueda hacerlo. Eso depende de todos los que están alrededor de los niños.

**Y por tanto, no estamos consiguiendo esos entornos seguros..**

Evidentemente. Si no, no tendríamos estas cifras.

**¿Y por qué está ocurriendo?**

Por un montón de factores, la gente no tiene formación sobre este tema, no hay unos programas de prevención sistemáticos en las escuelas, las familias no tienen formación específica sobre este tema, en los currículos universitarios de las profesiones en las que se trabaja con niños ninguno incluye de manera sistemática el maltrato infantil ni mucho menos el abuso sexual. Con lo cual todos los profesionales que trabajan con niños, ninguno tiene una formación sistemática sobre abuso. La formación que tienen es la que buscan parte de ellos a posteriori en su práctica diaria, pero no porque hayan sido formados específicamente para eso.

Podríamos seguir, hay un montón de factores que juntos hacen que no se construyan entornos donde viven los niños

protectores. El urbanismo de las ciudades no es protector, las políticas de diseño de los espacios internos no están pensadas en los niños, mires donde mires no hay entornos protectores. Los niños no viven en entornos protectores.

### **Otra de las cuestiones que ha nombrado es que es clave educar desde la fortaleza emocional y no desde el miedo, ¿cómo podemos lograrlo?**

En vez de decir al niño "ten cuidado", hay que decir "fíate de tu intuición, de tu instinto". Pero para eso hay que enseñarle.

Hemos hablado de tres elementos clave, uno es el contacto con tus propias tripas, con tus propias sensaciones corporales. Para decirle a un niño "fíate de tu intuición" tengo que haberle enseñado a conectar con ella y haberla legitimado. De tal manera que si un niño me dice "me siento mal" no decirle, "qué tontería", o si un niño dice "tengo miedo", no decirle "sé valiente" o si dice "estoy cansado" no decirle "no te quejes" sino decirle, "cariño es normal que estés cansado, entiendo cómo te sientes cuando estás cansado, ¿quieres que nos quedemos más o nos marchamos a casa?" Y así con todo.

El ejemplo que hemos puesto del niño que se cae al suelo. Hay tres alternativas: decirle "levántate que no pasa nada", abrumarle y atenderle o decirle "¿te has hecho daño?, ¿necesitas ayuda?". Así legitimas su sensación física y vamos al segundo elemento que es enseñarle a pedir ayuda. Y enseñarles a que son capaces de pedirla, que lo aprendan porque son capaces de pedirla cuando la necesitan en pequeñas cosas y por tanto si tienen la vivencia de saber hacerlo en pequeñas cosas, cuando lleguen las grandes se plantearán que pueden hacerlo y saben hacerlo.

"A un niño de tres años no necesito hablarle de sexo para prevenir el abuso sexual"

"Mires donde mires no hay entornos protectores, los niños no viven en entornos protectores"

Entonces, ¿cómo educar en la fortaleza emocional? Primero haciéndolos conectados y favoreciendo su conexión con sus propias emociones y sensaciones corporales y después enseñándoles a que son capaces de pedir ayuda y a que tienen a quien pedirla. Que es el elemento que nombrábamos antes de los entornos protectores. Pero cualquier cosa que se parezca al "ten cuidado, no vayas, no salgas, etc." lo único que hace es que estás enseñando la impotencia porque es el miedo, la parálisis, es el qué voy a hacer... Toda esa filosofía es la que paraliza al niño y le pone en mayor riesgo.

### **¿Se puede hablar a un niño pequeño sobre abuso sexual?**

En el taller lo trabajamos diciendo que para prevenir el abuso sexual no necesitas hablar de sexo. Necesitas hablar de lo que hablamos ahora mismo, de cómo reconocer tus sensaciones corporales, de cuando tengas una sensación corporal que no te gusta o te hace sentir mal aprendas a contarlo, el cómo aprender a pedir ayuda, cómo distinguir los buenos secretos de los malos secretos... El cómo distinguir cuándo alguien te hace daño, independientemente de que sea alguien que te quiere. Contándoles todo esto en ningún momento les estoy hablando de sexo.

A un niño de tres años no necesito hablarle de sexo para prevenir el abuso sexual, a un chaval de catorce años sí tengo que hablarle entre otras cosas de las relaciones sexuales, además de todo lo anterior. Porque también habrá que trabajar con el adolescente la conexión con sus propias sensaciones corporales y su capacidad de pedir ayuda.

Porque hay muchos adolescentes que están sufriendo y están sufriendo en silencio

porque no son capaces de pedir ayuda y tienen un entorno al que pedirlo pero están tan bloqueados internamente que no pueden pedir ayuda. Los contenidos son los mismos pero evidentemente vas metiendo un nivel de conocimiento de la sexualidad mayor conforme avanza el desarrollo evolutivo del niño.

El abuso sexual no es una cuestión de sexo, es una cuestión que tiene que ver con cómo manejas las relaciones de poder en tus relaciones y cómo te das cuenta cuando alguien utiliza ese poder para hacer daño o cómo lo utilizas para hacer daño a otra persona.

### **¿Cree que está empezando a desaparecer el tabú social que existe en torno a este tema?**

El avance es claro y meridiano. Yo llevo 25 años trabajando en este tema y en los últimos cinco años se están logrando cosas que yo llevo pidiendo 20. Y el avance, el nivel de conciencia social, el papel que los medios de comunicación están jugando... Está pasando un proceso muy parecido al que pasó con la violencia de género. La gente está empezando a hablar de este tema. Y en la medida de que se empiece se tiene la sensación de que el problema es más grande y no, lo que pasa es que lo estamos detectando más, pero el problema siempre ha estado ahí.



“El avance en el tema del abuso sexual es claro, en cinco años se están logrando cosas que llevo pidiendo desde hace veinte años”

Hay estadísticas sistemáticas y estudios desde hace 25 años y siempre son las mismas cifras. Por tanto, no está aumentando lo que aumenta de esa totalidad de casos que lleva siendo en torno al 20% desde hace 25 años son los casos que detectamos. Ahí es donde te das cuenta de que en la medida de que mejoras la formación, mejoras la sensibilidad social, mejoras la prevención y formas a niños capaces de contarlo.

Cuando haces un programa de prevención en un cole siempre surgen casos después, porque en la medida en que fortaleces a los niños, estos son capaces de contar lo que les está pasando.

### **También ha nombrado los periciales judiciales que se basan en evaluar la conducta de los agresores y no evalúan el daño en el menor...**

De hecho se toman medidas sobre niños sin hacerles periciales a los niños porque no se evalúa sistemáticamente el daño. Y el daño es el que te da la prueba innegable del abuso. Son trastornos de sueño, de conducta, de alimentación, de movimiento...

La gente no lo ve como un indicador de abuso, sino como una problemática que puede no estar relacionado.

Lo que es real es que tú sabes que un niño está siendo abusado, lo que cuesta es probar quién y qué le ha hecho. Y ahí es donde entran las dificultades del procedimiento judicial.

Es interesante pensar en que cuando en muchas ocasiones se dice que no hay indicios suficientes, lo que no hay es indicios para poderlo probar. Es decir, que el niño te manifiesta el daño pero no es capaz de contarte lo que pasó y como no puede, no tienes indicios...

El marco normativo no hay que cambiarlo porque tiene elementos suficientes para que si los juristas deciden aplicarlo se cambie este procedimiento. Lo que hay que hacer es aplicar ese marco normativo, porque hay toda una serie de medidas de cómo escuchar a los niños que no se aplican o de cómo hacer periciales con los niños que no se aplican, hay una serie de formación específica o sistemática que habría que dar a la gente que trabaja con niños en los juzgados que no reciben... Hay toda una serie de recursos que no se ponen en marcha.

### **¿Qué características tienen que tener los profesionales que trabajan con infancia?**

La formación actualizada, con todo lo que estamos avanzando en los últimos años de conocimiento es obligatorio actualizarse, estar constantemente formándose.

“No hay que cambiar el marco normativo, lo que hay que hacer es aplicarlo”

Un nivel de consciencia sobre tus propios procesos personales, porque el trabajo con personas en general y el trabajo con niños en particular, se realiza a través de la relación y en esa relación hay elementos que son del niño y otros que son tuyos. Hay que poner consciencia sobre tus propios estados emocionales. Para trabajar con niños sí necesitas estar bien y estar bien significa tener una consciencia sobre tus propios estados emocionales. Y otra característica es saber trabajar en equipo, para trabajar con niños en general y con niños en situación de riesgo en particular. Hay que trabajar en equipos multidisciplinares y se tiene que aprender constantemente con gente supervisando, coordinando.

María Naredo, jurista experta en derechos humanos, género e infancia.

## “Debería completarse un verdadero estatuto de la víctima menor de edad”



Naredo durante la ponencia en la que habló sobre los desafíos en la protección de los derechos de menores víctimas de violencia.

“Desafíos en la protección de los derechos de niños y niñas víctimas de violencia desde el marco de los derechos humanos” fue el título de la ponencia de la jurista **María Naredo**. Una especialización de la justicia en menores de edad, datos exhaustivos sobre violencia sexual en la infancia o la importancia de estandarizar el interés superior del menor son algunas de las cuestiones de las que hablamos con ella.

### **En su ponencia ha afirmado que falta una justicia española adaptada a la infancia...**

Sí, realmente hay cada vez más normativa que está obligando al Estado a crear una justicia adaptada a la infancia, un estatuto de víctima menor de edad cuando se acerca a la justicia, especialmente tratándose de víctimas. Eso ahora mismo en la realidad no existe.

### **¿Cómo trabaja ahora mismo la justicia con un menor de edad por ejemplo de seis años?**

Creo que hay que destacar que hay buenas prácticas, hay profesionales que lo hacen bien pero lo que no hay es una obligación de especialización de la justicia desde los propios jueces, a la abogacía, pasando por la fiscalía, siguiendo por los propios equipos psicosociales o clínicas médico forenses.

Si no hay esa especialización, cuestiones como la determinación del interés del menor o cuestiones como el derechos a ser escuchados, topan con algunas trabas importantes que tienen que ver con esa falta de especialización, de metodologías, falta de espacios adecuados...

**¿Sería viable, al igual que hay un Observatorio de la Violencia de Género, poner en marcha un observatorio sobre la violencia sexual hacia los menores?**

Creo que sería importantísimo tener datos porque ahora mismo no los hay. Empezando por datos de prevalencia de la violencia sexual en la infancia, siguiendo por datos que nos iluminen sobre la respuesta una vez que se ha denunciado un caso de abuso sexual infantil, cuál es la respuesta del Estado, fundamentalmente la policía y los juzgados; número de denuncias, número de sobreseimientos, número de condenas, absoluciones... Es decir, todos los datos clave de la respuesta judicial.

Efectivamente tendría que hacerse un observatorio, no sé si sólo de violencia sexual o de violencia o maltrato contra la infancia, pero que incorporara por supuesto de manera específica los casos de abuso sexual. No lo hay. También debería haber una fiscalía especializada en víctimas menores de edad y tampoco la hay...

**Durante su exposición ha nombrado la importancia de estandarizar el interés superior del menor, ¿podría explicar este concepto?**

Claro, estandarizarlo. Hay una obligación de uno de los principios internacionales de la actuación de los estados en esta materia que es la determinación del interés superior del menor. Es decir, que todo lo que se haga sea en interés del niño o la niña y eso requiere una ponderación, una determinación de diferentes factores.

Por un lado, están los intereses y opiniones expresadas, y no sólo verbalmente, por parte de los niños y las niñas. Por otro lado, están

“Creo que lo importante es que se hagan ejercicios de ponderación de derechos e intereses en juego. Así se determina el superior interés del menor”

“Tendría que hacerse un observatorio de violencia o maltrato contra la infancia que incorporara de manera específica los casos de abuso sexual”

otros derechos en juego y por otro está la actuación integrada de todas las instancias. Entonces, desde esa actuación integrada, teniendo en cuenta los intereses de los niños y niñas y otros derechos en juego, hay que determinar el interés superior del menor caso por caso.

En este ejemplo que he puesto: hay una denuncia de abuso sexual, se sobreesee porque no hay indicios suficientes, se reabren las visitas, la niña rechaza el contacto con el padre y el padre quiere las visitas... Eso, realmente requiere una determinación. Más allá de que estés o no de acuerdo, creo que si tú pones en un lado de la balanza el derecho absoluto de la protección de esa niña frente a cualquier perjuicio y en el otro platillo pones el derecho del padre a relacionarse con la niña... Ahí se vería claramente qué debe hacerse, revisarse, qué es más secundario... Creo por eso que lo importante es que se hagan esos ejercicios de ponderación de derechos e intereses en juego. Así se determina el superior interés del menor y no con palabras huecas de que sí se ha valorado y no se sabe muy bien cómo...

**Ha hablado también del Estatuto de la Víctima del Menor de edad...**

Elaboramos una ley en el Estado español que es la ley del Estatuto de la Víctima, aprobada en 2015. Esa ley tiene algunas medidas específicas para víctimas menores de edad pero yo creo que debería, en aplicación de esa ley y de todos los instrumentos jurídicos tanto nacionales como internacionales y europeos, completarse un verdadero estatuto de la víctima menor de edad que vaya más allá de la aplicación de los aspectos de esa ley en menores de edad. Es decir, que sea un

estatuto que se pueda además estandarizar en todas las comunidades autónomas a nivel de estado. Que luego cada comunidad autónoma pueda mejorarlo.

Ese estatuto debería por supuesto prever desde el propio inicio cómo se recogen las sospechas de violencia o de abuso contra una persona menor de edad, qué rol tienen las diferentes instancias, qué rol tiene el juzgado y luego la cuestión del impulso y de la investigación ahí habría que poner toda la carne en el asador. Porque yo creo que es desde dónde está habiendo mayores trabas. Es decir, cómo se escucha a los menores, cómo se escucha a los menores en edad preescolar, cómo se les motiva y explican las resoluciones judiciales que vayan en contra incluso de sus opiniones, cómo se trabaja, en qué espacios, con qué profesionales, con qué garantías o principios rectores, se trabaja para no re-victimizar dentro del ámbito judicial a los niños y niñas... Y por otro lado, fundamental la cuestión de la especialización, la valoración de las pruebas...

**Precisamente de este asunto de la valoración de las pruebas también la ha nombrado en su ponencia...**

Claro, la admisión de una prueba en un proceso penal es una decisión libre y soberana de un juez.

“Se debería promover un abordaje probatorio integral, teniendo en cuenta todo lo que está implicado en la vida del niño o niña y que entre en juego como posible prueba en el caso”

La cuestión que creo es que se debería promover, como he dicho en mi intervención, un abordaje probatorio mucho más integral. No solamente del juzgado con su equipo que le entrevista en una urna de cristal, sino teniendo en cuenta todo lo que está implicado a nivel comunitario, psicosocial en la vida de ese niño o esa niña y que tengan que entrar en juego como posibles pruebas para ese caso. Ahí sí que se podrían estandarizar las mesas de trabajo interdisciplinares, tratando de que todos los eslabones de la cadena fluyeran, que la información fluya y que un caso no quede sobreesido cuando por ejemplo hay un trabajador social que lleva unos meses con una organización experta en infancia trabajando... Que todo lo que haya de certezas o indicios sobre estos casos, se garantice que llegan al juzgado.

# LA ENTREVISTA

Irene Intebi, psiquiatra infantojuvenil y psicóloga clínica

“Un gran porcentaje de jóvenes abusados no presenta sintomatología durante la infancia”



Irene Intebi durante su exposición junto a losune Zaratiegui, coordinadora del Centro de Observación y Acogida en Xilema, que moderó la charla.

La psiquiatra infantojuvenil y psicóloga clínica argentina, **Irene Intebi**, impartió durante las jornadas la charla “Abuso sexual infantil: detección y notificación, fases iniciales de la intervención”. Hablamos con ella de sospechas e indicadores de abuso sexual en la infancia.

**Durante el taller que impartió en las jornadas dio un dato llamativo y es que las estadísticas dicen que el primer año en que se produce el abuso sexual nadie lo cuenta...**

No nos enteramos de los abusos sexuales en el momento en que ocurren como para poder intervenir de manera precoz. También hay estadísticas que dicen que se empiezan a contar después de los tres o cuatro años desde que ocurrieron los hechos. Y muchas veces el descubrimiento es casual, cuando alguien escucha un comentario u observa un comportamiento que le resulta raro.

**Una vez que hay una sospecha de abuso hacia un menor, ¿cuál sería la**

**primera medida de protección para ese menor?**

Si estamos hablando de qué tiene que hacer la familia en principio sería creerle al menor y consultar con alguien que pueda asesorarle adecuadamente, puede ser un psicólogo o un médico. El problema es que los psicólogos o los médicos a veces no están al tanto y no conocen los indicadores. Lo ideal sería que esto fuera más conocido para así poder ayudar.

Así que el consejo es creer, pedir ayuda y asesorarse por gente que esté trabajando dentro del sistema de protección infantil como para saber si es algo que hay que notificar a las autoridades y notificar a las autoridades no es necesariamente ir a la policía o a la fiscalía, sino ponerse en

contacto con servicios sociales o con equipos especializados.

### **¿Considera que es difícil detectar el abuso sexual infantil?**

Si conocemos los indicadores no, no es difícil es bastante sencillo. Hay cosas que tienen que ver con conductas sexualizadas de los niños, realizar juegos sexuales que no son esperables para su edad o directamente hacer comentarios de cosas que les han pasado que uno sabe que no es lo normal que pase entre un menor y un familiar.

El problema me parece que es para el adulto saber qué tiene que hacer con esa sospecha, porque en general el adulto tiende a minimizarlo o a buscar excusas para no tener que moverse o rascar más. Para dejarlo aparcado.

### **¿Cuáles son los indicadores conductuales inespecíficos más habituales?**

Los más habituales son efectivamente los inespecíficos. De hecho hay un gran porcentaje de jóvenes que no presenta ninguna sintomatología en la infancia. El tema es que por ejemplo presentan agresividad o trastornos en la escolaridad; presentan problemas que se adjudican a otras causas y las tratan por otro motivo: que ha nacido un hermano, que son celos...

Esto no quiere decir que problema de aprendizaje sea igual a abuso sexual, pero si le estás tratando y no hay mejora o hay empeoramiento, una de las cosas que hay que pensar es que la hipótesis de por qué tiene el problema de aprendizaje no es correcta y que puede haber otras causas. Una de esas causas, entre otras, está el maltrato, la violencia en general y el abuso sexual en particular. Y si además tuviera alguna infección urinaria con repetición o algún indicador físico que se asocie, nos lleva más a la posibilidad de abuso sexual.

### **¿Y los específicos?**

Los específicos son estos juegos hipersexualizados, la masturbación compulsiva,

“Si conocemos los indicadores no es difícil detectar el abuso sexual infantil”

el coaccionar a otros chicos para que participen en juegos sexuales, comportarse de manera sexualizada con otros chavales y obligarles a hacer cosas y el relato: hacer comentarios sobre sexo o sobre cosas que han pasado.

En el caso de los menores que aún no saben expresarse lo hacen de otra forma, con sus medios. A veces te quedas impresionada con la intención y la necesidad de comunicación del cachorro humano. Porque ves que se desesperan porque no tienen la palabra pero buscan objetos para transmitir lo que quieren comunicar: los juegos, los gestos...

### **Como profesionales, ¿cuál es el papel ante una sospecha de abuso?**

Si el profesional no está trabajando dentro de la red de protección infantil, yo diría que antes de tranquilizar, descartar o minimizar, se asesore. Y también informarse sobre cómo se actúa en el lugar en el que está trabajando.

### **¿Cuáles son los criterios de confirmación de sospechas?**

Bueno es que eso es labor del especializado, ellos son los que tienen las competencias. El profesional en general tiene que conocer los indicadores y los pasos a seguir en caso de tener sospechas, lo de confirmar sería labor de los equipos especializados.

### **Usted habla del síndrome de acomodación en víctimas de abuso sexual infantil, ¿cómo influye en el proceso de valoración e intervención?**

Influye a la hora de tomar las entrevistas y para entender cuál es la dinámica o qué

pasa. Ahora, no es un síndrome al estilo médico que si pasa esto tenemos esta enfermedad. Esto es lo que hizo que se cuestionara la descripción de este síndrome que es muy buena del proceso, pero se intentó desvalorizarla porque no es un síndrome como otros.

Es muy valioso porque describe las fases de establecimiento de un secreto, de cómo queda atrapado un niño que está en una situación de vulnerabilidad por las razones que sea, de cómo queda atrapado en esta situación de secreto y desprotección y de cómo se tiene que acomodar para seguir teniendo una vida normal. Y de cómo la revelación aparece en un momento inesperado, se produce de una manera poco creíble y también se describe en ese síndrome la posibilidad de retractación. Que si al niño se le ha amenazado con determinadas cosas, hay más posibilidades de que se produzca. Es como sacar una fotografía de lo que puede pasar en la dinámica del abuso sexual.

¿Y por qué hable de esto? Porque cuando el especializado hace la valoración de las sospechas, tiene que conocer estas fases para saber si hubo amenazas, si se le dijo algo al menor para mantener el secreto como para poder completar el informe.

“El síndrome de acomodación en víctimas de abuso sexual infantil influye para entender cuál es la dinámica o qué ocurre”

### **¿Hay víctimas de abuso sexual sin síntomas aparentes?**

Puede haberlas sin síntomas aparentes, pero puede haber depresiones, trastornos en la sexualidad, en la confianza, gente que es desconfiada. Es decir, cuestiones en el comportamiento o en la calidad de vida que sí se ven afectadas pero recién te enteras de cuál es la causa, a los 60 años por ejemplo, lo que llama la atención a la gente que trabaja como médico o terapeuta, es que esa gente que ya es mayor y revela un abuso de la infancia, el impacto emocional tiene la frescura y la calidad de algo que ocurrió hace un día. El tiempo no saca la intensidad, sino que queda enquistado y en cuanto se cuenta, viene con la misma intensidad que si fuera una chavala de quince años.

# LA ENTREVISTA

Begoña Aznárez, psicóloga y psicoterapeuta

“El EMDR desensibiliza la memoria traumática y permite toda una reorganización de la experiencia”



Begoña Aznárez junto a Alicia Clavería, trabajadora social en Xilema, quien moderó la sesión .

Una lección magistral sobre EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) fue la que impartió la psicóloga y psicoterapeuta **Begoña Aznárez**. Su exposición se tituló “Trauma y construcción de la identidad. Conceptualización y tratamiento con EMDR”. Hablamos con ella sobre trauma, identidad y los beneficios de esta técnica.

## **Cuando hablamos de abuso sexual infantil (ASI), ¿de qué tipo de trauma estamos hablando?**

En principio, el abuso sexual infantil no está tipificado expresamente en ningún manual como perteneciente a un tipo concreto de trauma. Pero podemos decir que, debido a las características que, por desgracia, suele tener: de comienzo temprano y duración prolongada, y con la necesidad de ser silenciado y vivido por tanto en la soledad y el terror más absolutos, podríamos clasificarlo como Trauma Complejo. Esta calificación es la que propuso hace tiempo **Judith Hermann** (conocida y prestigiosa autora en el trabajo

con víctimas de experiencias traumáticas) y la que admitimos la mayoría de los clínicos que trabajamos en este campo.

De hecho, es un tema de reivindicación constante entre los clínicos que trabajamos con víctimas de trauma, el de que se contemple un nombre adecuado para tipificarlo que le dé carta de legitimación y que conlleve el adecuado protocolo de intervención. Porque actualmente, la mayoría de las víctimas de ASI tienen la experiencia de haber pasado por diferentes profesionales y diferentes servicios de salud sin encontrar la respuesta adecuada a su sufrimiento por parte de los clínicos.

### **¿Cómo influye una experiencia traumática como el ASI en la construcción de la identidad?**

Radicalmente. Una de las consecuencias más terribles de la experimentación traumática es la generación de creencias negativas sobre uno mismo y sobre el mundo que se manifiesta precisamente por la necesidad humana de explicarse de alguna manera lo que está ocurriendo, de dar algún significado a esa experiencia emocionalmente tan perturbadora.

Estos significados deben adquirirse en relación con las figuras vinculares, pero como estas experiencias no suelen poder relatarse deben ser explicadas a partir de la inexperta mente infantil que tenderá a acusarse y a permanecer presa del terror y la idea de peligro si habla.

### **¿Cómo puede afectar al desarrollo afectivo sexual?**

De igual manera se verá influenciado negativamente pues los estímulos asociados a afecto y a sexualidad estarán cargados de connotaciones negativas y actuarán como verdaderos disparadores de una reacción de alerta. El peligro y la desconfianza siempre estarán presentes.

### **¿Cómo puede ayudar el EMDR a las personas que han sufrido ASI?**

EMDR es una técnica que se ha probado de indiscutible eficacia para el tratamiento del trauma y sus consecuencias.

Desensibiliza la memoria traumática y permite toda una reorganización de la experiencia que pasará a poder ser relatada con las creencias oportunas

“Una de las consecuencias más terribles de la experimentación traumática es la generación de creencias negativas sobre uno mismo”

### **¿Cuáles son las ventajas de usar el EMDR para tratar a estas personas?**

La garantía de saber que es una técnica que nace por y para el tratamiento del trauma y basada en la evidencia.

### **¿Todas las experiencias de ASI son traumáticas?**

Lo que hace falta para que cualquier experiencia se convierta en traumática es que conlleve una importante perturbación emocional y que, posteriormente, no pueda ser compartida con las figuras de apego para tener la adecuada respuesta legitimadora de la inocencia, la necesaria sensación de protección y seguridad, y el consuelo y la reparación que solo esas figuras pueden aportar.

Si esto no ocurre, la experiencia resultará traumática porque una de las experiencias más perturbadoras y traumáticas para el ser humano es tener que silenciar lo que vive.

# LA ENTREVISTA

Noemí Pereda, profesora titular de Victimología de la Universidad de Barcelona

“Que aquellos que deberían cuidarte sean la causa de tu dolor, crea una falta de confianza interpersonal”



Noemí Pereda, a la izquierda de la imagen, junto a Paula Dukelsky que moderó su charla.

La profesora de Victimología de la Universidad de Barcelona y directora del grupo de victimización infantil y adolescente de este mismo centro, **Noemí Pereda**, fue la encargada de cerrar las jornadas con su charla “Intervención con víctimas adultas de abuso sexual en la infancia: consecuencias físicas, psicológicas y sociales”.

## **¿Qué consecuencias puede tener una experiencia de abuso sexual en el establecimiento de vínculos?**

La mayoría de abusos sexuales son cometidos por personas del entorno más cercano del menor, personas con quien el niño o niña tiene una estrecha relación de intimidad e incluso de afecto. Por lo tanto, el abusador rompe la confianza del niño en los adultos, que deberían cuidarlo y protegerlo, y genera un daño muy difícil de reparar en el vínculo con otras personas, incluso en el futuro. Que aquellos que se supone deberían haberte cuidado sean la causa de tu dolor, del inmenso daño que sientes en tu interior, genera una absoluta

falta de confianza interpersonal que, si no se trata a tiempo, es decir en la infancia o adolescencia, dificultará el establecimiento de vínculos de esta persona a lo largo de toda su vida.

## **Se habla de transmisión transgeneracional en personas que han pasado por experiencias de abuso sexual. ¿A qué se refiere? ¿A qué se debe que haya más posibilidades de transmisión transgeneracional?**

La transmisión intergeneracional de la violencia o ciclo de la violencia fue descrito por la **Dra. Cathy Spatz Widom** por

primera vez en su artículo 'Does violence begets violence?' ('¿La violencia engendra violencia?') para referirse a aquellos casos en los que víctimas de maltrato y abuso sexual en la infancia repetían el mismo patrón de violencia que habían vivido con sus propios hijos e hijas, o niños y niñas a su cargo. Se ha constatado empíricamente que este riesgo existe, pero debe entenderse así, como un riesgo, no como una afirmación causal.

Las diferentes investigaciones establecen que puede deberse a: (a) una identificación con el abusador, sobre todo en víctimas de sexo masculino, o una identificación con el adulto que no protegió, sobre todo en víctimas de sexo femenino; (b) una pobre relación con los demás (poca vinculación afectiva), incluidos los propios hijos, debido a que los abusos sufridos interfieren con el establecimiento de relaciones afectivas de esta persona, dificultando que se preocupen por el bienestar emocional de los demás; (c) un fracaso en aprender de las experiencias pasadas, debido a una disociación del acto abusivo vivido. Aquellos adultos que han sufrido abuso sexual y que han disociado esta experiencia de su vivencia (no conectan con las emociones vinculadas a esta experiencia, no han llevado a cabo un duelo por el abuso), tienen muchos problemas para detectar posibles signos de abuso en sus hijos. Su defensa disociativa les impide observar los posibles signos de alerta que se estén produciendo, dado que ello supondría conectar con su propio dolor; y (d) otras hipótesis, como una transmisión genética de las tendencias pedofílicas.

### **¿A qué se debe la dificultad de la detección del abuso sexual?**

Hay múltiples motivos que explican la dificultad de la detección del abuso sexual en la infancia. Algunos de estos motivos están vinculados al miedo y la vergüenza que siente la víctima. Muchas de las víctimas se sienten culpables, sucias, entienden que de algún modo provocaron el abuso y no quieren que nadie sepa lo que ocurrió. En otros casos, la víctima no quiere explicar a nadie lo sucedido puesto que el abusador es alguien de su familia, alguien muy cercano

“Algunos de los motivos que explican la dificultad para detectar el abuso sexual están vinculados al miedo y a la vergüenza”

y al que le unen sentimientos de afecto y de lealtad difíciles de romper. La víctima también puede sentir miedo a destruir a su familia, a las amenazas del abusador o a lo que vaya a ocurrirle, que hagan que mantenga el silencio durante años.

Pero a parte de estos motivos relacionados con la víctima, también debemos saber los motivos que dificultan a los profesionales esta detección y aquí destaca la falta de formación especializada, la total inexperiencia con estos casos de la mayoría de profesionales que trabajan con menores, la falta de programas de prevención y detección temprana en las escuelas, entre otros.

Los supuestos indicadores conductuales del abuso sexual infantil son inespecíficos y saber qué está ocurriendo requiere de conocimientos, formación, pero sobre todo del mantenimiento de una relación abierta y de confianza con los niños y niñas que promueva que nos puedan contar situaciones de este tipo.

### **Habla de la importancia de llevar a cabo un trabajo de desvictimización ¿en qué consiste este tipo de trabajo?**

La desvictimización supone alejar el abuso sexual infantil de la perspectiva más patologizante, que impera mayoritariamente en este contexto y que da por supuesto que es una experiencia que genera graves problemas emocionales en todas sus víctimas. Esto es lo que se ha denominado 'sesgo del trauma' y se define como una tendencia social, especialmente imperante en algunos colectivos profesionales, a

creer que todas las víctimas presentan consecuencias adversas derivadas de su experiencia de victimización y a justificar todos los problemas que puedan presentar en base a ésta.

Al hablar de desvictimización lo que asumimos es que, quizás, no hay que hacer un tratamiento o intervención con una determinada víctima de abuso sexual, basándonos en graves problemas emocionales, pero seguro que debemos trabajar para 'desvictimizarla', para que supere el duelo por el abuso y pueda dejar atrás la victimización como sentimiento identitario. Por ello, muchas víctimas prefieren que se hable de ellas como supervivientes y no como víctimas. No queremos una víctima instaurada en su papel de víctima. No queremos una víctima que tiene, como rol identitario, ser víctima. Esto es lo que denominamos proceso de desvictimización, el proceso de reparación y reorganización que la víctima tiene que llevar a cabo para que la victimización deje de ser su presente y pase a ser un recuerdo del pasado.

### **¿Es siempre necesario un tratamiento cuando han existido este tipo de experiencias? ¿De qué depende?**

No todas las víctimas requieren de un tratamiento psicológico, cómo ha venido constatándose en los últimos años de forma empírica. Muchas personas han podido superar los abusos por ellas mismas o con la ayuda de su entorno. Y a veces requieren tratamiento por problemas que nada tienen que ver con la victimización que vivieron. La intervención psicológica siempre supone unos efectos en la persona que la recibe y, cuando no es necesaria, estos efectos pueden agravar el estado de la persona intervenida.

Aquellas personas que se sienten desbordadas por el trauma son las que requieren una ayuda específica psicológica y, en algunos casos, también farmacológica. Pero si la experiencia no causa un malestar significativo en la víctima, le permite seguir con su vida cotidiana y ésta dispone de suficiente apoyo de las personas de su entorno como para superar las dificultades que puedan ir surgiendo, el tratamiento no

“Hay que trabajar para que la persona supere el duelo por el abuso y pueda dejar atrás la victimización como sentimiento identitario”

tiene por qué ser necesario. Siempre debemos ofrecer ayuda profesional a una víctima de un suceso con un potencial traumático tan elevado como es una experiencia de abuso sexual, pero debemos ser conscientes que esta ayuda no siempre va a ser necesaria. Las víctimas que presentan una red de apoyo y soporte familiar y de amigos y personas de confianza amplia y sólida son aquellas que parecen no necesitar en tanta medida la ayuda profesional que, repito, siempre debemos ofrecer.

### **En caso de llevar a cabo un trabajo terapéutico, ¿cuáles serían los principios básicos de este abordaje?**

La primera fase de todo abordaje con víctimas de abuso sexual debe ir orientada a crear una relación de seguridad con la víctima, basada en la confianza y el respeto. Tenemos que ser conscientes que la victimización quiebra el sentimiento de seguridad de la persona, perdiendo la confianza básica en sí misma, en los demás y en el futuro. La seguridad de la víctima tiene que estar garantizada con las medidas familiares, sociales o judiciales que sean necesarias. Hasta que no se garantice la seguridad de la víctima, no puede iniciarse el tratamiento. Es muy importante también que se refuerce el sentimiento de seguridad de la víctima en el propio espacio en el que se llevará a cabo la terapia.

La segunda fase, en todo formato de tratamiento con víctimas, es la psicoeducativa. En primer lugar, ayudaremos a la víctima a reformular los síntomas que presenta y le demostraremos que son reacciones emocionales normales (miedo, pesadillas)

que pueden aparecer ante una situación anormal, como la que ha vivido. El cuerpo se encuentra en situación de amenaza y responde a tal, protegiéndonos. También puede ser muy útil ofrecerle información sobre el abuso sexual infantil: derechos humanos, violencia sexual, estereotipos y mitos respecto al sexo y la sexualidad. Finalmente, también debemos confrontar la sexualidad sana con las experiencias sexuales vividas mediante actividades dirigidas a reparar la sexualización traumática y recuperar el respeto al propio cuerpo. La fase psicoeducativa es muy importante dado que proporciona a la víctima autonomía, reduce el sentimiento de indefensión, facilita la percepción de una mayor sensación de control y disminuye el riesgo de posibles futuras victimizaciones.

Finalmente, la fase de tratamiento propiamente dicha, independientemente de la perspectiva o modelo teórico desde el que trabajemos, presenta como objetivos principales: (a) La confrontación con la experiencia traumática: esta confrontación tiene que ayudar a que la víctima procese adecuadamente los estímulos traumáticos, la respuesta a estos estímulos y el significado asociado a ellos. Se tratarán aquí los síntomas de evitación y reexperimentación que frecuentemente presente la víctima mediante terapia narrativa. Recordar y verbalizar el suceso, enfrentarse a éste, en un ambiente de seguridad y de apoyo, ayuda a transformar las imágenes fragmentadas

“Hay que conectar la experiencia con la respuesta emocional que genera. Romper la disociación”

“Debemos confrontar la sexualidad sana con las experiencias sexuales vividas con actividades dirigidas a reparar la sexualización traumática y recuperar el respeto al propio cuerpo”

y caóticas del trauma, mantenidas en la memoria emocional, en recuerdos ordenados en la memoria verbal. Hay que conectar la experiencia con la respuesta emocional que genera. Romper la disociación. (b) El control y dominio de las reacciones biológicas y fisiológicas al estrés, reduciendo los síntomas y conductas más incapacitantes. Se tratarán aquí los síntomas de hiperactivación mediante técnicas de relajación. La víctima debe saber que recordar lo sucedido no significa revivirlo y que se puede recordar hechos muy traumáticos manteniendo la calma, en un estado de seguridad y relajación facilitado por el terapeuta. (c) La intervención sobre las alteraciones negativas del pensamiento y el estado de ánimo. Se tratarán aquí los síntomas de malestar presentes en la víctima, como las distorsiones cognitivas, el déficit de autoestima, entre otros. Debemos potenciar que la víctima describa la experiencia de abuso y los sentimientos asociados para que reformule sus distorsiones vinculadas a ella misma (sentimiento de culpa, autoconcepto negativo), a los demás (desconfianza generalizada), y al futuro (desesperanza). A su vez, se reforzarán las estrategias de adaptación y control ante acontecimientos estresantes.

# LA ENTREVISTA

Mark Dangerfield, psicólogo clínico y psicoanalista

“El tratamiento basado en la mentalización es sobre todo una manera de estar del clínico con el adolescente”



Mark Dangerfield en un momento de su exposición.

El psicólogo clínico y psicoanalista del Hospital de Día de Badalona de la Fundació Vidal i Barraquer, **Mark Dangerfield**, habló sobre la terapia basada en la mentalización y el trabajo con adolescentes e intentos de suicidio. “Si la vida es esto, prefiero morirme. Intentos de suicidio en adolescentes y su relación con el abuso sexual: aportaciones de la MBT-A en el abordaje terapéutico” fue el título de su exposición.

## ¿A qué se refiere cuando habla de terapia basada en la mentalización?

Me refiero al tratamiento psicoterapéutico desarrollado por **Anthony Bateman y Peter Fonagy** desde los años 90, MBT en sus siglas en inglés. Es un modelo psicoterapéutico inicialmente pensado para el tratamiento de los trastornos límite de la personalidad, pero desde hace años se han venido desarrollando distintas aplicaciones para otros tipos de trastornos y grupos de edad.

Desde hace años han dado mucha

importancia a la investigación y la evaluación de la intervención MBT, con lo que se ha conseguido demostrar la validez empírica de la terapia basada en la mentalización.

Bateman y Fonagy entienden la mentalización como una forma de actividad mental imaginativa, es decir, la capacidad de percibir e interpretar la conducta en términos de estados mentales intencionales: necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos, pensamientos, etc. Seamos conscientes de ello o no, estos estados mentales intencionales siempre influyen en nuestra conducta. Mentalizar, la representación de

nuestros estados mentales, es la columna vertebral de nuestro sentido de sí mismo y de nuestra identidad. Vernos a nosotros mismos y a los demás como seres intencionales conducidos por estados mentales que son significativos y comprensibles, crea la coherencia psicológica sobre uno mismo y los demás, que es esencial para manejarse en el complejo mundo social. El desarrollo de la capacidad de mentalización implica también la capacidad de diferenciarnos psicológicamente de los demás.

Todos tenemos más dificultades para mentalizar en situaciones de ansiedad elevada, mientras que la capacidad de recuperar la mentalización en estas situaciones nos hace más resilientes. En este sentido, el proceso terapéutico tiene como objetivo principal ayudar a desarrollar mejores capacidades de mentalización en situaciones potencialmente desestabilizantes que suelen ser causa de importantes dificultades interpersonales y resultar en un aumento del riesgo de conductas auto u heterodestructivas.

### **¿Por qué es un método eficaz en el trabajo con jóvenes con problemas de conducta y riesgo de suicidio?**

Existe evidencia científica que apoya el modelo basado en la mentalización para el tratamiento de pacientes jóvenes con trastornos de personalidad, así como de adolescentes con conductas autodestructivas (Bateman & Fonagy, 2008 y 2009; Rossouw & Fonagy, 2012). Para explicarlo debería extenderme sobre aspectos técnicos de la terapia basada en la mentalización, pero entiendo que esta breve entrevista no es el marco adecuado para este cometido.

### **¿Cuál es la clave como profesional para tratar con adolescentes que han sufrido ASI?**

Como con cualquier adolescente, la clave es establecer una relación de confianza donde el adolescente se sienta entendido. Entendido sobre todo en su sufrimiento. Esto es lo que facilita que se establezca un vínculo de confianza que es el elemento central de cualquier proceso psicoterapéutico. De

“La clave es establecer una relación de confianza donde el adolescente se sienta entendido. Entendido sobre todo en su sufrimiento”

todas formas, debemos tener en cuenta que los jóvenes que hayan sufrido adversidades severas en su entorno relacional más cercano durante la infancia presentan con frecuencia muchas dificultades para confiar en una relación suficientemente disponible y fiable, siendo muy frecuente observar el hecho que viven el contacto con otro ser humano como algo que implica el miedo a una repetición traumática de la vivencia de abandono, de desprecio y de maltrato. Por este motivo en la relación terapéutica hay que ser muy activos para tratar de construir una relación de confianza, que es la única vía para poder ayudar a estos jóvenes. Estas complejidades del trabajo clínico con este perfil de jóvenes y la necesidad de implementar cambios técnicos en el abordaje psicoterapéutico me llevaron hace unos años a formarme en el Anna Freud National Centre for Children and Families de Londres en el modelo del Tratamiento Basado en la Mentalización –MBT– y el Tratamiento Basado en la Mentalización para Adolescentes –MBT-A–. Mi formación previa como psicoterapeuta y como psicoanalista son de gran valor de cara a la comprensión del funcionamiento mental y de la dinámica relacional en este tipo perfil de jóvenes. Sin embargo, las aportaciones a nivel técnico del MBT-A contribuyen de forma muy valiosa al establecimiento de una alianza terapéutica y al desarrollo del proceso terapéutico.

### **¿Cómo puede conseguir el profesional vincularse con ese/a joven para que éste confíe en él?**

La relación de confianza se construye a partir

del conocimiento que el paciente tiene sobre el hecho de que el terapeuta ha conectado con autenticidad y empatía con él, sintiéndose entendido sobre todo en su sufrimiento. Esto implica un papel activo del clínico, así como la necesidad de ser auténticos con los adolescentes: explícitamente auténticos y cálidos. El tratamiento basado en la mentalización no es sólo un conjunto de técnicas, sino sobre todo una manera de estar del clínico con el adolescente. Como he comentado, este perfil de jóvenes muy a menudo no pide ayuda, sino que más bien la puede rechazar activamente. En estos casos puede ser frecuente que el clínico o el equipo traten de encontrar la manera de introducir algún cambio en esta forma de pensar o de sentirse del joven, cuando desde la intervención centrada en la mentalización lo primero que nos deberíamos preguntar es: "¿Qué debemos cambiar en nuestra propia mente para poder llegar a este joven que no espera nada bueno de una relación con un adulto?".

La idea principal es ofrecer una relación donde puedan tener la experiencia de alguien que está genuinamente interesado en ellos, alguien que tiene su mente en mente, que les hace sentir que ellos importan como seres humanos y que tratamos de responder de forma contingente en un amplio abanico de situaciones diferentes. Implica un vuelco del planteamiento asistencial, ya que no se trata de seguir pidiendo a los jóvenes que se adapten a lo que nosotros podemos o queremos ofrecer en nuestros servicios de salud mental, sino pensar cómo nos tenemos que adaptar y acercar nosotros a ellos para que se pueda empezar a establecer

"En las exploraciones psicopatológicas llevadas a cabo por psiquiatras y psicólogos clínicos no se explora de forma sistemática los abusos sexuales ni el maltrato a la infancia"

"No se trata de pedir a los jóvenes que se adapten a lo que ofrecemos en los servicios de salud mental, sino pensar cómo nos tenemos que adaptar a ellos para empezar a establecer una relación"

una relación. En este sentido, son de importancia capital los primeros contactos con el adolescente, que serán decisivos para el resto del proceso terapéutico.

### **¿Por qué se llega tarde a detectar estos casos? ¿Qué está fallando?**

Desde mi ámbito profesional debo decir que desgraciadamente la respuesta a esta importante pregunta es porque en las exploraciones psicopatológicas, llevadas a cabo tanto por psiquiatras como por psicólogos clínicos, no se exploran de forma sistemática los abusos sexuales y el maltrato en la infancia. Hay mucha evidencia científica que respalda esta afirmación.

Para decirlo de forma clara y sencilla: en demasiadas ocasiones en las exploraciones psicopatológicas no se pregunta a las personas por lo que ha sucedido en sus vidas, más allá de la valoración del cuadro clínico desde un nivel sintomático. Esto implica que, con demasiada frecuencia, se inician tratamientos psicológicos y psiquiátricos sin haberse detectado los abusos sexuales y el maltrato sufrido por el niño o el adolescente, algo que en muchas ocasiones no sólo no servirá de nada, sino que incluso puede ser iatrogénico. También existe evidencia que respalda esta última afirmación.

Para entender este grave problema debemos tener en cuenta los déficit de formación sobre esta materia en las facultades de Psicología y de Medicina. No se forma a los clínicos sobre cómo explorar el ASI y el maltrato,

así como tampoco se les forma sobre cómo responder en caso de que alguna persona comunique un ASI o maltrato al clínico. Tampoco se forma a los profesionales sobre cómo explorar adecuadamente e intervenir en la dinámica familiar.

Estos déficit en la formación de los profesionales de salud mental son inconcebibles teniendo en cuenta, por ejemplo, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2014 unos datos alarmantes sobre las estimaciones que hacen del maltrato que sufren los menores en Europa.

La OMS dice que de los 190 millones de menores de edad censados en Europa en 2014, 18 millones sufren abuso sexual, 44 millones maltrato físico y 55 millones maltrato psicológico.

“Me cuesta entender cómo no se toman medidas para implementar cambios en la formación de los profesionales de la salud mental y pediatría para que en los procesos diagnósticos se exploren de forma sistemática las adversidades sufridas en la infancia”

“La Organización Mundial de la Salud asegura que el 90% de los casos de abuso sexual y maltrato nunca son detectados”

Esto representa que un 30% de los menores en Europa sufre algún tipo de maltrato, sin contabilizar la negligencia parental que según todos los estudios es siempre más elevada y también conlleva graves consecuencias en el desarrollo emocional de los niños.

Son datos muy preocupantes, pero lo más alarmante es que la misma OMS dice que el 90% de los casos de abuso sexual y maltrato nunca son detectados.

Me cuesta mucho entender cómo con unas estimaciones de este calibre, así como con los datos concretos de muchas investigaciones sobre la prevalencia del ASI y del maltrato, y conociendo la sólida e indiscutible evidencia sobre las graves consecuencias psicopatológicas del hecho de sufrir abuso sexual y maltrato durante la infancia, no se tomen medidas drásticas para implementar cambios en la formación de los profesionales de salud mental (y de pediatría) para que se exploren de una vez por todas y de forma sistemática en los procesos diagnósticos las adversidades sufridas en la infancia. Si no sabemos qué ha sucedido en la vida de estos jóvenes, no les podremos ayudar.

Fundación Xilema gestiona proyectos concertados con:



Río Arga, 32. 31014 Pamplona  
T. 948 249 900 [www.xilema.org](http://www.xilema.org)