

**CENTRO DE ASISTENCIA
A VÍCTIMAS DE ATENTADOS SEXUALES
CAVAS METROPOLITANO:**

16 años de Experiencia

**CENTRO DE ASISTENCIA
A VÍCTIMAS DE ATENTADOS SEXUALES
CAVAS METROPOLITANO:**

16 años de Experiencia

POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE

Director General: **Arturo Herrera Verdugo**

SERVICIO NACIONAL DE MENORES

Directora Nacional: **Delia del Gato Reyes**

Directora Regional Metropolitana: **Ana María Latorre Ardiles**

INSTITUTO DE CRIMINOLOGÍA

Director: **Elías Escaff Silva**

Representante Legal: **Carlos Al-korn Parra**

INTEGRANTES DEL EQUIPO CAVAS METROPOLITANO

Coordinadora: **Ps. Carolina Navarro M.**

Ps. Maricarmen Alhambra C.

Ps. María de los Ángeles Aliste S.

Ps. José M. Camus W.

Ps. Claudia Capella S.

Ps. Lorena Contreras T.

Ps. Luisa Guzmán A.

Ps. Sofía Huerta C.

Ps. Jenniffer Miranda M.

Ps. Johanna Narr A.

Ps. Lucía Nuñez H.

Ps. Paula Vergara C.

As. Soc. Edith Carrasco A.

As. Soc. Lucís Finschi H.

Ab. Sebastián Mandiola T.

Inspector Arlette Prado C.

Secret. Edita Inostroza G.

Secret. Ana María Paillal M.

Secret. Claudio Bravo M.

COMITÉ EDITORIAL

Carolina Navarro Medel

Lorena Contreras Taibo

Sofía Huerta Castro

Marcelo Pérez Adasme

Rodrigo Torres Vicent

Diseño y diagramación

versión/producciones gráficas Ltda.

Derechos reservados

ISBN:

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación fue elaborada por el equipo interdisciplinario del CAVAS Metropolitano, a cargo del Director del Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones de Chile y del Proyecto SENAME, Psicólogo Elías Escaff Silva. A él nuestro sincero reconocimiento y especial agradecimiento por su compromiso y entrega cada día de estos 16 años.

Queremos recordar y agradecer también a los distintos profesionales que han pasado por este Centro en sus 16 años de existencia, y que con su trabajo contribuyeron también a la construcción de este proyecto.

Un agradecimiento también para el Servicio Nacional de Menores, SENAME, gracias a cuyos aportes ha sido posible realizar esta publicación y con ello materializar el deseo de transformar nuestra experiencia en un producto comunicable y compartible.

Por último, a cada uno de los profesionales que componen el equipo profesional de este Centro y que generosamente vertieron en estas páginas su experiencia, sus éxitos, sus fracasos y sus esperanzas, a todos ellos infinitas gracias.

Ps. Carolina Navarro Medel
COORDINADORA
CAVAS METROPOLITANO

Los profesionales que integran el equipo interdisciplinario del CAVAS Metropolitano 2003 y que participaron en la elaboración de esta publicación son:

- Ps. Maricarmen Alhambra C.
- Ps. Ma. De los Ángeles Aliste S.
- Ps. José M. Camus W.
- Ps. Claudia Capella S.
- Ps. Lorena Contreras T.
- Ps. Luisa Guzmán A.
- Ps. Sofía Huerta C.
- Ps. Jenniffer Miranda M.
- Ps. Carolina Navarro M.
- Ps. Johanna Narr A.
- Ps. Lucía Nuñez H.
- Ps. Paula Vergara C.
- As. Soc. Edith Carrasco A.
- As. Soc. Lucía Finschi H.
- Ab. Sebastián Mandiola T.

PRESENTACIÓN

CAPÍTULO I

EL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ATENTADOS SEXUALES

A. MISIÓN Y OBJETIVOS DEL CAVAS	19
1. Principios de creación del CAVAS	19
2. Los Objetivos del Centro	21
B. EL CAVAS METROPOLITANO	22
1. Contexto Institucional	22
2. El Equipo Interdisciplinario del CAVAS Metropolitano	23
3. Beneficiarios	25
4. Contexto y Asentamiento Comunitario	25
C. ALIANZA CON SENAME	26
D. EL TRABAJO REALIZADO: 17 AÑOS EN CIFRAS	26
1. Datos de Casos Ingresados	27
1.1. Total de Casos Ingresados por Sexo	
1.2. Casos Ingresados según Vínculo con el Victimario	
1.3. Casos Ingresados según Tipo de Delito	
1.4. Casos Ingresados según Rango de Edad	
2. Estadísticas Proyecto SENAME	30
2.1. Aspectos Sociodemográficos	
2.2. Tipología de las Agresiones Sexuales en los Casos Ingresados	
2.3. Resultados del Diagnóstico Psicosocial en los casos SENAME	
2.4. Resultados del Programa de Intervención	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO INTEGRATIVO

A. EL MARCO JURÍDICO	49
1. Breve análisis de los Delitos Sexuales contenidos en la Legislación Chilena	49
2. Opción por la no judicialización desde el Centro	57

B. EL MARCO PSICOSOCIAL	57
1. Definición de Agresión Sexual	58
2. Agresión Sexual Infanto-Juvenil	59
3. Vulnerabilidad v/s Protección frente a la Agresión Sexual	61
4. Una mirada desde la Victimología: La agresión sexual como proceso de victimización	65
5. Distinciones fundamentales: tipos de Agresión Sexual	66
6. Proceso y Dinámica de la Agresión Sexual Infanto-Juvenil	67
6.1. El Abuso Incestuoso	
6.2. El rol de la madre	
6.3. El patrón de tolerancia en la pareja parental	
6.4. La perspectiva de Jorge Barudy: del abuso a la develación	
6.5. La perspectiva de Reynaldo Perrone: el concepto de hechizo	
7. Efectos Psicológicos de la Agresión Sexual	78
7.1. Factores que median los efectos en la víctima	
7.2. Efectos psicológicos a corto plazo	
7.3. Modelo comprensivo-explicativo de los efectos de la agresión sexual infantil de Finkelhor	
7.4. Efectos psicológicos a largo plazo	
7.5. Sexualización del Comportamiento: De la alteración en el desarrollo psicosexual a la alteración vincular	
7.6. El peligro de la revictimización: La carrera de la víctima	
7.7. Transformación de víctimas en victimarios	
8. Intervención como conclusión: necesidad, importancia y efectividad de un tratamiento	89

CAPÍTULO III

UN MODELO DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

A. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	93
1. Objetivo General	93
2. Objetivos Específicos	93
B. FASES DE LA INTERVENCIÓN	93
1. Antecedentes del Proceso de Calificación	94
2. La Etapa de Calificación	94
2.1. Entrevista Psicosocial	
2.2. Entrevista Social	
2.3. Entrevista Psicológica	
2.4. Entrevista Legal	
2.5. Toma de Decisiones	
2.6. Entrevista de Devolución	
3. Evaluación del Proceso de Calificación	100
4. Etapa Diagnóstica	102
4.1. Diagnóstico Individual	
4.2. Diagnóstico Familiar	
4.3. Diagnóstico Social	

4.4. Diagnóstico Legal	
4.5. Diagnóstico Psicosocial y elaboración del Plan de Tratamiento	
5. Etapa de Intervención o Tratamiento	106
5.1. Apoyo Psicológico/ psiquiátrico	
5.2. Apoyo Social	
5.3. Orientación Legal	
6. Etapa de Egreso y Seguimiento	114
7. Tiempos aproximados de la Intervención	114
C. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	115
1. Producciones Gráficas en la Clínica Infantil	115
2. Terapia Grupal con Víctimas de Agresión Sexual	118
2.1. La Terapia Grupal en la reparación de la Agresión Sexual Infantil	
2.2. Modelo de Intervención Psicoterapéutico Grupal con Niños/as	
2.3. Resultados y reflexiones a partir de las experiencias realizadas	

CAPÍTULO IV

LA LABOR PERICIAL EN EL CAVAS METROPOLITANO

A. ANTECEDENTES DE LA LABOR PERICIAL EN EL CENTRO	127
B. FUNDAMENTOS DE LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN CLÍNICO-PERICIAL	128
1. Evaluación de la Credibilidad Discursiva	128
2. Valoración del Daño y de la Dinámica Abusiva	130
3. La mirada Criminológica	130
C. LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN CLÍNICO PERICIAL	132
1. Análisis Criminológico de Expedientes	132
2. La Entrevista Clínico-Pericial	132
3. La Valoración Pericial Final	133
D. ESTADÍSTICAS DE LA LABOR PERICIAL EN EL CAVAS METROPOLITANO	134

CAPÍTULO V

LA INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO DE CRIMINOLOGÍA

A. ESTUDIOS Y PUBLICACIONES CRIMINOLÓGICAS	142
B. ESTUDIOS Y PUBLICACIONES EN AGRESIONES SEXUALES	142
1. El contexto Jurídico de las Agresiones Sexuales	142
2. El Agresor Sexual	143
3. Variables asociadas a la Agresión Sexual	144
4. Consecuencias de las Agresiones Sexuales	144
5. Intervención en Agresiones Sexuales	145
6. Evaluación Pericial de Víctimas de Agresiones Sexuales	146

CAPÍTULO VI

DESAFÍOS FUTUROS

A. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA PROCESAL PENAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA	148
B. LOS TRIBUNALES DE FAMILIA	150
C. UNA REFLEXIÓN FINAL	151

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Anexo N° 1 Instrumento de Registro Diagnóstico	157
Anexo N° 2 Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)	161

Este libro viene a constituir un viejo anhelo de todos los que han participado en un fascinante proyecto, el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS, inserto en la Policía de Investigaciones de Chile, cuyo equipo profesional de carácter interdisciplinario, por más de 16 años, ha contribuido no sólo a la reparación del daño psicosocial que han experimentado las víctimas producto del delito, sino que, precisamente, ha puesto a la víctima en el centro de atención del sistema penal.

En primer lugar, deseo explicitar un merecido reconocimiento a todos los que han sido parte integrante del Centro, desde sus titubeantes inicios hasta aquellos que hoy conforman un sólido equipo profesional de amplio prestigio en el medio científico ligado al sistema penal, como de la comunidad en general. Todos ellos, desde sus diversos roles y funciones, ya sea como profesional o como apoyo a la función terapéutica, han dado muestras de un envidiable espíritu de solidaridad, compromiso con el servicio público y de respeto por las personas que se encuentran en una situación de aflicción o vulnerabilidad.

Un mérito especial tiene el actual equipo profesional, que tras dos años de arduo trabajo ha podido sistematizar la valiosa información acumulada que se presenta hoy en este invaluable documento, que sintetiza la experiencia de su trabajo con más de 9.000 víctimas de delitos sexuales que han concurrido hasta el Centro buscando ayuda. Valga también un reconocimiento a las víctimas, especialmente niños y mujeres, que han confiado en los profesionales del CAVAS, al exponer sus conflictos más íntimos y abrir sus vidas como una forma de encontrar el equilibrio que les permita reconstruir su continuo vital, sin duda ellas han sido el motivo de inspiración de este libro.

HISTORIA

Dentro del desarrollo mundial de la Victimología, existe consenso que uno de los hitos importantes corresponde a los acuerdos alcanzados en 1985 en Milán, Italia, con ocasión del VII Congreso de Naciones Unidas para la “Prevención del delito y tratamiento del delincuente”. En efecto, desde allí surgen una serie de recomendaciones para los países, entre las cuales, se encuentran consideraciones respecto al trato, la privacidad, el tratamiento y la información a las víctimas del delito, en especial, se aboga por aquellas más afectadas por la

acción delictiva, como son niños y mujeres víctimas del delito sexual. Asimismo, se insta a los gobiernos a la creación de Centros Victimológicos con la tarea de acoger y reparar en lo posible los daños psicológicos y sociales de las víctimas del delito.

Se podría señalar que las principales motivaciones subyacentes a la creación del Centro fueron, por una parte, el conocimiento de tales acuerdos derivados del seno de Naciones Unidas, que sentaron las bases para conformar lo que hoy llamamos el “derecho victimal” y, por otra, la constante vinculación con la realidad observada en la Brigada de Investigación de Delitos Sexuales de la Policía de Investigaciones de Chile, lugar al que llegaban numerosas personas, particularmente menores de edad y mujeres, con el drama de haber sido víctimas de algún delito sexual, sin tener la posibilidad de concurrir a algún establecimiento especializado con el fin de recuperarse del daño experimentado.

En este contexto, sólo dos años después de las importantes recomendaciones elaboradas por la ONU, luego de una proposición al director general de la Policía de Investigaciones de la época, se consolida el primer centro victimológico del país, el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales - CAVAS y segundo en Iberoamérica, luego del creado por la Dra. Hilda Marchiori en Córdoba, Argentina, en 1986.

Debe entenderse que la historia de la victimología en nuestro país comienza a escribirse en el año 1987, precisamente con la inauguración del CAVAS, el día 17 de noviembre, con la presencia de importantes autoridades de gobierno, como los ministros de educación, salud e interior. Luego de 5 arduos meses de preparación del equipo profesional y de apoyo, el Centro inicia su fructífera labor tendiente, por una parte, a asistir en forma integral a las víctimas de los delitos sexuales como a sus figuras significativas y, por otra, a elaborar estrategias que permitan a la comunidad lograr una efectiva prevención de estos ilícitos.

En verdad, el Centro nace en momentos difíciles de nuestra historia. Un país caracterizado por una evidente concentración del poder en el gobierno, traducida en restricciones de las libertades públicas que conllevaban una escasa participación ciudadana, lo que se acentuaba con una clara polarización ideológica en la que el país se encontraba, además de un notorio cuestionamiento por parte de la comunidad internacional tanto de la forma cómo se actuaba con relación a los derechos humanos, así como de la adopción de políticas centradas en crecimientos macroeconómicos, de corte neoliberal que, en algún sentido descuidaban una visión social de los conflictos.

En este contexto, la inserción de un Centro Victimológico al interior de la policía, podría haber sido considerado por algunos como una oportunidad para mejorar su imagen pública deteriorada producto del momento político – social que el país vivía; sin embargo, el apoyo a este proyecto con un incuestionable sentido humanitario, por parte de sus máximas autoridades, llevó a que la propia Policía de Investigaciones se consolidara, gracias al CAVAS, en los ámbitos judiciales, académicos y comunitarios, tanto nacionales como internacionales,

en una organización preocupada por la salvaguardia de los derechos de las personas: el derecho a vivir en una sociedad más segura y el derecho a poder optar a la reparación de los daños psicológicos causados por el delito.

Dada esta situación, el equipo profesional interdisciplinario estimó necesario ir satisfaciendo otras expectativas de la comunidad, del sistema judicial, de las redes sociales y de la propia institución.

A partir de ello, en 1991, se presentó a la dirección general de la Policía un proyecto de creación del Instituto de Criminología - INSCRIM, entidad que acogería las tareas victimológicas efectuadas por el Centro e incrementaría sus funciones con relación al desarrollo de investigaciones científicas y realización de peritajes de la especialidad. El director general de la época, Horacio Toro Iturra, con una clara visión futurista, aprobó el proyecto y otorgó un indiscutible apoyo a esta ampliación de tareas.

Lo anterior, llevó a que la tarea victimológica del CAVAS adquiriera un marco conceptual y epistemológico, de orden criminológico, que facilitó la mirada y, finalmente, la comprensión de las funciones específicas en un contexto más integrativo, acorde con una visión moderna de los conflictos sociales.

La investigación científica pasó a ser un objetivo esencial del equipo, era preciso tener los fundamentos necesarios para mejorar la función y alcanzar una alta especialización en el área. Así, se fueron generando diversos convenios con universidades que dictan las carreras de psicología, trabajo social y derecho, para la realización de prácticas profesionales, como asimismo, se ofrecieron temas de interés victimológico y criminológico con el fin de elaborar tesis de grado y memorias de título a licenciados, que con su aporte han ayudado a conformar un bagaje científico fundamental para diseñar adecuadas estrategias terapéuticas, presentar nuevos modelos de intervención, revisar las metodologías empleadas en el ámbito de peritajes; como asimismo, investigaciones tendientes a la dimensión de la criminalidad, como lo son los estudios de victimización.

Una de las tareas más importantes asumidas por el INSCRIM, por la implicancia que tiene para los procesos judiciales, es la referida a los peritajes, en especial, aquellas que dicen relación con los delitos sexuales, que diagnostican el daño psicosocial de las víctimas o valoran la credibilidad de sus declaraciones y la de imputados que son prestadas en los tribunales. Las pericias, sin lugar a dudas, se han transformado en valiosos aportes para una mejor administración de justicia, en la medida que los jueces pueden contar, para el ejercicio de su delicada misión, con una valoración de los trastornos psíquicos de la víctima, como igualmente, pueden tener otra perspectiva profesional acerca de la veracidad de los testimonios de los participantes, que les facilite la difícil determinación de acreditar o rechazar la presencia de un ilícito.

Esta labor pericial obtuvo un importante reconocimiento, mediante un autoacordado resuelto por la Corte Suprema, en Octubre de 1996, que señala que los informes realizados por los profesionales que se desempeñan en el Instituto de Criminología tienen el carácter de peritajes. A partir de esta resolución, la

demanda de intervenciones provenientes desde los tribunales se vio incrementada en forma notoria, pasando a ser ésta una labor primordial del Instituto.

Pero la preocupación de la dirección del INSCRIM no sólo se centró en la reparación y en el apoyo a la mejor administración de justicia, sino que fijó sus esfuerzos de gestión en conocer de mejor manera la realidad criminal del país. Es así como el año 1996, junto a tres licenciados en psicología de la Universidad de Chile se realizó, en la comuna de La Florida, el primer Estudio de Victimización, válido desde el punto de vista metodológico. Esta experiencia le valió posteriormente para encabezar la realización del primer Estudio de Victimización en la Región Metropolitana encargado por la División Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior.

Este estudio de Victimización de carácter pionero, que contó con el patrocinio de ILANUD, representó un importante desafío en el campo de la investigación científica del fenómeno criminal aplicado a la realidad nacional. Su análisis se fijó en el fenómeno de victimización desde una perspectiva psicosocial, por lo que tomó en cuenta todos aquellos aspectos relevantes que ocurren en torno al proceso en el cual una persona se convierte en víctima de un delito. Dentro del proceso de victimización, se describieron sus componentes fundamentales: el delincuente, la víctima, el delito y los factores situacionales que conforman el fenómeno delictual; profundizando el análisis en las consecuencias que el delito provoca en las víctimas. Las consecuencias de la victimización son siempre negativas, sobretudo porque genera perturbaciones a nivel conductual, que inhiben el normal desarrollo de las personas victimizadas al verse quebrantada y violada su integridad psicológica, física y/o económica.

El trabajo profesional, la esmerada dedicación de todos sus integrantes y la experticia alcanzada por casi dos décadas en el plano criminológico y victimológico gracias a la asistencia de más de 9.000 víctimas y la ejecución de más de una decena de investigaciones en el área, llevó a que el INSCRIM interviniera como asesor permanente de la comisión Constitución, Legislación y Justicia del Senado en la discusión de la nueva ley de delitos sexuales.

PRESENTE Y FUTURO

La fortaleza de los informes clínico periciales realizados por el equipo interdisciplinario, los que en reiteradas ocasiones, como en los delitos sexuales por ejemplo, se transforman en la única instancia probatoria de la existencia del delito, producto de la no presencia de evidencias físicas que den cuenta de la ocurrencia del mismo, genera una sobreexpectación acerca de los mismos, lo que se traduce en un incremento de las solicitudes de intervenciones periciales, no sólo de la Región Metropolitana y V Región, donde se encuentran ubicados los centros capaces de dar la cobertura requerida, sino que de todas aquellas regiones donde los jueces o fiscales del Ministerio Público evalúan como necesaria la participación de los peritos del INSCRIM a través de sus intervenciones.

Este hecho resulta altamente importante de tomar en consideración, por cuanto en la actualidad los únicos puntos institucionales dispensadores de la asistencia clínica pericial se encuentran en la Región Metropolitana y en la V Región (CAVAS V Región) lo que ha provocado una saturación de los servicios, tanto en su capacidad de oferta pericial como terapéutica, dado que las solicitudes provienen de todas las regiones del país, especialmente de aquellas donde ya se ha implementado el nuevo sistema de enjuiciamiento criminal.

Este explosivo aumento de la demanda, no ha tenido su equivalencia en un análogo incremento en la capacidad de respuesta, debido a que no ha sido posible, por razones presupuestarias, contratar nuevos profesionales que permitan absorber la sobredemanda.

Una alternativa de solución para este emergente problema es la creación de los Centros Criminológicos Regionales – CECRIM, que vienen a constituirse en los sucesores de los CAVAS con una concepción más amplia del fenómeno delictual que, junto con la reparación terapéutica del daño ocasionado por la agresión sexual, incorporan con más fuerza la labor pericial.

La concreción de este viejo anhelo de descentralizar la función del Instituto de la Región Metropolitana y poner al alcance de todas las personas del país las probadas prestaciones dispensadas, pasa por la voluntad y convencimiento de las autoridades institucionales y gubernamentales que en uso de sus facultades administrativas y financieras en sus propios ámbitos de acción e influencia, den cuerpo y materialicen su creación.

De este modo, la publicación ofrece en el **Capítulo I** una presentación del Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS Metropolitano, en cuanto a la misión y los objetivos que definen su actuar. Asimismo se describe la organización respecto a su inserción institucional, su estructura orgánica y su equipo interdisciplinario, describiéndose también las características de la alianza establecida con SENAME desde el año 1998.

En este mismo capítulo se entrega información de tipo cuantitativo que permite visualizar en cifras el trabajo realizado por el CAVAS en sus 16 años de funcionamiento. En primer término, se encuentran las estadísticas que describen los casos ingresados, cifras que han otorgado un mayor y mejor conocimiento de la problemática permitiendo caracterizar la población de víctimas de agresiones sexuales. Por último, particularmente interesante, resultan los subcapítulos dedicados a la evaluación de los resultados obtenidos en el trabajo reparatorio realizado en el Programa SENAME. Estas cifras permiten evaluar la efectividad de las estrategias de intervención utilizadas.

Más adelante en el **Capítulo II**, el lector encontrará una revisión detallada de los elementos teóricos que fundamentan la comprensión que el equipo ha alcanzado respecto de las agresiones sexuales, sus orígenes y sus consecuencias, así como de los elementos jurídicos y sociales necesarios para construir un marco integrativo interdisciplinario que sustente en forma coherente toda intervención.

A partir de esta comprensión, en el **Capítulo III** se propone un modelo de intervención asistencial, presentando en forma abierta y transparente todos los elementos que forman parte del modelo utilizado en la actualidad en el CAVAS Metropolitano.

Luego, en el **Capítulo IV** se presentan todos los aspectos relacionados con la labor pericial. Se revisan los antecedentes históricos que permiten entender el desarrollo de un equipo pericial en el contexto de un Centro asistencial. Posteriormente se analizan los elementos teóricos que respaldan la metodología de evaluación clínico-pericial utilizada, para luego presentar dicha metodología.

En el **Capítulo V** se revisa la tarea investigativa desarrollada en el seno del Instituto de Criminología desde su creación, a través de un catastro de las investigaciones criminológicas, victimológicas y clínicas realizadas.

Por último, en el **Capítulo VI** se retoma, con perspectiva de futuro, los enormes desafíos que nos plantean las fuertes Reformas del Sistema de Justicia que se encuentran ad portas, la Reforma Procesal Penal y la implementación de los Tribunales de Familia, terminando con una reflexión final retrospectiva y prospectiva.

Finalmente, que la labor realizada por todos los profesionales que han pasado por esta institución y que el dolor compartido por los miles de niños, niñas, mujeres y hombres que han acudido a buscar apoyo en el CAVAS tenga como resultado que la función se perpetúe en el tiempo en pro de los verdaderos clientes de la policía: las víctimas, depende de la asignación permanente de recursos que permita la continuidad y permanencia de este programa al interior de la Policía de Investigaciones de Chile.

Ps. Elías Escaff Silva
DIRECTOR

CAPÍTULO I

EL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ATENTADOS SEXUALES

A. MISIÓN Y OBJETIVOS DEL CAVAS

1. PRINCIPIOS DE CREACIÓN DEL CAVAS

El Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS, fue creado en Noviembre de 1987, como un organismo dependiente de la Policía de Investigaciones de Chile. El proyecto de un centro victimológico fue ejecutado por el Psicólogo Elías Escaff, con la colaboración del Abogado Carlos Al-Konr y del aquel entonces Jefe de la Brigada Investigadora de Delitos Sexuales, Comisario Carlos Villalobos González.

Cabe señalar que esta idea tiene sus raíces en diversos acontecimientos de la época, entre los que se destacan: la participación de los profesionales ya mencionados en la Sociedad Chilena de Criminología, Psiquiatría Social y Criminalística; enseguida, la dictación de un curso de especialización para los integrantes de la ya citada unidad especializada en delitos sexuales, en lo relativo a la investigación criminal y manejo de la entrevista de los afectados en especial de menores; y, el conocimiento de las resoluciones adoptadas por el Comité de Ministros de Europa, que dicen relación con las víctimas del delito y que, posteriormente, fueran ratificadas por el Séptimo Congreso de Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente realizado en Milán, Italia, en 1985.

En efecto, fueron ejemplificadores los acuerdos y consensos alcanzados en ese Congreso, que permitieron emitir una “Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y de abuso de poder”. En esa declaración, Naciones Unidas realiza recomendaciones a los gobiernos de los países participantes, instándolos, entre otras cosas, a la creación de Centros de Asistencia a Víctimas. Lo anterior, en el entendido que es el Estado quien asume el rol de la regulación entre las personas y el establecimiento de justicia, por lo que también debe hacerse cargo de la reparación del daño que genera algún conflicto entre sus miembros.

Por otro lado, en la misma época, personal de la Brigada Investigadora de Delitos sexuales solicitaba en forma periódica la participación de psicólogos cuando, con ocasión de efectuar la denuncia o en sus citaciones durante el proceso de la investigación policial, las víctimas presentaban importantes alteraciones traumáticas que interferían la entrevista y, por ende, la entrega de información necesaria y pertinente del caso. La concurrencia y apoyo de psicólogos a esta tarea permitió descubrir, por una parte, las funestas consecuencias que experimentaban las víctimas, especialmente menores de edad, cuando eran afectadas por un delito sexual y, por otra, la inexistencia

en nuestro medio de algún organismo especializado que les ayudara a reparar esta dolorosa experiencia.

De este modo, la sensibilización alcanzada en estas intervenciones profesionales y el conocimiento de los avances en materia de los derechos de las víctimas, especialmente en Europa, constituyeron los fundamentos de creación del Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales que, sin duda, se erigió en un hito para el desarrollo de la victimología en nuestro país y Latinoamérica.

La creación del CAVAS, entonces, se realiza sobre la base de ciertos principios que le dan su norte y que contribuyen a configurar su misión. Estos principios son los siguientes:

1) Deber del Estado de hacerse cargo de la reparación.

El Estado asume justicia, regula, por lo tanto debe reparar el daño que produce el conflicto entre sus miembros.

2) Concepción dinámica del proceso delictivo.

Superación del acercamiento tradicional al problema del delito y sus consecuencias, y desarrollo de un nuevo modelo del delito gracias al aporte de la Victimología. En este modelo el estudio de la víctima, sus características, actitudes y conducta, así como su relación e interacción con el autor transforman la criminología etiológica desde un estudio unilateral y estático de los atributos distintivos del agresor a un acercamiento situacional y dinámico, en el cual la conducta criminal no es vista como una acción unilateral, sino como el resultado de procesos dinámicos de interacción.

3) Necesidad de un abordaje inter y multidisciplinario.

Bajo el entendimiento de la multicausalidad del fenómeno, el tratamiento no debe circunscribirse a una esfera específica sino que requiere de un abordaje profesional que abarque el conjunto de necesidades, o al menos las más urgentes, y que permita tomar decisiones técnicas en conjunto, incorporando diferentes percepciones frente al problema, desarrollando de este modo un lenguaje común que guíe las intervenciones. Lo anterior define un modelo de intervención integral y en equipo.

4) Trabajo con víctimas directas e indirectas.

Un cuarto elemento dice relación con la necesidad de asistir no tan sólo a la víctima directa del delito de índole sexual, sino también incluir en el proceso de reparación a quienes han sido víctimas indirectas de dicho delito, es decir, familiares, cónyuges, etc., que también se ven afectados por la agresión, careciendo por lo general de posibilidad de acogida y apoyo.

5) Oportunidad. Búsqueda de atención inmediata, profesional y especializada.

El principio de Oportunidad se relaciona con la urgencia que requiere la víctima, respecto de su contención emocional y psíquica apenas ha ocurrido la agresión, por lo que un servicio de asistencia integral debe contar con alguna instancia que preste acogida y atención en forma oportuna, con el objeto de disminuir

las consecuencias futuras de dicha agresión, tanto para la víctima como para su familia.

6) Gratuidad. Servicio a la comunidad, especialmente de escasos recursos.

Por último, el Centro busca dar asistencia a toda la comunidad y víctimas que lo requieran, sin que su nivel socioeconómico sea impedimento alguno para recibir asistencia, siendo un elemento fundamental la posibilidad de ofrecer acceso a la reparación de daño emocional a aquellas víctimas de una agresión sexual que no cuentan con recursos económicos suficientes para acudir a profesionales en forma particular y, por ende, quedan aún más desprotegidos frente a la comisión de un delito de este tipo.

Estos 6 elementos forman parte de los principios que están a la base de la creación del CAVAS. Es importante señalar que durante los años de desarrollo de la intervención del Centro, hay principios que han ido sufriendo modificaciones en función de la práctica y las demandas que ésta lleva implícitas, por lo que resulta fundamental establecer cuáles fueron dichos principios originales y que ha ido ocurriendo con ellos en el tiempo.

2. LOS OBJETIVOS DEL CENTRO

Desde su origen, la misión fundamental del CAVAS se proyectó a dos aspectos principales. Por una parte, la labor asistencial a las víctimas de alguna agresión sexual y, por otra, una tarea educacional preventiva dirigida hacia la comunidad. Estos objetivos iniciales fueron prontamente superados a través de la historia del Centro. En efecto, a poco andar, producto de ir despejando mitos con relación a los delitos sexuales, se hizo necesario realizar investigaciones científicas en el área, como única manera de tener una perspectiva objetiva del diagnóstico de la problemática en Chile. Luego, a partir del año 1992, se genera otro objetivo de notoria trascendencia en la búsqueda de medios de pruebas en la investigación de estos delitos, se trata de los peritajes. La realización de peritajes por parte del CAVAS, ha sido un aporte para los Tribunales de Justicia, constituyéndose en un valioso medio probatorio para establecer la ocurrencia de hechos delictuosos, importancia que ha aumentado en los últimos años con la implementación gradual de la Reforma Procesal Penal a lo largo del país.

Por otro lado, la escasez de profesionales con dominio en esta área y la creciente demanda social han hecho necesaria la participación del CAVAS en diferentes cursos a especialistas, policías, actuarios, jueces, profesionales de la salud, en materias propias de la temática de la víctima de delitos sexuales. De igual modo, año a año, se forman bajo una estricta supervisión egresados de carreras universitarias, en el contexto de sus prácticas profesionales.

Por último, el CAVAS ha debido realizar aportes a la comunidad y sus autoridades para sensibilizarlos e informarlos respecto de la realidad de las víctimas, las imperfecciones del sistema legal y las dificultades de reparación de su daño, transformándose en un organismo consultor.

De este modo, a 17 años de su creación, los objetivos del CAVAS hoy son:

1. **Asistencia a las víctimas:** proporcionar a la víctima y su grupo familiar atención psicológica, social, psiquiátrica, familiar y legal, de manera integral y absolutamente gratuita, procurando, en lo posible, reparar el daño ocasionado por el atentado sexual.
2. **Labor educacional preventiva:** orientar a la comunidad en general, dándole a conocer aspectos básicos necesarios que le permitan minimizar los riesgos de ser víctima de una agresión sexual, la detección oportuna en caso de su ocurrencia, así como los procedimientos a seguir en cuanto a denuncia.
3. **Investigaciones científicas:** realizar investigaciones que permitan tener una perspectiva diagnóstica objetiva del problema en Chile y que contribuyan a ampliar la comprensión del fenómeno.
4. **Realización de peritajes:** evaluar el daño psicosocial que experimentan las víctimas producto de una agresión sexual, y analizar la credibilidad de las declaraciones o testimonios efectuados por las personas involucradas en el delito.
5. **Formación de especialistas:** participar en diferentes cursos, en materias propias de la temática de la víctima de delitos sexuales para especialistas, policías, actuarios, jueces y profesionales de la salud. Además todos los años se reciben estudiantes en práctica de carreras universitarias para ser formados en las estrategias de intervención de este Centro.
6. **Organismo consultor:** aportar permanentemente a la comunidad y autoridades, tales como comisiones legislativas del Congreso, con respecto a la realidad de las víctimas, las imperfecciones del sistema legal y las dificultades de reparación del daño.

Cabe destacar que el cumplimiento de estas funciones por parte del Centro en la actualidad, se realiza en el contexto de la necesaria priorización de objetivos que impone la gestión de recursos escasos frente a una creciente demanda en cada uno de estos seis ámbitos. Es así que los actuales recursos humanos están concentrados fundamentalmente en la labor asistencial y en la función pericial.

B. EL CAVAS METROPOLITANO

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El CAVAS Metropolitano se encuentra inserto como Departamento Victimológico en el Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones de Chile. En este sentido, el equipo de profesionales del Centro es dirigido por una Coordinadora, quien depende directamente del Director del Instituto dependiente a su vez de la Prefectura General de Unidades Estratégicas, cuyo superior final es el Director General de la Institución, siendo éste el curso en la toma de decisiones, con un estilo vertical de liderazgo.

No obstante, el carácter mayoritariamente profesional del equipo que conforma el Centro, genera una dinámica interna propia que la diferencia del resto de la institución policial en la que se inserta. En este sentido, el trabajo al interior del equipo se caracteriza por ser altamente participativo en la discusión de casos y en la toma

de decisiones respecto de estos, primando siempre la necesidad de conformación de criterios y visiones de equipo.

Por otro lado, la situación de dependencia institucional favorece el contacto de los profesionales del Centro con especialistas criminólogos, abogados y detectives que trabajan en otras temáticas relacionadas con la criminalidad. Este contacto enriquece la labor del Centro traduciéndose en una permanente ampliación de la mirada respecto del delito sexual y sus consecuencias.

2. EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL CAVAS METROPOLITANO

a. Conformación y desarrollo del equipo.

El equipo interdisciplinario que le da cuerpo a este Centro, corresponde a un grupo de profesionales que vienen trabajando juntos desde principios del año 2001, siendo esa la fecha de incorporación de los miembros más nuevos y el año 1995 la de los más antiguos; mientras que el grueso de los profesionales se incorporó al Centro en el año 1998. Todos estos profesionales fueron seleccionados por su correspondencia a un perfil profesional específico.

En la actualidad el equipo interdisciplinario del CAVAS Metropolitano está constituido por un total de 13 profesionales que abordan las tareas asistenciales y periciales. La diferenciación de estas funciones al interior del equipo determina una subdivisión con la siguiente estructura:

Equipo Asistencial

9 psicólogas (o)
2 asistentes sociales
1 psiquiatra
1 abogado
1 policía

Equipo Pericial

4 psicólogas

A su vez, el equipo asistencial, de acuerdo a la estructuración de la atención entregada y a la subespecialización de la misma, organiza su trabajo de acuerdo a la siguiente subdivisión:

- Equipo de Ingreso y Orientación
- Equipo Infantil
- Equipo Adolescentes-Adultos
- Unidad de Grupo
- Unidad de Familia
- Equipo Social
- Equipo Legal

Este grupo de profesionales constituye un equipo altamente especializado en el diagnóstico y tratamiento de la agresión sexual, que basa su operar en un fuerte trabajo colectivo de análisis y toma de decisiones respecto de los casos en que se interviene, así como de estudio e investigación en la temática. Asimismo, un elemento importante de

la dinámica de trabajo de este equipo es la apertura y la conciencia respecto a la necesidad de permanente formación disciplinaria y técnica. Es así que gran parte del equipo profesional ha seguido estudios de postgrado y de especialización profesional.

En este mismo sentido, este Centro ha establecido convenios formales de cooperación con las Universidades más importantes del país, lo que permite por un lado la actualización y capacitación permanente del equipo, así como la formación de nuevos profesionales a través del desarrollo de prácticas profesionales y memorias de titulación.

Por otro lado, parte importante de los profesionales y directivos del Centro desarrollan funciones docentes y de investigación en distintas universidades públicas y privadas, lazo que favorece la mantención del vínculo con el mundo académico.

Estos elementos sumados a un riguroso proceso de selección y de formación determinan que el recurso profesional del CAVAS Metropolitano constituya su capital más valioso, base de un trabajo colaborativo y de excelencia.

b. Distribución de la responsabilidad por los casos entre los profesionales.

El funcionamiento del Centro se basa en la concepción del trabajo en equipo, tanto en un sentido técnico como de apoyo, siendo ambos elementos aspectos que se retroalimentan constantemente. Sin embargo, el trabajo en equipo para ser eficiente requiere de una clara especificación del tipo y nivel de responsabilidad, evitando que ésta se diluya en la interdisciplina.

De este modo, cada caso está a cargo de un profesional psicóloga/o quien es la/el responsable de coordinar las acciones interdisciplinarias con el resto del equipo que el caso requiera (asistente social, abogado, psiquiatra, otros psicólogos), produciéndose en forma cotidiana la coordinación con el resto de los profesionales y con la coordinadora del equipo. La existencia de criterios de equipo permite que en este espacio de decisión y responsabilidad se resuelvan la mayoría de las situaciones vinculadas a los casos.

Sin embargo, la complejidad que presentan muchos casos hace que frecuentemente se necesite definir, revisar y reformular criterios técnicos en función de casos particulares, involucrándose en este proceso a todo el equipo. Esta coordinación se realiza semanalmente en la reunión clínica de 4 horas de duración. Esta es la instancia formal en que los distintos profesionales presentan sus casos en relación al diagnóstico, estrategias de intervención, obstáculos y/o dificultades técnicas y/o personales, produciéndose una discusión interdisciplinaria crítica y de retroalimentación que permite el desarrollo de criterios de equipo para el enfrentamiento de los casos.

En todo este proceso, es responsabilidad de la coordinadora del equipo resguardar el cumplimiento de las normas administrativas y técnicas que aseguren el logro de los objetivos del Centro. En última instancia, es el Director del Instituto quien asume la responsabilidad por las intervenciones que se realicen y el efecto individual, familiar y social que éstas tengan.

c. Estrategias de Cuidado del Equipo.

La problemática del Autocuidado del equipo, así como del desgaste de los profesionales que trabajan en maltrato, constituye una temática incorporada de manera intencionada al funcionamiento del equipo desde hace algunos años y como resultado de la evolución del propio equipo. En este sentido, las estrategias que desde entonces se han implementado se han orientado principalmente a la visibilización, reconocimiento y toma de conciencia del problema y a la búsqueda de soluciones y modos de abordaje.

Como estrategia inicial, una vez detectada la necesidad, se implementó la búsqueda de publicaciones y trabajos relacionados con esta temática. Posteriormente, éstas fueron estudiadas, analizadas y discutidas en sucesivas jornadas y sesiones periódicas, en base a las cuales el equipo realizó un diagnóstico de las necesidades, así como de los recursos existentes al interior del equipo para dar respuesta a dichas necesidades. Asimismo, se realizó una revisión de las estrategias de autocuidado adoptada por otros equipos de maltrato a nivel nacional e internacional. A partir de esto, se determinó la necesidad de desarrollar en el ámbito institucional una estrategia explícita que pudiese abordar esta problemática.

Al respecto, el elemento central y eje de la política de cuidado del equipo del CAVAS Metropolitano, ha sido la capacitación y formación permanente de sus miembros, en el entendido que la autopercepción de eficacia, conocimiento y dominio, constituye uno de los factores protectores más importantes en el trabajo con violencia y maltrato. Es así que se han implementado en forma sistemática acciones concretas orientadas a abordar la necesidad de los profesionales del equipo de incrementar su especialización, así como actualizarse en la temática en que se trabaja, a través de una estrategia de capacitación interna y externa, y del financiamiento y facilitación de la participación de los miembros del equipo en diversos seminarios, cursos, postítulos y congresos vinculados a la especialidad.

3. BENEFICIARIOS

En relación a la tarea asistencial, el Centro cubre la Región Metropolitana, considerando como sujetos de atención las víctimas de cualquier tipo de agresión sexual sin importar su edad.

En lo que respecta a las funciones no ligadas a la asistencia, vale decir la funciones preventiva, de asesoría y pericial, el Centro cubre las demandas provenientes de cualquier punto del país cuyas solicitudes cuenten con la aprobación del Director General de la Policía de Investigaciones de Chile.

4. CONTEXTO Y ASENTAMIENTO COMUNITARIO

Uno de los elementos centrales de la estrategia de enfrentamiento de este Centro, es el trabajo en red. En este sentido se desarrolla un permanente trabajo de coordinación tanto con las redes de derivación como con las instituciones relacionadas. Es así que el CAVAS pertenece a la Red de Violencia y Maltrato Infantil, donde

participan instituciones de diversos sectores, municipios, salud, educación, justicia, menores en situación irregular. Del mismo modo, el Centro pertenece a la Red de Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil de la comuna de Providencia, donde se reúnen profesionales pertenecientes a instituciones de diferentes sectores (salud, justicia y menores) y comunas de la Región Metropolitana. Por último, el Centro forma parte de la Red de Violencia y Maltrato Infantil, del Ministerio de Justicia.

En los años de funcionamiento del Centro se ha desarrollado un completo catastro de instituciones y organizaciones públicas y privadas ligadas a la red, tanto de la Región Metropolitana como del resto del país. Con estas organizaciones se mantiene un permanente flujo de intercambio de información estadística, así como de servicios y sistema de atención, a través de mutuas derivaciones. Esta coordinación se desarrolla principalmente a partir de la labor que desempeñan las asistentes sociales del Centro, quienes activan la red a partir de las demandas y problemáticas específicas presentadas en cada caso y en relación a los intereses propios del Centro.

Además, como parte de la labor preventiva hacia la comunidad se realizan presentaciones y capacitaciones a profesionales de atención primaria y educación de distintos organismos públicos. Asimismo, se efectúan permanentes asesorías no formales a distintos profesionales que trabajan en instituciones ligadas a la infancia y que requieren orientación respecto a la problemática del abuso sexual.

C. ALIANZA CON SENAME

A partir del año 1998, el trabajo realizado por el CAVAS Metropolitano se fortalece con la incorporación de un proyecto de atención con cobertura adicional con financiamiento SENAME. El aporte de recursos económicos por parte de dicho servicio, no sólo permitió el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Proyecto “Programa de Intervención Especializada Infanto-Juvenil CAVAS 1998-1999” y su posterior continuidad los períodos 2000-2001 y 2002-2003, en cuanto a los beneficiarios; sino que además posibilitó la mantención y consolidación de un proyecto altamente especializado y del equipo profesional que le dio cuerpo, en un contexto de difícil disponibilidad de recursos financieros a nivel estatal.

En este sentido, la colaboración interinstitucional materializada en el Programa de Intervención Infanto-Juvenil CAVAS Metropolitano financiado por SENAME, alianza que lleva ya seis años, ha permitido la continuidad de una ya larga trayectoria de trabajo en el ámbito de la ayuda a las víctimas de agresiones sexuales. Este hecho, además de beneficiar directamente a los 462 niños/as y adolescentes vulnerados atendidos en este programa, constituye un aporte al desarrollo a nivel nacional de modelos de diagnóstico e intervención y al reconocimiento y validación de éstos en el medio jurídico y social.

D. EL TRABAJO REALIZADO: 16 AÑOS EN CIFRAS

Desde su creación el año 1987 el CAVAS Metropolitano ha atendido a más de 9.000 víctimas de agresión sexual. Este solo hecho cuantitativo, ha significado para este equipo la oportunidad de conocer las características del fenómeno en su real dimen-

sión. Si bien en sus inicios, el Centro no contaba con los recursos computacionales que permitiesen registrar en forma exacta y eficiente los datos asociados a cada caso, desde el año 1988 se lleva un registro general, el que fue perfeccionado a partir del año 2001 transformándose en una base de datos que facilitan la obtención de información estadística, resultando además materia prima para diversos estudios.

Asimismo, el trabajo realizado en cooperación con SENAME ha demandado el registro sistemático de información relevante tanto de los datos de ingreso de pacientes, como de los resultados obtenidos a partir de la intervención.

A continuación se describe en términos estadísticos las características generales de la población consultante, y en forma más específica de los casos ingresados los últimos tres años. En el segundo apartado, se presentan los datos cuantitativos obtenidos de la implementación del Programa de Intervención Infanto-Juvenil CAVAS Metropolitano financiado por SENAME, entre los años 1998 y 2003.

1. DATOS DE CASOS INGRESADOS

1.1. Total de Casos Ingresados por Sexo.

En el siguiente cuadro, se describe el número total de ingresos por año que se han realizado desde el año 1988 a la fecha, divididos por sexo:

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1988	277	83	360
1989	320	73	393
1990	227	77	304
1991	253	97	350
1992	307	88	395
1993	476	126	602
1994	504	128	632
1995	575	157	732
1996	561	160	721
1997	705	203	908
1998	767	249	1.016
1999	777	206	983
2000	563	144	707
2001	359	100	459
2002	337	124	461
2003	343	101	444
TOTAL	7.351	2.116	9.467
%	77.6	22.4	100

Estas cifras muestran que desde el año 1998, este Centro ha atendido a un total de 9.467 víctimas de agresión sexual. La población consultante ha sido mayoritariamente la femenina, llegando a constituir el 77.6 % del total, mientras que la población masculina ha sido de un 22.4 %.

1.2. Casos Ingresados según Vínculo con el Victimario.

En este cuadro se consideran los tres últimos años hasta la fecha, con respecto al número de víctimas y su vínculo con el agresor:

Vínculo / Año	2001	2002*	2003	Total
Conocido	145	209	250	604
Familiar	264	197	134	595
Desconocido	50	38	60	148
Total	459	444	444	1.347

*En el año 2002, al momento del Ingreso 12 casos no especificaron relación con el victimario.

De este modo, la caracterización de los agresores de los 1.347 casos ingresados en los últimos tres años en que se pudo establecer el vínculo de la víctima con el agresor, permite establecer que en un porcentaje mayoritario éstos constituyen una persona cercana a la víctima, conocido o familiar (89%), mientras que sólo un 11% serían desconocidos.

Asimismo, en un 44% de los casos ingresados, el agresor proviene del interior de la familia nuclear o extensa del niño, mientras que el agresor constituye un conocido de la víctima en un 45% de los casos.

Las cifras anteriores resultan consistentes con la caracterización de la agresión sexual como fenómeno en que la existencia de un vínculo entre la víctima y su agresor constituye un elemento central. En este sentido, las estadísticas de este período confirman los resultados de distintos estudios internacionales en relación al delito sexual, confirmándose la hipótesis de que las víctimas en una notable proporción conocen a su victimario y, más aún, éste corresponde a una figura significativa, por cuanto forma parte de su contexto de desarrollo familiar.

1.3. Casos Ingresados según Tipo de Delito.

En este cuadro se vincula a la víctima haciendo diferencia en el tipo de delito señalado al momento del ingreso:

Delito / Año	2001	2002	2003	Total
Abuso Sexual	283	324	288	895
Violación	176	125	137	438
Estupro	-	2	—	2
TOTAL	459	451	425	1.335

*En el año 2002, al momento del Ingreso 5 casos no especificaron el delito denunciado.

*En el año 2003, al momento del ingreso 19 caso no especificó el delito denunciado.

Del total de casos ingresados en los últimos tres años, se pudo determinar el tipo del delito en 1.335 de éstos. El tipo de agresión que presentan estos casos corresponde mayoritariamente al delito de Abuso Sexual con un 67% del total, seguido por el delito de Violación en un 32,8% de casos. Por otro lado, el delito de Estupro se presentó en un 0,1% de los casos.

1.4. Casos Ingresados según Rango de Edad.

Mediante este cuadro se dan a conocer las víctimas ingresadas a este Centro los años 2001, 2002 y 2003, estableciendo cuatro rangos de edades:

Edad / Año	2001	2002	2003	Total
0 – 6 años	102	137	104	343
7 – 11 años	187	144	139	470
12 – 17 años	102	117	141	360
18 ó más	68	58	60	186
TOTAL	459	456	444	1.359

Según lo muestra la tabla anterior, del total de casos ingresados al programa en estos tres años (1.359 casos), un número mayoritario corresponde a menores de 12 años (59,8%), siendo el rango etáreo de mayor representación el que se ubica entre los 7 y 11 años con un 34,5% de los casos y que corresponde a la etapa escolar. Seguido de éste se ubica el rango 12 a 17 años con un 26,5% del total de casos. Mientras que el grupo pre-escolar, que se ubica entre los 0 y 6 años, corresponde al 25% del total de casos ingresados. Por otro lado, los adultos representan el menor rango etáreo de la población consultante, correspondiendo al 13,7% del total.

De este modo, las estadísticas generales de los 16 años de funcionamiento del CAVAS Metropolitano, y en particular, de los últimos tres años como muestra representativa del total, confirman los resultados de distintos estudios internacionales en

relación al delito sexual. En este sentido, se confirma la hipótesis de que las víctimas son mayoritariamente niños, de sexo femenino, los cuales en una notable proporción conocen a su victimario y, más aún, éste corresponde a una figura significativa, por cuanto forma parte de su contexto de desarrollo familiar.

En este sentido, la caracterización de la agresión sexual como una problemática fundamentalmente de la infancia, avala la necesidad de respuestas sociales orientadas a dicha población, justificando la implementación de programas en esta área.

2. ESTADÍSTICAS DEL PROYECTO SENAME

En cumplimiento con el convenio establecido con SENAME desde el año 1998 para la implementación del Proyecto de Intervención Especializada Infante Juvenil CAVAS Metropolitano, este Centro ha incrementado su cobertura para incorporar un número adicional de casos de menores víctimas de agresión sexual, siendo atendidos hasta Diciembre de 2003 un total de 462 casos. Esta cifra corresponde a menores que, de no haber existido el convenio con SENAME, este Centro no habría podido atender debido a la escasez y limitación de recursos frente a la alta demanda.

A continuación se describen los casos ingresados al proyecto en términos de los datos cualitativos que permiten caracterizarlos. Esta información resulta interesante en comparación a la población consultante general, en cuanto se refiere sólo a víctimas menores de 18 años.

2.1. Aspectos Sociodemográficos:

a. Edad del Niño(a).

Según lo muestra la tabla que sigue, del total de casos ingresados al programa (462 casos), un número mayoritario corresponde a menores de 8 años (53%), siendo el rango etáreo de mayor representación el que se ubica entre los 6 y 8 años con un 32,9% de los casos y que corresponde a la etapa escolar. Seguido de este se ubica el rango 9 a 12 años con un 29,4% del total de casos. Mientras que el grupo adolescente, que se ubica entre los 13 y 18 años, corresponde al 27,3% del total de casos ingresados este primer semestre.

b. Sexo del Niño(a).

Edad del niño (a)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	%
0 – 5	19	7	20	-	32	16	94	20,3
6 – 8	38	34	22	-	37	21	152	32,9
9 – 12	20	32	31	-	31	22	136	29,4
13 – 16	10	12	12	-	16	18	68	14,7
17 – 18	1	1	-	-	4	6	12	2,6
Total	88	86	85	-	120	83	462	100

En relación a la distribución por sexo, los casos ingresados corresponden mayoritariamente al sexo femenino constituyendo el 71,4% del total, mientras que solo un 28,6% corresponden al género masculino.

2.2. Tipología de las Agresiones Sexuales en los Casos Ingresados.

Sexo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	%
Femenino	57	62	65	-	92	54	330	71,4
Masculino	31	24	20	-	28	29	132	28,6
Total	88	86	85	-	120	83	462	100

a. Agresión Sexual presentado por el Niño(a).

El tipo de abuso que presentan los 462 casos ingresados, corresponde mayoritariamente al delito de Abuso Sexual con un 70,1% del total, seguido en una menor representación por el delito de Violación en un 29,4% del total, siendo el 0,4% restante correspondiente al delito de Estupro.

Este dato concuerda con los resultados de estudios anteriores que señalan que el abuso sexual de niños y adolescente, constituye un fenómeno de difícil visibilización

Tipo de Agresión	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	%
Abuso Sexual	60	49	60	-	90	65	324	70,1
Violación	28	37	23	-	30	18	136	29,4
Estupro					2		2	0,4
Total	88	86	83	-	122	83	462	100

social, siendo uno de los factores asociados el que los actos abusivos que los agresores realizan con gran frecuencia no deja huella física.

2.3. Resultados del Diagnóstico Psicosocial en los casos SENAME.

A continuación se presentan datos relacionados con el resultado del proceso diagnóstico realizado a una muestra de 180 de los 462 casos ingresados al Programa financiado por SENAME. Este estudio permitió obtener información descriptiva relevante respecto del daño psicosocial presentado por los menores víctimas atendidos.

Con el objetivo de describir los resultados obtenidos de la aplicación piloto de un modelo sistemático de evaluación y registro diagnóstico, se realizó a fines del 2003 un estudio en una muestra de pacientes del CAVAS Metropolitano (Aliste, Carrasco & Navarro, 2003). En este estudio se trabajó con una muestra no aleatoria intencional

cuyo universo estuvo formado por el total de casos derivados por el SENAME, que ingresaron al Centro durante el período Enero de 2002 y Junio de 2003 y que correspondió a un total de 180 casos, todos menores de 18 años. La inclusión de los sujetos en la muestra estuvo determinada por la existencia de una etapa diagnóstica completada, los que sumaron un total de 60 casos.

En todos estos casos se realizó el proceso diagnóstico interdisciplinario con un mínimo de 4 sesiones de evaluación psicológica y al menos una entrevista social. Posteriormente, el resultado de la elaboración conjunta de los profesionales involucrados se materializó en un instrumento (Registro del Diagnóstico Psicosocial Individualizado) que permitió la unificación de los elementos a diagnosticar, registrándose en forma sistematizada los mismos niveles de información para cada caso. En este proceso participaron todos los profesionales del equipo clínico.

A **nivel individual** se evaluó el nivel de desarrollo general (normal, no armónico, bajo lo esperado), el nivel sintomatológico (todo el espectro sintomático) y el nivel estructural (personalidad neurótica, limítrofe, psicorgánica o psicótica). A partir de esta evaluación se estableció para cada caso una hipótesis diagnóstica basada en los criterios del DSM IV.

A **nivel familiar** se evaluó, en primer término, el tipo de vínculo establecido por la víctima y su figura de apego, clasificándolo según las categorías de Ainsworth en vínculo seguro o vínculo inseguro en sus distintas formas (ansioso-ambivalente, evitativo-rechazante, desorganizado). Asimismo, se evaluaron las características estructurales del sistema familiar de referencia de la víctima y su funcionalidad en cuanto a los límites (difusos, claros, rígidos), jerarquías (funcional, disfuncional), roles (rígidos, inadecuados, flexibles) y fronteras (permeables o impermeables).

A **nivel social** se evaluó la presencia de variables de riesgo y de protección existentes en el entorno inmediato de la víctima.

Con esta información se construyó una base de datos que permitió reunir y analizar en términos estadísticos porcentuales las variables incluidas en el instrumento de registro, permitiendo además realizar las correlaciones de dichas variables.

La distribución de las variables edad y sexo se presentó en la muestra como lo grafica la siguiente tabla:

De este modo, se puede ver que de los 60 casos considerados para el presente estudio, un 68% correspondió a mujeres (41 casos), mientras que el 32% restante

Tabla N° 1 Distribución por edad y sexo

Edad/ Sexo	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Nº Total	%
3-6 años	17	6	23	38.3
7-12 años	19	8	27	45
13-17 años	5	5	10	16.7
Nº Total	41	19	60	—
%	68.4	31.6	—	100

fueron varones. Sin embargo, esta tendencia de las niñas a doblar en representación a los niños cambia según el rango etáreo, ya que en el caso de los pre-escolares las niñas prácticamente triplican a los niños, en los escolares básicos son un poco más del doble, mientras que en los adolescentes las cifras de distribución por sexo se igualan. Por otro lado, los rangos de edad variaron desde los 3 a los 17 años siendo el rango etáreo de mayor representación el que corresponde a la etapa escolar básica, es decir entre los 7 a los 12 años, con un 45% del total, seguidas por los pre-escolares de entre 3 y 6 años con un 38%. Lo anterior equivale a decir que en esta muestra el 83% de los casos fueron niños/as menores de 12 años.

Respecto al tipo de delito que habrían sufrido los menores evaluados y al vínculo con el agresor, estas variables se distribuyeron como se grafica en la siguiente tabla:

Se observa que el delito de mayor prevalencia en la muestra es el abuso sexual el que afectó al 77% de los casos, mientras que el delito de violación en todas sus formas (vaginal, anal y bucal) se dio en un 23% de la muestra, destacándose la

Tabla N° 2 Distribución por Tipo de Delito y Tipo de Vínculo con el Agresor

Delito/Vínculo	Desconocido	Extrafamiliar	Intrafamiliar	Figura paterna	Nº Total	%
Violación	0	6	1	7	14	23.3
Abuso Sexual	0	19	15	12	46	76.7
Estupro	0	0	0	0	0	0
Nº Total	0	25	16	19	60	—
%	0	41.7	26.7	31.6	—	100

ausencia del estupro como modalidad de agresión. Respecto del vínculo que unía a las víctimas con su agresor, en forma mayoritaria (42% de los casos) éste correspondía a un conocido de la víctima cuyo vínculo se daba en el ámbito extrafamiliar. Seguido en representación, con un 32% de los casos, el agresor correspondía a quien ocupara el rol paterno (padre, padrastro o conviviente de la madre), representando ésta cifra los abusos o agresiones incestuosas. Asimismo, en menos de un tercio de la muestra (27% de los casos) el agresor correspondía a un familiar, cayendo en este grupo la única agresora de la muestra. Sin embargo, si se suma esta cifra a la anterior, vale decir, al total de casos en que el agresor es alguien que ocupa el rol paterno, se obtiene que en un 58% de los casos el agresor tiene con la víctima lazos de familiaridad. Por último, cabe destacar la ausencia de agresores desconocidos, siendo el agresor en el 100% de los casos una persona conocida y cercana de la víctima.

A continuación se dará cuenta del resultado del diagnóstico psicológico realizado a nivel individual respecto de cada niño/a. En cuanto a la evaluación del nivel de desarrollo general alcanzado por los menores, ésta arrojó la siguiente información:

Tabla N° 3 Distribución del Nivel de Desarrollo General

Nivel de desarrollo	Nº de casos	%
Normal	40	66.6
No armónico	10	16.7
Bajo lo esperado	10	16.7

De este modo se observa que en forma mayoritaria con un 67% de los casos, los menores evaluados en la muestra alcanzaron un nivel de desarrollo normal en todas las esferas de éste (físico, cognitivo, emocional, moral, social). Mientras que el 33% restante presentaron un desarrollo no armónico o deficitario.

A nivel sintomatológico, la evaluación realizada a cada menor mostró una prevalencia de síntomas en la muestra que se grafica en las Tablas N°4 y N°5:

Tabla N° 4 Distribución de casos que no presentaron sintomatología

Síntomas	Nº de casos	%
Sintomatología remitida	12	20
Sin sintomatología	1	1.7
Total	13	21.7

Cabe destacar que un 20% de la muestra, vale decir 12 casos, presentaban al momento de la evaluación una remisión de síntomas, mientras que un caso (1.7%), correspondió a la categoría de asintomático. De este modo, un total de 47 casos de la muestra (78.3%) presentó al momento de la evaluación algún tipo de sintomatología, realizándose sobre este número los cálculos porcentuales graficados en la tabla N° 5.

De este modo, es posible observar que los síntomas de mayor prevalencia en la muestra, es decir, los que se presentaron en más de un 40% de los casos corresponden a los síntomas ansiosos, los síntomas depresivos, los trastornos del sueño, los defectos de atención y concentración y las conductas evitativas. De éstos los que se observaron con una notoria mayor frecuencia en relación al resto de la sintomatología fueron los síntomas ansiosos los que se manifestaron en un 85% de los casos que presentaron sintomatología, seguidos por los síntomas depresivos los que se observaron en un 57% de estos casos. De este modo, es posible decir que los síntomas que se observan con mayor preponderancia corresponden principalmente a síntomas de la esfera emocional.

En un segundo rango de prevalencia, entre un 39% y un 20% de los casos evaluados que presentaron sintomatología se observó la presencia de auto o heteroagresividad, defectos de la impulsividad, alteración de la conducta sexual, distorsiones cognitivas, alteración de la conducta alimentaria y síntomas disociativos. En este sentido, se observa en este segundo rango de prevalencia la presencia mayoritaria de síntomas conductuales.

Tabla N° 5 Prevalencia de síntomas

Síntomas	Nº de casos	%
Ansiosos	40	85
Depresivos	27	57
Trastornos del sueño	23	49
Defectos de atención /concentración	23	49
Conductas evitativas	20	43
Auto/heteroagresividad	17	36
Defectos en la impulsividad	13	28
Alteración de la conducta sexual	12	26
Distorsiones cognitivas	11	23
Alteración conducta alimentaria	11	23
Síntomas disociativos	10	21
Enuresis	9	19
Conductas disociales	8	17
Hiperactividad	7	15
Reexperimentación	7	15
Oposicionismo	6	13
Hiper arousal	6	13
Alteracion de la identidad sexual	6	13
Alteracion en el lenguaje	6	13
Síntomas somatomorfos	5	11
Dificultad de aprendizaje	5	11
Maniacos	3	6
Dificultades en la lectoescritura	2	4
Dificultades psicomotoras	1	2
Encopresis	1	2
Dificultades de cálculo	1	2
Otros síntomas	14	30

Asimismo, entre un 19% y un 10% de los casos presentó enuresis, conductas disociales, hiperactividad, reexperimentación, oposicionismo, aumento de la activación, alteración de la identidad sexual, alteración del lenguaje, síntomas somatomorfos y alteración del lenguaje.

Como síntomas residuales, es decir, que se presentan en menos de un 10% de los casos, se observaron síntomas maníacos, dificultades en la lectoescritura, dificultades psicomotoras, encopresis y dificultades de cálculo.

Por último, cabe destacar que en un 30% de los casos que presentaron sintomatología (14 casos), se observaron otros síntomas no considerados en el Registro de Diagnóstico Psicosocial Individualizado. Entre éstos se incluían labilidad emocional en un 11% de los casos, sentimientos de culpa en un 6%, mientras que se observó bajo rendimiento escolar, dificultades de relación con pares, episodios de llanto, sentimientos de rabia, aislamiento social, irritabilidad en un 4% de los casos.

La sintomatología presentada por los casos permitió en un 83.3% de éstos configurar un diagnóstico categorial a partir de los criterios de DSM-IV; mientras que en un 16.7% de los menores evaluados no presentó sintomatología que permitiese establecer la existencia de un trastorno.

Según lo muestra la Tabla N°6, el trastorno de mayor prevalencia en la muestra fue el Trastorno Adaptativo el que se diagnosticó en un 51.6% de los casos. A éste, con una significativa menor representación, le sigue el Trastorno de Estrés Postraumático el que se diagnosticó en un 15% de los casos. Les siguen en orden de preponderancia

Tabla N° 6 Prevalencia de Trastornos

Trastorno	Nº de casos	%
Trastorno Adaptativo	31	51.6
Estrés Postraumático	9	15
Trastorno reactivo de la vinculación	5	8.3
Trastorno de Personalidad	3	5
Trastorno de la Identidad Sexual	1	1.7
Trastorno Alimenticio	1	1.7
Trastorno Ansioso no especificado	1	1.7
Trastono de ansiedad por separación	1	1.7
Trastorno de conversión	1	1.7
Amnesia Disociativa	1	1.7
Fuga Disociativa	1	1.7
Trastorno negativista desafiante	1	1.7
Trastorno depresivo no especificado	1	1.7
Trastorno distímico	1	1.7
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	1	1.7
Trastorno de la Infancia no especificado	1	1.7
Retardo Mental	1	1.7
Sin trastorno	10	16.7

el Trastorno Reactivo de la Vinculación que se consignó en un 8,3% de los casos y el Trastorno de Personalidad en un 5%. El resto de los diagnósticos presenta una representación residual en la muestra.

Por otro lado, si consideramos que dentro de los Trastornos Adaptativos diagnosticados el 21 corresponde a aquellos que se asocian a síntomas ansiosos o ansiosos-depresivos, al unir esta cifra con los otros trastornos de tipo ansioso diagnosticados (Trastorno Ansioso no especificado, Trastorno de ansiedad por separación) y al trastorno de Estrés Postraumático, se obtiene que el 53.3% de la muestra presenta trastornos psicopatológicos en el espectro ansioso al momento de la evaluación.

El diagnóstico realizado a nivel de la estructura de personalidad en cada uno de los casos arrojó la información que se grafica en la siguiente tabla:

Mayoritariamente los casos evaluados presentaron una estructuración neurótica de la personalidad (83.3%), mientras que un 15% de los casos correspondió a una estructura límite y sólo un 1.7% a una estructuración psicorgánica. Cabe destacar que ninguno de los casos de la muestra presentó una estructuración psicótica de la personalidad.

Tabla N° 7 Distribución de la Estructura de Personalidad

Nivel estructural	Nº de casos	%
Neurótico	50	83.3
Límite	9	15
Psicorgánico	1	1.7
Psicótico	0	0

En relación a los rasgos de personalidad, según se grafica en la tabla N°8, los que aparecen representados de un modo significativo en más de un 40% de los casos, son los rasgos evitativos (47%) y dependiente (40%), mientras que los rasgos depresivos (20%), histriónicos (15%) y paranoide (15%), aparecen en un segundo rango de prevalencia. Los otros rasgos de personalidad aparecen en forma residual en menos del 10% de los casos.

En relación al diagnóstico familiar realizado, la información relacionada con las características sistémicas y relacionales de las familias de los menores de la muestra mostró lo siguiente:

En forma notoriamente mayoritaria, el tipo de vínculo que caracteriza a los menores de la muestra con su figura de apego, es un vínculo inseguro (80%), principalmente de tipo ansioso-ambivalente el que presentó más del 50% de la muestra, mientras que sólo un 20% de los casos presenta un vínculo seguro con esta figura. (Tabla N° 9).

Por otro lado, en relación a las características estructurales del sistema familiar de los menores de la muestra, la evaluación de los límites al interior y exterior de la familia se presenta en la Tabla N° 10:

Tabla N° 8 Distribución de los rasgos de personalidad

Rasgos de Personalidad	Nº de casos	%
Evitativo	28	46.7
Dependiente	24	40
Depresivo	12	20
Paranoide	9	15
Histriónico	9	15
Limitrofe	5	8.3
Disocial	4	6.7
Narcisista	3	5
Obsesivo	3	5
Esquizoide	2	3.3

Tabla N° 9 Distribución del tipo de Vínculo de la víctima con su figura de apego

Tipo de Vínculo	Nº de casos	%
Seguro	12	20
Inseguro ansioso-ambivalente	32	53.3
Inseguro rechazante- evitativo	9	15
Inseguro desorganizado	7	11.7

Tabla N° 10 Distribución por Vínculo con el Agresor y Límites en la Familia

Agresor / Límites	Límites difusos	Límites claros	Límites rígidos
Intrafamiliar	11	3	2
Extrafamiliar	13	7	5
Figura paterna	14	0	5
Nº Total de casos	38	10	12
%	63.3	16.7	20

En la Tabla N° 10, se observa que un 63.3% del total de casos, presentaría un funcionamiento familiar en el que prevalecen límites difusos entre los subsistemas, un 20% asociado a límites rígidos, mientras que solamente un 16.6% presenta límites claros. De tal modo se observa que 83.3% de la muestra se sitúan en los polos disfuncionales del continuo, constatándose una modalidad de organización familiar que opera con una lógica en que las funciones protectoras se ven alteradas. Respecto a cómo se comporta la organización familiar en los casos en que el agresor es la figura paterna, se constata la distribución de los casos en la polaridad rígido/difuso, no observándose

como modalidad estructural una pauta asociada a límites claros en la interacción entre sus miembros. Por otro lado se observa una distribución de la frecuencia en un espectro más amplio en aquellos casos en que la figura del agresor no pertenece al grupo familiar, constatándose estructuras familiares que funcionan en los tres rangos descritos y de manera más homogénea. En cuanto a los patrones funcionales en torno a los límites se evidencia una mayor frecuencia de pautas asociadas a límites claros en el funcionamiento familiar cuando el autor de la agresión no está implicado directamente en la organización del sistema familiar, recurso que no se observa por contraparte cuando el autor de la agresión es un miembro de éste.

Respecto al nivel de funcionalidad de las jerarquías, de acuerdo a lo graficado en la Tabla N° 11, en el 70% de los menores evaluados, el sistema familiar en el que se insertan presenta un ordenamiento jerárquico disfuncional, mientras que en el 30% se constata jerarquías funcionales. Cabe destacar que el comportamiento de la organización familiar cuando el autor de la agresión es el padre, se estructura en torno a una mayor disfunción, prevaleciendo reglas confusas en la interacción en cuanto a las labores de protección y cuidado.

Tabla N° 11 Distribución por Vínculo con el Agresor y Tipo de Jerarquías en la Familia

Agresor / Jerarquías	Funcional	Disfuncional
Intrafamiliar	6	10
Extrafamiliar	10	15
Figura paterna	2	16
N° Total de casos	18	42
%	30	70

Por otro lado, en relación con las fronteras del sistema familiar de los casos evaluados, se constata que el 66.7% de ellas responden a un patrón de vinculación con el medio abierto al intercambio, manifestándose en el 33.3% de la muestra una resistencia a entablar una interacción o negociación con el entorno perpetuando una lógica interna de organización.

Tabla N° 12 Distribución por Vínculo con el Agresor y Tipo de Fronteras en la Familia

Agresor / Fronteras	Permeables	Impermeables
Intrafamiliar	11	5
Extrafamiliar	19	6
Figura paterna	9	9
N° Total de casos	40	20
%	66.7	33.3

Respecto de los roles, se observa una distribución de la frecuencia que sitúa en el más alto porcentaje, con un 60%, al rol inadecuado seguido con el 30% por el rol rígido. Finalmente con el más bajo porcentaje, encontramos el rol flexible representado por el 10% de la muestra. En este marco, es posible constatar que el 90% del funcionamiento en estas familias se caracteriza por el ejercicio de los roles en los polos disfuncionales, sólo encontrando en el 10% de éstos en el polo funcional.

Tabla N° 13 Distribución por Vínculo con el Agresor y Tipo de Roles en la Familia

Agresor / Roles	Rígidos	Inadecuados	Flexibles
Intrafamiliar	5	9	2
Extrafamiliar	11	10	3
Figura paterna	2	16	1
N° Total de casos	18	36	6
%	30	60	10

Los resultados obtenidos y que permiten describir las características de la muestra, resultan coincidentes con los datos que señalan que el fenómeno de las agresiones sexuales es sufrido principalmente por menores de edad, específicamente de la etapa escolar, afectando principalmente a niñas que sufren como tipo de delito más frecuente el abuso sexual, siendo el agresor una persona conocida o cercana de la víctima. En este sentido se puede considerar que la muestra es representativa del fenómeno.

Un elemento que destaca dentro de los resultados obtenidos en relación al tipo de vínculo con el agresor, dice relación con caracterizarlo como una persona que se encuentra principalmente dentro del ámbito familiar de la víctima, siendo éste quien ocupa el rol paterno u otro familiar (tío, tía, hermano, abuelo, etc.). Lo anterior implica que, con una mayor probabilidad, en la mayoría de los casos estudiados la agresión sufrida, más que tratarse de una situación abusiva, se trate de una relación abusiva caracterizada por una dinámica relacional alterada en donde entran en juego aspectos ligados a la confianza y el vínculo con un otro significativo perteneciente al mundo adulto de referencia. Si a lo anterior le agregamos el hecho de que este otro significativo en más de un tercio de los casos estudiados corresponde a una figura que ocupa el rol paterno, siendo por lo tanto, una figura constitutiva y constituyente del aparato psíquico de la víctima y de cuya internalización positiva como figura depende en gran parte el curso de un normal desarrollo psíquico, se evidencia que nos enfrentamos a una esfera de daño que se aleja de lo puramente reactivo enmarcándose en el proceso de desarrollo de la víctima. Lo anterior se relaciona con la presencia en la muestra de un número importante de trastornos que implican un nivel de cronicidad con una alteración del proceso de desarrollo y de estructuración de la personalidad (Trastorno Reactivo de la Vinculación, Trastorno de Personalidad).

Pese a lo anterior, la preponderancia en la muestra de normalidad tanto a nivel del desarrollo como de la estructuración de la personalidad, podría vincularse al efecto

de variables protectoras internas e externas y de las fortalezas personales que operan al momento de la agresión y que aminoran o amortiguan el efecto desorganizador de la experiencia abusiva.

Sin embargo, los datos confirman que la experiencia abusiva provoca en forma mayoritaria una respuesta psicopatológica expresada en síntomas principalmente de tipo emocional (ansiosos, depresivos) y en trastornos principalmente del espectro ansioso que alteran en forma significativa el normal funcionamiento de la víctima. Respecto de esto, se observó en forma significativa la presencia de trastornos mayoritariamente de tipo reactivo (Trastorno Adaptativo, Estrés Post Traumático) y luego los que presentan un nivel de cronicidad (Trastorno Reactivo de la Vinculación, Trastorno de Personalidad). Al respecto cabe destacar que en la presente investigación no se consignó la comorbilidad de estos trastornos.

Asimismo el bajo nivel de diagnóstico de EPT encontrado en la muestra, si se considera que este es un cuadro tradicionalmente vinculado a la problemática de las agresiones sexuales, podría explicarse por la ausencia en la muestra de agresiones sexuales por parte de desconocido, situación que por ser una situación inesperada, abrupta, que produce un quiebre en el continuo vital y generalmente con mayor uso de violencia, se asocia más directamente a respuestas psicopatológicas de altos y agudos niveles de estrés.

En otro ámbito, en relación a las características previas de la víctima, el análisis de la prevalencia de los rasgos de personalidad en la muestra y que señalan la presencia preponderante de los rasgos evitativos y dependientes podría estar indicado la existencia de patrones de vulnerabilidad en la relación con el entorno, al estar éstos basados en estilos vinculares poco adaptativos y/o protectores.

Asimismo, se constatan niveles importantes de disfuncionalidad en las competencias parentales, las que se evidencian en variables estructurales como la jerarquía, límites y roles. La ausencia de flexibilidad en la estructura es un rasgo que prevalece, constituyéndose este en el marco vital en el que el niño adquiere un sentido de identidad y ensaya modalidades de contacto con su entorno. Desde esta lógica es posible destacar la fluctuación de la calidad de las interacciones al interior de estos núcleos en dos direcciones de alta disfuncionalidad.

Por un lado, existiría un patrón rígido de funcionamiento familiar que altera y transforma en inefectivos los procesos de comunicación entre sus miembros. De este modo evidencian estos sistemas significativas dificultades en la activación oportuna y adecuada de mecanismos de protección y apoyo, caracterizándose por una baja responsividad frente a los estresores internos o externos al núcleo. Así mismo, estas organizaciones familiares se comportan de modo que obstaculizan el acceso emocional de los menores a sus figuras de apego, debido a los altos umbrales que requieren para su activación. Este espectro de funcionamiento familiar se evidencia en un grupo importante de la muestra, orientando el análisis en dirección a la incapacidad de dichos sistemas de responder satisfactoriamente a los requerimientos de contención afectiva de los niños y jóvenes.

En el opuesto se constata un patrón disfuncional asociado a límites laxos entre los miembros del sistema, aspecto que interfiere en la individuación y autonomía funcional

en consideración a la etapa evolutiva de cada uno de los integrantes de estos grupos familiares. En este rango se observa la mayor frecuencia de familias, constituyéndose en el indicador de un tipo de pauta familiar que puede interferir en la adecuada detección de las necesidades de los jóvenes y niños, debido a la ausencia de claridad en los límites interpersonales.

Desde ésta óptica y en virtud de las dos direcciones que toma la dinámica de estos grupos, resulta interesante destacar que ambos repertorios organizacionales repercuten en el desarrollo y adquisición de herramientas interpersonales de sus integrantes, constituyéndose en un factor que refuerza la vulnerabilidad emocional y funcional de los miembros más desprotegidos del sistema.

Asimismo, al evaluar la calidad de las interacciones al interior de estas familias y las dinámicas implicadas en torno al ejercicio de la autoridad y jerarquía, se constatan desviaciones respecto a lo normativo, enfretando los niños y jóvenes patrones que tienden a sobreimplicarlos en funciones parentales que comprometen su adecuado desarrollo. Por contraparte, los progenitores presentarían dificultades en el empoderamiento de su rol parental resultando erráticos o poco congruentes en las funciones normativas y de protección de sus hijos. Esta pareciera ser una característica de los sistemas evaluados, independientemente de si las victimizaciones son llevadas a cabo por figuras ajenas o pertenecientes a estos grupos familiares.

Finalmente, en función del análisis de las variables consignadas en el proceso diagnóstico, es posible destacar la consistencia que presentan los elementos clínicos y sintomatológicos, apuntando en dirección a una significativa disfuncionalidad reactiva o previa en torno a los procesos vinculares. De tal modo, al momento de la consulta, se constata una coherencia entre los factores asociados a variables individuales y funcionamiento de los contextos de desarrollo de los jóvenes y niños de la muestra, que tienden a evidenciar conflictos en la esfera de la contención y apoyo. Si se piensa en la mayor prevalencia de los trastornos adaptativos con rasgos en la esfera ansiosa y depresiva y secundariamente los trastornos reactivos de la vinculación, cabe la pregunta, si dada la disfuncionalidad de las estructuras familiares observadas y los estilos vinculares prevalentes, estos se inscriben en dificultades en las funciones parentales de contención emocional post develación de la experiencia abusiva, acentuando las respuestas ansiosas y depresivas de los menores. En este sentido la reactividad de los síntomas pudiese estar en concordancia con patrones disfuncionales que impiden un alivio oportuno de éstos, cronificando la psicopatología más allá de lo esperable ante el evento traumático de la victimización sexual. Este sentido, las dinámicas vinculares en sí misma pudiesen tener un efecto nocivo traspasando el concepto de vulnerabilidad individual a una disfunción relacionada con marcos evolutivos de los menores, pudiendo establecerse la idea de una respuesta sistémica traumatizante y traumatizada.

El fin último del estudio se relaciona con la posibilidad de obtener información diagnóstica relevante para el diseño de la intervención reparatoria, la que debe adaptarse a las necesidades específicas de cada caso. Al respecto, el presente estudio piloto entrega algunos resultados preliminares.

En primer término, el diseño y planificación global de estrategias de intervención debe considerar que éstas serán aplicada en forma mayoritaria a menores con desarrollo normal. Esto hace que resulte pertinente la indicación de intervenciones

psicoterapéuticas individuales y/o grupales para la víctima directa, así como de estrategias psicoeducativas y de apoyo.

Por otro lado, la alta prevalencia de agresiones que ocurren en el ámbito familiar, a nivel tanto de la familia nuclear como extensa, apunta a la necesidad de incorporar estrategias familiares de intervención que permitan abordar el daño o la alteración de la dinámica familiar como consecuencia directa de la ocurrencia del abuso. Asimismo, resulta un ámbito de desafío el diseño de intervenciones familiares que aborden la disfuncionalidad previa del sistema que pudieren constituirse en variables facilitadoras de la ocurrencia de la agresión.

Lo mismo ocurre frente a alteraciones o trastornos específicos derivados de la experiencia de victimización y que alteran principalmente la esfera interpersonal, por lo que un abordaje psicoterapéutico grupal podría resultar más beneficioso y eficiente. Dentro de estas alteraciones estarían las conductas sexualmente abusivas, el desarrollo de habilidades de autocuidado y los trastornos de inhibición o de impulsividad. Asimismo, la intervención grupal de tipo psicoeducativa parece ser una estrategia conveniente en el abordaje de temáticas relacionadas con los estilos de crianza y que generan en los padres de los menores víctimas gran preocupación por su relación con el abuso. Tal es el caso de temáticas relacionadas con el desarrollo psicosexual infantil.

Por último, cabe señalar nuevamente que un perfeccionamiento en los procesos de diagnóstico resulta un elemento central para avanzar en la búsqueda de nuevas y mejores estrategias de intervención, que se transformen en respuestas reales para la necesidad de reparación.

2.3. Resultados del Programa de Intervención.

En sus 6 años de funcionamiento, el Programa de Intervención Especializada Infante Juvenil CAVAS, financiado por SENAME ha incorporado al trabajo del Centro un total de 462 casos, de los cuales 362 ya han sido egresados del programa a diciembre de 2003.

A continuación se presentan cifras que permiten evaluar los resultados del trabajo realizado respecto de los casos egresados.

a. Motivo del Alta de los casos egresados en este período.

Del total de casos ingresados al programa financiado por SENAME, es decir, 462 casos, un 78,3% había egresado a diciembre de 2003 (362 casos), mientras que un 21,7% de los casos ingresados, es decir 100 casos, continúan aún en tratamiento durante el año 2004.

El análisis de la distribución de las causales de egreso por año, permite una más clara visión respecto del curso seguido por este proceso durante todo el período de ejecución del programa.

De acuerdo en lo graficado en la siguiente tabla, la causal el egreso obedece en 205 casos a la finalización del proceso de rehabilitación (56,7%), en 33 casos a la superación de la situación de riesgo social (9,1%), mientras que en 30 casos un adulto

responsable asumió su rol (8,3%). Por otro lado, en un 26% la causal de egreso correspondió a la interrupción del tratamiento por traslado de residencia o por abandono.

Del total de casos ingresados (462 casos), 94 no completaron el tratamiento iniciado (20,3%). De éstos, 9 correspondieron a interrupción por cambio de domicilio, mientras que 85 dejaron de asistir, considerándose como deserción del tratamiento.

De este modo, la deserción observada asciende a un 18,3% del total de casos ingresados.

En síntesis, la finalización satisfactoria del tratamiento se logró en un 74,1% de los casos egresados, ya sea por el fin del proceso de rehabilitación, porque el adulto a cargo del niño asume responsablemente su rol, o por la superación de la situación de riesgo social.

Causal de Egreso/ Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	%
Adulto responsable asume su rol	—	1	7	5	3	14	30	8,3
Término del proceso de rehabilitación	21	24	75	32	8	45	205	56,7
Superación de la situación de riesgo social	—	2	13	8	2	8	33	9,1
Deja de asistir	2	—	26	24	12	21	85	23,5
Traslado de residencia	1	—	2	3	3	—	9	2,5
TOTAL	24	27	123	72	28	88	362	100

Estas cifras permiten concluir que para un porcentaje mayoritario de los casos egresados, la intervención permitió el logro de mejoramiento en las condiciones previas, favoreciéndose el proceso de reparación y la salud mental de las víctimas y sus familias.

b. Resultado del Programa de Tratamiento en el niño/a que Egresas.

Respecto a los logros alcanzados en relación a la víctima directa a partir de la intervención realizada, se observa que un 76,6% de los casos egresados (277 casos) alcanzó un significativo éxito de los objetivos propuestos a través de un éxito parcial o total en tratamiento, de los cuales 57% corresponden a un logro total de los objetivos. Por otro lado, un 19,6% del total de casos egresados, corresponde a interrupción del tratamiento.

De este modo, del total de casos ingresados al programa, un 60%, es decir, 277 casos, alcanzó un logro importante de los objetivos terapéuticos planteados en relación

Nivel de Logro en la Víctima	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	%
No lo termina, interrumpe	—	—	28	17	11	29	85	23,5
Terminó la intervención con éxito (100% logros)	23	24	82	35	8	34	206	57
Terminó la intervención, éxito parcial (50% logros)	1	3	13	20	9	25	71	19,6
TOTAL	24	27	123	72	28	88	362	100

al(la) menor víctima. Lo anterior permite establecer que la estrategia de intervención utilizada en este programa en lo que respecta al tratamiento de los menores víctima, contribuyó de manera significativa al proceso de recuperación en un alto porcentaje de las víctimas tratadas.

c. Resultado del Programa de Tratamiento en la familia del niño que Egresa.

Del total de casos egresados, el 15,5% no incluyeron tratamiento a la familia del niño(a), trabajándose solamente en forma individual con la víctima directa. Cabe señalar que dentro de estos últimos casos, se incluyen no sólo aquellos que no requirieron de intervención a nivel familiar, sino también los que requiriéndola no contaban con una figura significativa al interior de la familia dispuesta a participar en el tratamiento.

Por otro lado, el 84,6% de los egresos requirió una intervención paralela dirigida de alguna manera hacia el núcleo familiar del(la) menor víctima, incluyéndose en el tratamiento a al menos un miembro de la familia como figura significativa del(la) menor.

El resultado del trabajo realizado con la familia de los(as) niños(as) egresados(as) del programa muestra un 70,2% de logro correspondiendo un 47% de éste a logro total de los objetivos propuestos.

Este resultado señala que del total de casos ingresados (462 casos), en un 55%, vale decir 252 casos, se alcanzó éxito parcial o total en tratamiento de la familia de la víctima, favoreciendo con esto la reparación del daño producido en la víctima y su sistema familiar por la agresión sexual sufrida.

Por otro lado, en un 13,3% de los casos egresados que incluyeron tratamiento a las familias, éste se vio interrumpido, mientras que en un caso (1,1%) el tratamiento terminó sin éxito en la consecución de objetivos.

Un dato que destaca es el número de deserciones al tratamiento con la familia (48 casos) al que se le suman los casos en que ésta no participa del tratamiento (56 casos), alcanzándose así una cifra de un 28,8% del total de casos egresados, en los que se trabajó principalmente con los niños(as). En este sentido, resulta un elemento

Nivel de Logro en la Familia	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total	%
No adscrito al programa	—	1	25	6	2	22	56	15,5
No lo termina, interrumpe	—	—	19	14	7	8	48	13,3
Lo termina sin éxito	—	—	—	1	1	2	4	1,1
Terminó la intervención con éxito (100% logros)	23	23	59	29	7	29	170	47
Terminó la intervención, éxito parcial (50% logros)	1	3	20	22	11	27	84	23,2
TOTAL	24	27	123	72	28	88	362	100

relevante el nivel de éxito alcanzado en las intervenciones con los(as) menores víctimas (76,6%), el que resultó mayor que el logrado a nivel familiar (55%). Este resultado validaría la necesidad de intervención individual con los(as) niños(as) víctimas, aún sin contar con recursos familiares de apoyo, reforzando también la creencia en la capacidad y recursos infantiles de reparación y elaboración.

d. Análisis de Resultados.

El análisis de los datos estadísticos registrados respecto de los resultados del proceso de intervención desarrollado con los 462 beneficiarios directos del programa, señala como primera conclusión el alto nivel de efectividad alcanzado por la estrategia interventiva del mismo (76,6.% de mejoramiento en las condiciones previas). En este sentido, si bien los resultados resultan satisfactorios tanto a nivel de los logros individuales como familiares, la evaluación de resultados muestra un mayor nivel de logro en el tratamiento de los(as) niños(as) víctimas, en relación al tratamiento con las víctimas indirectas al interior del grupo familiar. Este resultado resulta altamente congruente con las características de la estrategia terapéutica implementada en el desarrollo del programa y que se orienta en forma principal a la víctima y sólo de manera secundaria a su sistema familiar.

Si bien se evalúa como necesaria la orientación primaria hacia la víctima, es claro que un mejoramiento tanto en la calidad como en la efectividad de las intervenciones futuras, requiere una mayor consideración al lugar que ocupa el trabajo con la familia en la recuperación de la víctima y en la reparación del daño asociado al abuso. Es por eso que se ha incorporado esta temática con miras a desarrollar un trabajo sistemático en el tratamiento familiar de las agresiones sexuales, como complemento al abordaje individual.

Por último, un elemento que parece importante destacar por su relevancia teórico-práctica, dice relación con los distintos niveles de dificultad que presentaron los casos para su abordaje. En este sentido, el programa desarrollado mostró ser efectivo en un porcentaje mayoritario de casos que respondieron positivamente a una intervención de duración promedio cercana al año de tratamiento.

Por otro lado, una cifra cercana al 23,4% de los casos presentarían características que implicarían una mayor dificultad para la intervención propuesta, lo que se expresó indistintamente en una prolongación del tratamiento o en un abandono o interrupción de éste. De este modo, es posible observar una importante similitud en las características de los casos que interrumpieron el tratamiento y aquellos que no fueron egresados durante el desarrollo del proyecto. Esta similitud se relaciona con que ambos tipos de casos se mantienen en tratamiento por un período de tiempo considerablemente mayor en comparación con el tiempo de duración del tratamiento de aquellos casos que presentaron logros en éste. Lo anterior alude a necesidades asistenciales diferenciales para estos grupos, asociadas probablemente a niveles diferenciales de daño psicosocial como resultado de la situación abusiva, así como a condiciones personales y familiares deficitarias o carenciales previas. Dentro de esto último podemos mencionar los casos con trastornos psicopatológicos o psiquiátricos de base, así como las condiciones previas de riesgo social grave; probablemente estos factores se encuentran mayormente asociados a interrupción del tratamiento, así como irregularidad en la asistencia.

En relación a la consideración de los distintos niveles de daño asociado a la agresión sexual, esta variable aparece en directa relación con la duración del tratamiento y específicamente, con la prolongación de éste. En este sentido, es posible plantear que el porcentaje mayoritario de los casos exitosos, correspondería al daño psicosocial leve y moderado, el que respondería satisfactoriamente al tratamiento propuesto, mientras que los casos de daño grave o profundo resultarían resistentes o crónicos en su evolución, requiriendo de tratamientos de largo plazo. Al respecto, cabe la pregunta sobre cómo un programa de intervención de dos años de duración responde a las necesidades de asistencia en estos casos. La respuesta a esta pregunta debiera encontrarse en estrecha relación con la comprensión de la problemática de la agresión sexual y de su impacto en el desarrollo infantil, de manera de poder ofrecer respuestas sociales congruentes con dicha concepción.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO INTEGRATIVO

El trabajo y la experiencia de los años de funcionamiento del Centro, y la búsqueda de referentes conceptuales, ha llevado al desarrollo de un marco teórico que integra los planteamientos de la Victimología con los provenientes de la Psicología desde un contexto social y jurídico de comprensión del problema de las agresiones sexuales. A continuación se revisan los elementos centrales de esta integración como base de fundamentación para la estrategia de intervención.

A. EL MARCO JURÍDICO

1. BREVE ANÁLISIS DE LOS DELITOS SEXUALES CONTENIDOS EN LA LEGISLACIÓN CHILENA

El Código Penal chileno entró en vigencia en el año 1874 y el tratamiento legal de los delitos sexuales se mantuvo invariable hasta el año 1999, fecha en que la Ley 19.617 introdujo una gran cantidad de cambios en la tipificación de estos y una serie de avances en el ámbito procesal penal. Todas estas modificaciones era indispensable hacerlas, puesto que los términos utilizados en el Código, la redacción misma de los tipos legales y algunos delitos, como el Rapto, eran propios de la realidad de fines del Siglo XIX. La mayoría de los delitos sexuales no estaban ni siquiera definidos y, por lo tanto, había que recurrir a la doctrina y a la jurisprudencia para interpretar la enredosa terminología allí utilizada, con la consecuente disparidad de criterios de cada autor o cada Juez.

Los delitos sexuales están contenidos en el Título VII del Libro II del Código Penal: “Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública”. Se cree que estos delitos no atentan necesariamente contra los mencionados bienes jurídicos. En la actualidad hay acuerdo en la doctrina y la jurisprudencia que el bien jurídico protegido es la **Libertad Sexual**, es decir, el derecho que cada uno tiene de elegir cómo, cuándo, dónde y con quién tener relaciones sexuales. Ahora bien, este bien jurídico no puede ser reconocido a los menores de edad, puesto que no tienen el desarrollo psicosexual necesario y adecuado para poder ejercer libremente su sexualidad y no están en condiciones de expresar su voluntad en ese sentido. En estos casos, el bien jurídico protegido es la **Indemnidad Sexual**.

a. Violación

El artículo 361 del Código Penal define este delito de la siguiente manera: “Comete violación el que accede carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a cualquier persona mayor de doce años, en alguno de los casos siguientes:

- 1º Cuando se usa de fuerza o intimidación.
- 2º Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha su incapacidad para oponer resistencia.
- 3º Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima.”

El texto legal exige como sujeto pasivo a una PERSONA (hombre o mujer) y como sujeto activo, a un hombre. Cabe señalar que, según esta redacción, el hombre es el único habilitado para acceder carnalmente puesto que sólo a través del pene se puede realizar esta acción; cualquier acto de penetración utilizando objetos, los dedos u otro, corresponde al delito de Abuso Sexual sin contacto corporal, que veremos más adelante.

La tipicidad del delito de violación se produce por la falta de voluntad de la víctima, la que se expresa por cualquiera de tres circunstancias:

1) Cuando se usa fuerza o intimidación.

El uso de la fuerza o intimidación, aunque no tenga como consecuencia lesiones en la persona ofendida, es suficiente para tipificar el delito de violación. La **fuerza** en la violación consiste en la utilización de la violencia física destinada a someterla para acceder carnalmente a él o a ella. La **intimidación** es la amenaza grave, inminente, injusta y verosímil de utilizar la fuerza física respecto del ofendido o de terceras personas, lo que crea un justo temor que hace doblegar la voluntad de la víctima para someterse carnalmente a su ofensor.

2) Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha su incapacidad para oponer resistencia.

La privación de sentido es la falta de conciencia que experimenta la víctima, ya sea por causas ajenas o por su propia voluntad, que le impiden otorgar su consentimiento (o resistir la violación). Se trata de un estado generalmente transitorio y cuyas causas pueden ser patológicas, accidentales (golpe), por la ingestión de drogas, alcohol, estados de somnolencia profunda, etc.

El segundo caso se refiere principalmente a una incapacidad física (inválidos, sordo-mudos, etc.) de la víctima que le impediría resistir una violación. De esta circunstancia se aprovecha el victimario para cometer el delito.

3) Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima.

La enajenación o trastorno mental consiste tanto en la incapacidad de la víctima de autodirigir su conducta, como en la falta de conciencia respecto de la naturaleza de los actos en que participa. Son aquellas patologías mentales (psiquiátricas) que alteran sustancialmente el juicio de realidad de quien las padecen (demencia, deficiencia mental severa, psicosis, esquizofrenia, paranoia, etc.) Es importante destacar que la patología debe ser notoria o conocida por el autor y éste **debe abusar** de ella para lograr el acceso

carnal. De ser de otra manera, se estaría desconociendo el derecho a la libertad sexual que tienen las personas que padecen una enajenación o trastorno mental.

El artículo 362 del Código Penal sanciona la violación a una persona **menor de 12 años**, aunque no concurren circunstancias enumeradas en el artículo anterior. Esta causal viene dada en razón de la incapacidad legal de la ofendida para dar su consentimiento, dada su corta edad, aún cuando no concorra ninguna de las hipótesis de comisión del delito de violación. La ley prescinde de la voluntad por considerar a la persona impúber (incapaz absoluta) siéndole irrelevante, inclusive, el hecho de haber incitado ella misma al autor. Se protege la indemnidad sexual del menor de 12 años.

En cuanto a su **penalidad**, la violación es castigada con presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado medio, es decir, esta pena comprende **entre tres años y un día a quince años**. En el caso que la víctima sea menor de 12 años cumplidos, la pena será de presidio mayor en cualquiera de sus grados, es decir, **de cinco años y un día a veinte años**.

Es importante destacar que la Ley 19.617 de 1999, incluyó en el artículo 369 inciso 3º la **violación cometida por el cónyuge o conviviente**. Esta regulación no ha estado exenta de críticas, puesto que se establecen reglas especiales que entregan al sólo criterio de Juez la posibilidad de no dar curso al procedimiento o sobreseerlo en atención a la gravedad de la ofensa inflingida o a requerimiento del ofendido.

Finalmente, el artículo 372 bis señala que “el que con ocasión de violación cometiere además homicidio en la persona de la víctima, será castigado con presidio mayor en su grado máximo a presidio perpetuo”; es decir, de 20 años a presidio perpetuo (con la posibilidad de obtener el beneficio de la libertad condicional).

Y además en su inciso 2º señala: “El que con ocasión de violación por vía vaginal si la víctima fuere mujer o por vía anal si fuere hombre, cometiere además el homicidio del ofendido será castigado con la pena de presidio perpetuo a presidio perpetuo calificado (mínimo 40 años de presidio).

Esta aparente redundancia y la distinción entre hombre y mujer, que podría parecer innecesaria, se tuvo que incluir ya que antes de la Ley 19.617 de 1999 en este delito se distinguía entre violación (víctima mujer) y violación sodomítica (víctima hombre), y no existía la posibilidad de acceso carnal vía bucal. Además, la sanción máxima era la pena de muerte que fue derogada de nuestra legislación y cambiada por la de presidio perpetuo calificado.

b. Estupro

Este delito se encuentra en el artículo 363 del Código Penal en que señala: “...el que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de edad pero mayor de doce años, concurriendo cualquiera de las circunstancias siguientes:

1º Abuso de anomalía o perturbación mental, aún transitoria de la víctima, que por su menor entidad no sea constitutiva de enajenación o trastorno.

Esta circunstancia incluye las patologías psiquiátricas que padezca la víctima que NO tengan la gravedad o intensidad necesaria para constituirse en enajenación o

trastorno mental, puesto que si así fuera se trataría del delito de violación. El Informe Pericial Psiquiátrico que se realice en la investigación, es el que determinará la anomalía o perturbación mental y despejará cualquier duda en la tipificación del delito.

2º Abuso de una relación de dependencia de la víctima, como en los casos en que el agresor está encargado de su custodia, educación o cuidado, o tiene con ella una relación laboral.

Las relaciones de dependencia a que se refiere esta circunstancia son sólo ejemplificadas, puesto que existen muchas otras formas en que se somete una voluntad al arbitrio de otra.

3º Abuso del grave desamparo en que se encuentra la víctima.

El desamparo de la víctima puede ser físico o afectivo (niños de la calle), permanente o transitorio y no importa su origen. Pero si debe tener una gravedad tal, que resulte decisivo a favor de la manifestación de voluntad de la víctima a la realización del acceso carnal.

4º Engaño a la víctima, abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual”.

El engaño en el delito de estupro consiste en hacer que la víctima se forme un falso concepto de la realidad, de la identidad y propósitos del autor y de la naturaleza y consecuencias del acto sexual. Lo que hace posible el engaño, es la inexperiencia o ignorancia sexual.

La **Penalidad** en el delito de Estupro es de reclusión menor en sus grados medio a máximo; es decir, desde 541 días a 5 años.

c. Abuso sexual

Hasta antes de la tantas veces mencionada reforma del año 1999, el artículo 366 del Código Penal establecía el delito de Abusos Deshonestos, que fue el gran “saco” donde cabían todas las conductas sexuales que no fueran constitutivas de otro delito.

Afortunadamente en la actualidad se denomina Abuso Sexual y está definido a partir de la conducta prohibida. En el artículo 366 ter del mismo Código, la ley define **Acción Sexual** como “Cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella”.

Un acto de significación sexual y de relevancia es aquel que principalmente tiende a la excitación sexual, sea mediante contacto corporal o sin contacto corporal (utilización de objetos) con la víctima.

La ley penal en este delito, también hace una distinción en cuanto a la edad de la víctima, para efectos de su **Penalidad**. El artículo 366 señala: “**El que abusivamente realizare una acción sexual distinta del acceso carnal con una persona mayor de 12 años...**”.

- Con circunstancias de la violación: reclusión menor en cualquiera de sus grados (61 días a 5 años).

- Con circunstancias del estupro: reclusión menor en sus grados mínimo a medio (61 días a 3 años), siempre que fuere menor de 18 años.

El artículo 366 bis repite la tipificación, sólo que respecto de personas **menores de 12 años**:

- Sin circunstancias de violación o estupro: reclusión menor en cualquiera de sus grados (61 días a 5 años).
- Con circunstancias de violación o estupro: reclusión menor en sus grados medio a máximo (541 días a 5 años).

d. Incesto

Es muy común en nuestro país que se confunda este delito con cualquier otro que sea cometido por un pariente cercano, como por ejemplo una Violación “incestuosa” o un Abuso Sexual “incestuoso”. En este caso se aplica la agravante de parentesco del artículo 13 del Código Penal: “Ser el agraviado cónyuge, pariente legítimo por consanguinidad o afinidad en toda la línea recta y en la colateral hasta el segundo grado inclusive, padre o hijo natural o ilegítimo reconocido del ofensor”.

Por lo tanto, se aplica la pena establecida por la ley para la violación o el abuso sexual, pero si concurre dicha agravante, se aumenta en un grado esa pena.

El Código Penal no define este delito. El artículo 375 señala “El que, conociendo las relaciones que lo ligan, cometiere incesto con un ascendiente o descendiente por consanguinidad o con un hermano consanguíneo...”. Podría definirse así el incesto como un delito autónomo y plurisubjetivo, establecido por el legislador para el resguardo del orden de la familia, y que se configura por la relación sexual consentida y el vínculo de parentesco conocido por los copartícipes.

- **Delito autónomo y plurisubjetivo:** puesto que constituye una figura penal independiente de cualquier otro delito. Es de coparticipación necesaria, en virtud de que ambos implicados en la relación sexual incestuosa son coautores del delito, no habiendo por consiguiente, sujeto pasivo o víctima.
- **El bien jurídico protegido es el Orden de la Familia:** según el legislador de la época, este “orden” puede verse afectado o alterado por la posibilidad de engendrar descendencia que, atendidas razones de carácter biológico y eugenésico, puedan ser degeneradas atendido el vínculo de parentesco consanguíneo de los partícipes. Junto con lo anterior, y por razones de menos significación, se estima la práctica incestuosa como hiriente al sentimiento familiar y a las buenas costumbres.
- **Relación sexual consentida:** en caso contrario, nos encontraríamos frente a un delito de Violación, con la agravante de parentesco del artículo 13 del Código Penal.
- **Vínculo de parentesco y conocimiento de este:** el artículo 375 del mismo texto legal, sanciona el incesto cometido con un ascendiente o descendiente por consanguinidad (abuelo, padre, hijo, nieto) o con un hermano consanguíneo. Si ambos conocen el vínculo, los dos son sancionados como coautores; si ambas

partes lo ignoran, la conducta es inculpable; y si sólo una de ellas conoce el vínculo y la otra no, se sancionará por el delito de incesto sólo a la primera.

La **penalidad** de este delito es la de presidio menor en sus grados mínimo a medio, es decir, de 61 días a 3 años.

e. Sodomía

Hasta antes de la modificación realizada por la Ley 19.617 de 1999, se castigaba el sólo hecho de ser homosexual. La tendencia universal en la actualidad es despenalizar el delito de sodomía, en razón a un reconocimiento efectivo del derecho a la libertad sexual. Ahora bien, cuando está involucrado en la relación un menor de edad, la situación es distinta.

El artículo 365 del Código sanciona al que accediere carnalmente a un menor de 18 años de su mismo sexo, sin que medien las circunstancias de la violación o el estupro, es decir, de común acuerdo. La justificación de la norma es que esta conducta constituye un peligro potencial para el desarrollo sexual normal de los menores de edad.

La **Penalidad** del delito de Sodomía es de reclusión menor en sus grados mínimo a medio, es decir, de 61 días a 3 años.

f. Corrupción de menores o abuso sexual indirecto

El artículo 366 quater, señala: “El que, sin realizar una acción sexual en los términos anteriores, para procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro:

- Realizare de acciones de significación sexual ante un **menor de 12 años**;
- Lo hiciere ver o escuchar material pornográfico;
- Lo determinare a la realización de acciones de significación sexual delante suyo o de otro;
- Lo empleare en la producción de material pornográfico.”

Es evidente que el bien jurídico protegido en este delito es la indemnidad sexual.

La **Penalidad** de este delito es de reclusión menor en cualquiera de sus grados, es decir, de 61 días a 5 años. Asimismo, igual pena se aplicará a quien realice alguna de las conductas descritas anteriormente con una persona **menor de edad pero mayor de 12 años, siempre que concurra fuerza o intimidación o las circunstancias del delito de estupro.**

g. Favorecimiento de prostitución de menores

El artículo 367 del Código Penal establece: “El que, habitualmente o con abuso de autoridad o confianza, promoviere o facilitare la prostitución de menores de edad para satisfacer los deseos de otro...”.

Este tipo legal sanciona al vulgarmente conocido como “proxeneta” y el bien jurídico protegido es claramente la indemnidad sexual.

Su **Penalidad** es de presidio mayor en cualquiera de sus grados, es decir, de 5 años y 1 día a 20 años, **más multa de 21 a 30 UTM**.

El artículo 367 bis sanciona lo que se conoce como “**Trata de Blancas**”, señalando: “El que promoviere o facilitare la entrada o salida de personas del país para que éstas ejerzan la prostitución en el territorio nacional o en el extranjero...”. La **Penalidad** de este delito es de presidio menor en su grado máximo, es decir, de 3 años y 1 día a 5 años, **más multa de 20 UTM**.

El mismo artículo señala, en su inciso segundo, que se impondrán las mismas penas en los siguientes casos:

1. Si la víctima es menor de edad;
2. Si se ejerce violencia o intimidación;
3. Si el agente actúa mediante engaño o con abuso de autoridad o confianza;
4. Si el autor fuere ascendiente, descendiente, marido, hermano, tutor, curador o encargado de la educación de la víctima;
5. Si el agente se vale del estado de desamparo económico de la víctima;
6. Si existe habitualidad en la conducta del agente.

Finalmente, cabe destacar que el 05 de enero de 2004 se promulgó la Ley 19.927 que modifica algunas de las disposiciones del Código Penal y otros cuerpos legales referidas a los delitos sexuales: es conocida como la **Ley de Pedofilia**. Al respecto, el término Pedofilia no está bien utilizado en este contexto, ya que se trata de un trastorno psicológico definido en el DSM-IV dentro de las Parafilias, y que básicamente consiste en la atracción sexual por menores de edad; por lo tanto, esta Ley no necesariamente está referida u orientada a sancionar a “los pedófilos”, puesto que éstos debieran previamente estar diagnosticados con este trastorno. Una persona puede padecerlo sin haber cometido un delito sexual nunca y no todos los que agreden sexualmente a menores de edad son pedófilos.

Hecha esta aclaración, cabe destacar que la Ley N° 19.927 que combate la pedofilia, sanciona a quienes incurran en el delito de pornografía infantil y entrega más y mejores herramientas a las policías y los tribunales de Justicia para combatir las redes de pedófilos que funcionan a través de Internet. La nueva normativa, que entra en vigencia al ser publicada en el Diario Oficial, modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, el Código Procesal Penal, la Ley sobre Indultos Particulares, la Ley de Menores y los decretos leyes referidos a la Libertad Condicional y al Registro de Antecedentes Penales. Junto con aumentar las sanciones para varios delitos cometidos en contra de menores de edad, el texto legal fortalece y entrega mecanismos más eficaces para la persecución de este tipo de delitos. Así, permite la participación de agentes encubiertos y la interceptación de internet y comunicaciones en general, con el fin de desbaratar las redes que trafican material pornográfico con menores, junto

a otras herramientas que harán posible un trabajo más diligente de las policías y los Tribunales de Justicia.

Algunas de las normativas contenidas en la iniciativa son sancionar a todo aquel que intervenga en la producción de material pornográfico infantil utilizando menores de edad, y a todo aquél que comercialice, distribuya, difunda o almacene con dichos fines material pornográfico infantil. También se aumentaron las penas para el delito de Estupro, quedando en sanciones que van de los 3 años y un día a 10 años. Antes era de 541 días a 5 años.

Además, se establece la inhabilitación o prohibición para condenados por estos delitos de desempeñarse en ámbitos educacionales u otros que impliquen trato frecuente con menores de edad, hasta por 10 años.

Dispone además la competencia de los Tribunales chilenos para conocer de ciertos delitos sexuales (principalmente pornografía infantil), cualquiera sea el país en el que estos se hubieren cometido, y siempre que hubieren afectado a chilenos o hubieren sido ejecutados por chilenos. Asimismo, se aclara que los delitos de distribución o comercialización de pornografía infantil se entienden cometidos en Chile siempre que se ejecuten a través de un medio de comunicación (Internet) al que se tenga acceso desde nuestro país.

La propuesta también sanciona al cliente en casos de prostitución de menores de 18 años, así como el favorecimiento a la prostitución, aún cuando no fuere habitual (actualmente se sanciona sólo cuando la conducta se ejecuta habitualmente o con abuso de confianza).

Respecto al delito de Abuso Sexual directo (penetración de objetos o instrumentos), esta Ley eleva la pena para dicha conducta, considerándola un abuso sexual agravado. Por último, se propone elevar las penas en casos de abusos sexuales cometidos con intimidación o violencia o bajo otra circunstancia que constituya violación.

La normativa establece los **14 años** como edad mínima de los menores con capacidad para consentir en materia sexual. Anteriormente era de 12 años.

Por otro lado, actualmente se encuentra en tramitación en el Congreso Nacional el Proyecto de Ley que crea los **Tribunales de Familia**. La futura puesta en marcha de esta nueva reforma, también nos exige adecuarnos y especializarnos. Esto porque una gran cantidad de evaluaciones y peritajes que realiza el CAVAS es por solicitud de los actuales Juzgados de Menores, en el contexto de procesos por visitas, tuición y protección de niños, niñas y adolescentes.

Muchos de estos temas serán de competencia de los futuros Tribunales de Familia, lo que sin duda nos obligará a implementar un trabajo conjunto que responda a las nuevas necesidades y expectativas.

2. OPCIÓN POR LA NO JUDICIALIZACIÓN DESDE EL CENTRO

La atención especializada e interdisciplinaria que se entrega a los beneficiarios en el Centro, se realiza con independencia de la existencia de denuncia del delito. Esto a pesar de encontrarse inserto al interior de la Policía de Investigaciones de Chile, ya

que se ha asumido la labor asistencial a la víctima responsablemente, privilegiando sus propios intereses y bienestar personal. En todo caso, siempre se encuentra disponible la posibilidad de orientación legal a los beneficiarios a fin de aclarar sus dudas respecto de las implicancias de un proceso judicial e instándolos, por cierto, a optar siempre por entregar a manos de la Justicia la resolución del conflicto.

Por otro lado, es parte de la política del Centro no asumir el patrocinio judicial de las víctimas; sólo se otorga orientación legal cada vez que se solicite y, cuando el caso lo requiera, se deriva a la red de asistencia legal gratuita haciendo el seguimiento posterior.

La decisión de no patrocinar las causas judiciales se debe principalmente a la labor pericial que también ha asumido el Centro, la que exige los más altos niveles de objetividad e imparcialidad. El hecho de que un mismo organismo sea parte de un proceso penal patrocinando a las víctimas y, además, sea el que realiza Informes Periciales que pueden servir como medio de prueba en esos procesos, pondría en riesgo la objetividad e imparcialidad que caracteriza al ámbito pericial.

No obstante, constantemente han surgido dentro del trabajo de equipo, temáticas recurrentes de preocupación y que se refieren al trabajo con los casos de riesgo social grave. Frente a ésto, se entiende que la efectividad de la acción en estos casos depende de la capacidad de movilizar la red de protección legal y social existente, de manera que los actores e instituciones ubicados en posición de intervenir cumplan su rol. En este trabajo, la diferenciación de roles y funciones que les corresponde jugar a cada una de las distintas instancias sociales, es un elemento importante a rescatar y respetar con miras a favorecer y fortalecer el rol que a ellas le compete. Es en este sentido que parecen incompatibles también las funciones asistenciales orientadas a la reparación, de aquellas vinculadas a la gestión judicial ya sea en la esfera criminal, civil o de menores.

B. EL MARCO PSICOSOCIAL

El enfoque actual de intervención del Centro tiene por sustento teórico una aproximación psicosocial e integrativa a la problemática de las agresiones sexuales. Este marco es resultado de un proceso de constante revisión y adecuación de los conceptos utilizados y de la permanente preocupación por parte del equipo por alcanzar una mayor comprensión del fenómeno para poder contribuir más efectivamente a la reparación y el tratamiento de las víctimas. En este sentido, la labor investigativa realizada por los propios profesionales del Centro ha resultado un elemento fundamental para el desarrollo de este marco, al mismo tiempo que ha significado un aporte al desarrollo de investigación especializada con población nacional.

De este modo, el enfoque teórico utilizado comprende una conceptualización respecto del fenómeno de las agresiones sexuales, sus orígenes y factores de mantenimiento, así como una comprensión dinámica de sus efectos para el desarrollo y la integridad psíquica de las personas afectadas.

1. DEFINICIÓN DE AGRESIÓN SEXUAL

La agresión sexual se considera una forma de violencia sexual, incluyéndose como elemento esencial el uso de la fuerza o del poder dirigido hacia fines sexuales que la víctima no ha consentido (Rojas, 1995). “El uso del término violencia sexual es útil siempre que se entienda que la violencia no sólo se refiere a la fuerza física sino que involucra otras formas de coerción y abarca todo el espectro de agresiones y abusos en torno a la sexualidad” (Sernam, 1993).

Según W. Preudergast (en Rojas, 1995) existirían tres factores comunes a todo tipo de agresión sexual. El primero hace referencia al uso (abuso) de fuerza o autoridad de una persona más grande y poderosa sobre otra más pequeña, débil y vulnerable. El segundo factor apunta a que la fuerza o el poder que posee esa persona son utilizadas para seducir sexualmente, tocar, acariciar o tener cualquier acercamiento de tipo sexual con la víctima. Por último, el autor señala el hecho que la víctima -estando bajo presión, miedo, inadecuación emocional o intelectual y/o inmadurez para reconocer o resistirse a la situación que está pasando- accede a los requerimientos del agresor, al no tener posibilidad de elección.

De lo anterior se desprende que en una agresión sexual se encuentra por un lado una persona que es catalogada como agresor, en tanto ha hecho uso de una o más conductas de tipo violentas como fuerza física, intimidación, coerción, engaño, obligación del secreto, entre otros, tendientes a la consecución de metas sexuales deseadas por él. Por otra parte, una persona catalogada como víctima, que ve limitado el espectro de opciones posibles por el uso de estas conductas violentas o de poder sobre su persona, participando en una situación sexual sin implicar su deseo ni voluntad (Sat & Villagra, 2002).

De tal modo, en determinadas circunstancias cualquier persona, más allá de sus características particulares, como son la edad y la condición socioeconómica entre otras, puede ser víctima de abuso sexual.

Sin embargo, una importante distinción para la comprensión de dicho fenómeno hace referencia a la edad de la víctima, pudiendo establecerse una delimitación entre agresión sexual contra adultos y contra menores de edad.

En general existe consenso respecto a que las víctimas de la mayoría de las agresiones sexuales son menores de edad (Larraín, Vega & Delgado, 1997; MINSAL, 1998). Así los registros del Servicio Médico Legal (Nahuelpán, 2002) revelan que alrededor de un 78% de los casos de agresiones sexuales atendidos entre los años 1991 y 2001 son cometidos a menores de edad. Por su parte, el 88% de las víctimas ingresadas a CAVAS Metropolitano durante el periodo 1998 y 2000 eran menores de 17 años.

Al respecto, la experiencia de este Centro es que la población consultante, en forma mayoritaria, corresponde a niños/as y adolescentes. Por otro lado, la mayor prevalencia de agresiones sexuales hacia adolescentes y adultos se producen a partir de una agresión efectuada por desconocidos o bien, han ocurrido en o desde la infancia por un conocido o familiar, lo cual torna central entender estos últimos también desde un marco de comprensión de la agresión sexual infantil.

2. AGRESIÓN SEXUAL INFANTO-JUVENIL

Pese a que el CAVAS Metropolitano no se formó con la intención de ser un centro especializado en atención a la infancia, las propias características del fenómeno del delito sexual determinaron que gran parte de la demanda, alrededor de un 85% estuviera conformada por niños y adolescentes. De este modo, éste grupo etéreo ha sido siempre el que ha concentrado mayoritariamente la capacidad de atención, exigiendo como consecuencia, una alta especialización en psicología y psiquiatría infanto-juvenil por parte del equipo de profesionales.

La agresión sexual de los niños/as se considera como una de las formas de maltrato infantil, en tanto éste es conceptualizado como el uso de la violencia física, psicológica, negligencia o abuso sexual por parte de un adulto hacia un niño/a (Minsal, 1998a). Muchas veces estas diferentes formas de maltrato infantil se presentan unidas, siendo a su vez un niño/a víctima de distintos tipos de violencia - física, psicológica, sexual - (Malacrea, 2000; Kernberg, 2003).

Hablar de “abuso” sexual de niños presupone la existencia de un “uso” sexual de los mismos. Al respecto, Finkelhor & Redfield (1984) definen el abuso sexual infantil, como “cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño sexualmente inmaduro (la madurez sexual se define social y fisiológicamente) con el propósito de la gratificación sexual del adulto; o cualquier contacto sexual de un niño por medio del uso de la fuerza, amenaza o engaño para asegurar la participación del niño; o el contacto sexual donde el niño es incapaz de consentir por virtud de la edad o por diferencias de poder y por la naturaleza de la relación con el adulto”.

Sin embargo, no existe una única definición de agresión sexual infantil. Se han planteado múltiples conceptualizaciones tanto en el ámbito legal, médico, social, psicológico, etc., que si bien tienen aspectos comunes, difieren en su énfasis. De este modo, en el marco psicosocial se engloban todas las figuras legales (violación, estupro, abuso sexual, etc.) dentro del concepto de agresión sexual, conceptualizándose de esta forma todas las conductas sexuales dirigidas hacia los niños/as. Esto, debido a que todas estas conductas, si bien poseen características específicas, presentan elementos comunes que permiten comprenderlas dentro de un mismo fenómeno (Capella & Miranda, 2003).

Así, el concepto de agresión sexual incorpora la noción de una acción sexual transgresora e impuesta por un otro, es decir una acción abusiva por parte de una agresor hacia una víctima, poniendo el énfasis en el **carácter relacional** de este fenómeno.

Otro de los aspectos que se considera en las definiciones de agresión sexual, es que existe un **acto sexualmente abusivo**, los cuales se refieren a aquellas conductas que incluyan coito, sexo anal u oral, penetración digital o de objetos, acariciamiento de pechos o genitales, masturbación, exhibicionismo, exposición a pornografía e incitaciones a participar en actividades sexuales (Smith & Bentovim, 1994).

Estas actividades sexuales son **inapropiadas** para la edad y desarrollo psicosexual del niño/a o adolescente, siendo éste sexualmente inmaduro, no pudiendo comprender el sentido de tales actividades, por la falta de conocimiento del significado social y de los efectos psicológicos de los encuentros sexuales (MINSAL, 1998b; Finkelhor

en Smith & Bentovim, 1994; Kempe en Barudy, 1998; Glaser & Frosh, 1997). En este sentido, Barudy (1998) plantea que “no existe una relación apropiada entre un niño y un adulto, atribuyendo la responsabilidad de éste tipo de acto exclusivamente al adulto”(pág. 161).

En las diversas definiciones que existen de agresión sexual infantil, comúnmente se especifica la edad y el nivel de desarrollo del niño/a y del abusador. Generalmente, las definiciones seleccionan una edad cronológica para definir los límites del abuso, considerando principalmente dos variables. Por una parte, se define la “edad de consentimiento”, previo a lo cual el niño/a no tendría el conocimiento para consentir o no una relación sexual. Por otro lado, se postula una diferencia de edades entre la víctima y el agresor de alrededor de cinco años o más para que un contacto sexual sea considerado abusivo, debido a que la asimetría de edad impediría la verdadera libertad de decisión y la actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez y expectativas diferentes (Finkelhor en Glaser & Frosh, 1997; Cantón & Cortés, 1999).

Así, se establece como característica esencial de la agresión sexual infantil, la existencia de una **relación asimétrica**, debido a la edad de los niños/as, su vulnerabilidad y a que éstos estructuralmente dependen del adulto (Barudy, 1998). Es decir, la dependencia es uno de los factores que los definen como niños/as, existiendo en la relación entre éstos y los adultos una estructura de poder - dependencia, en donde la confianza se constituye como parte integral de la dependencia. De este modo, la actividad sexual entre un niño/a y un adulto siempre implica una explotación de poder, por lo que nunca puede ser otra cosa que abuso (Glaser & Frosh, 1997).

También se considera que el acto abusivo es realizado sólo con el fin de la **gratificación o satisfacción sexual del adulto**, tomando al niño/a como objeto, cosificándolo (Barudy, 1998; Finkelhor, 1984). “Cuando un adulto abusa sexualmente de un niño, considera que puede utilizar el cuerpo de éste a su antojo. (...) En el encuentro sexual entre un adulto y un niño, éste es despojado del beneficio de la experiencia. Puesto que el adulto es el único beneficiario, se trata de una relación abusiva” (Perrone & Nannini, 1998, pág. 106-107).

El **contacto sexual no deseado** es otro elemento incluido en las definiciones. Los diversos autores denominan que la participación del niño/a en este contacto no deseado se realiza a través del uso de la coacción (Glaser & Frosh, 1997), coerción y asimetría de poder (Barudy, 1998), imposición bajo presión (Kempe 1978, en Barudy, 1998), participación forzada (Minsal, 1998b), coerción mediante fuerza física, presión o engaño (López, Hernández & Carpintero, 1995, en Cantón & Cortés, 1999), entre otras. Una visión integradora de estos métodos coercitivos es la de Glaser y Frosh (1997), que plantean que el abuso sexual infantil en todos los casos incluye el uso de coacción, la cual puede ser explícita o implícita. La coacción explícita es cuando se usa directamente la fuerza física, la violencia, el uso de armas, etc. En cambio la coacción implícita, que es la más frecuente en niños/as, se refiere a la utilización de la relación de dependencia de la víctima, a través de la seducción, engaño y amenazas.

Finalmente, otro aspecto central en las definiciones de abuso sexual infantil, que se relaciona con los elementos tratados anteriormente, es la incapacidad del niño/a de entregar un **consentimiento informado o válido**.

Se puede plantear que en el abuso sexual es posible el consentimiento del niño/a, pero éste no puede ser considerado válido o informado, ya que el niño/a no está en condiciones de comprender o dimensionar los alcances de las prácticas sexuales, debido a su edad, su relación de dependencia con el adulto, la falta de conocimiento, su inmadurez psicosexual, la relación de confianza, los medios de seducción o amenaza utilizados (Glaser en Miotto, 2001; Minsal, 1998b).

Evolutivamente es posible señalar que los niños/as, debido a las características de su desarrollo psicosexual, se encuentran en una etapa de descubrimiento autoerótico y con pares de su propio cuerpo, teniendo una comprensión de la sexualidad diferente a la del adulto. En este sentido, en el abuso sexual infantil, aún cuando el niño/a no es capaz de dimensionar los alcances de las prácticas sexuales –por lo antes señalado–, la experiencia de abuso puede ser comprendida por éste, pero de una forma que difiere de la comprensión del adulto y, a su vez, de la comprensión de la sexualidad esperada para su etapa evolutiva (Capella & Miranda, 2003).

En síntesis, estos aspectos analizados entregan un marco para la comprensión de la agresión sexual infantil, siendo considerados cabalmente en la siguiente definición: “La implicación de un niño o un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto de dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión –por la violencia o la seducción– y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares” (Kempe 1978, en Barudy, 1998 pag 161).

3. VULNERABILIDAD V/S PROTECCIÓN FRENTE A LA AGRESIÓN SEXUAL

Respecto de la problemática de las agresiones sexuales contra menores, y en la búsqueda de acercamientos que permitan comprender su génesis, se ha descrito la existencia de distintos factores cuya presencia o ausencia podría relacionarse con la ocurrencia de situaciones abusivas de tipo sexual, o por el contrario con la protección frente a las mismas. Estos han sido llamados respectivamente factores de riesgo y factores de protección.

a. Factores de Riesgo o de Vulnerabilidad.

Los factores de riesgo han sido definidos como variables que pueden actuar como condicionantes o desencadenantes de la ocurrencia de algún problema, en este caso del delito sexual. Son variables que aumentan la probabilidad de que éste se presente, conjugándose tanto para facilitar la ocurrencia de la agresión, como para dificultar la pronta recuperación del niño, en el sentido de no brindarle oportunamente la seguridad física, psicológica y afectiva que requiere. Están asociadas a la vulnerabilidad, considerando tanto los factores personales (predisponentes) como contextuales, definiéndose éstos últimos como las situaciones precipitantes de la ocurrencia de la agresión sexual (situaciones de riesgo, como por ejemplo: la existencia de oportunidades del abusador

de estar a solas con el niño/a, y condiciones de alojamiento o dormitorios inusuales, etc.) (CAVAS, 2002; Capella & Miranda, 2003).

En este sentido, es difícil hablar claramente de grupos de riesgo para el abuso sexual, sólo es posible señalar algunas circunstancias que favorecen la ocurrencia de éste, existiendo factores de riesgo tanto a nivel del niño como de la familia y escasez de interacciones protectoras que puedan compensar estos factores (Capella & Miranda, 2003).

En cuanto a los niños/as, en general no se describen muchas características que permitan predecir la mayor probabilidad de ocurrencia del abuso. Sin embargo, según los estudios de prevalencia se han descrito dos características de riesgo asociados al abuso, que son el género y la edad, presentando las mujeres y menores de edad mayor riesgo de ser abusados sexualmente (Finkelhor, 1984, 1993; López, 1993).

Finkelhor (1984) y López (1993) también describen como un factor de riesgo la condición de aislamiento social en que se encuentra el niño/a. Son más vulnerables a una agresión sexual niños/as que viven en una zona rural o con escaso número de amigos y compañeros de la misma edad. Finkelhor (1984) plantea que es posible que la presencia de amigos/as actúe como un impedimento para potenciales abusadores, y que niños/as solitarios pueden ser más susceptibles a ofrecimientos de atención y afecto a cambio de actividades sexuales. En relación a esto también son más vulnerables a las manipulaciones del agresor niños/as que aparecen como más pasivos, con poca confianza en sí mismo y escasas habilidades interpersonales, y niños/as pequeños de quienes será más fácil lograr que mantengan en secreto la situación abusiva (Romo & Rivera, 2001; Correa & Riffo, 1995). Respecto de esto último, una investigación realizada el año 2003 con una muestra de pacientes del CAVAS Metropolitano, arrojó dentro de sus conclusiones la presencia predominante de rasgos de personalidad evitativos y dependientes en la población estudiada; esta prevalencia podría estar indicando la existencia de patrones de vulnerabilidad en la relación de estos pacientes con el entorno, al estar estos patrones basados en estilos vinculares poco adaptativos y/o protectores (Aliste, Carrasco & Navarro 2003).

En cuanto a factores familiares, son éstos los más claramente asociados a riesgo para la ocurrencia del abuso (Finkelhor, 1984). Dentro de estos factores hay algunos relacionados con la estructura familiar, la dinámica familiar y con los miembros de ésta, específicamente con la madre.

En cuanto a la estructura familiar, se ha visto que representa una condición de riesgo la ausencia de los padres biológicos, y la presencia de un padrastro. Al respecto, Finkelhor (1984) plantea que tener un padrastro es un factor de riesgo muy importante, aumentando al doble la vulnerabilidad de las niñas. El hecho de tener padrastro no sólo aumenta el riesgo de ser victimizado por éste, sino que también trae otros riesgos asociados, siendo las niñas más susceptibles de ser abusadas por otros hombres. Específicamente, se ha encontrado que las niñas con padrastro son cinco veces más susceptibles de ser abusadas por amigos de uno u otro progenitor.

En relación a la dinámica familiar se han descrito como factores de riesgo los conflictos entre los padres, las relaciones pobres entre los padres y sus hijos/as, que el niño/a esté sometido a una disciplina fuertemente punitiva o maltrato, cuando los padres tienen valores familiares especialmente conservadores (creencias en la obediencia de

los niños/as y la subordinación de la mujer) y la escasez de afecto físico (López, 1993, Finkelhor, 1984, 1993).

En cuanto a la madre, se describen ciertos atributos de estas que aumentarían el riesgo de abuso de sus hijas/os. Estos son la presencia de incapacidad o enfermedad en la madre, que ésta mantenga una relación emocionalmente distante, poco afectuosa y responsiva con su hija/o, existiendo una escasa comunicación y una inadecuada supervisión de ésta (Finkelhor, 1984, Romo & Rivera, 2001).

Todas estas situaciones hacen a los niños/as más vulnerables, aumentando el riesgo de sufrir agresiones sexuales, planteándose como explicación que todos estos elementos interactúan de tal manera que generan dinámicas que se caracterizan por la escasa supervisión del niño/a, la presencia de desordenes emocionales, abandono y rechazo al interior de la familia, provocándose importantes carencias emocionales en los niños/as, las cuales los hacen más vulnerables a la victimización (Finkelhor, 1984; López, 1993).

El conocimiento de estos factores de riesgo, permiten identificar situaciones que hacen más probable la ocurrencia de agresión sexual, lo cual posibilita guiar intervenciones orientadas hacia el desarrollo de mecanismos protectores que disminuyan el impacto de los factores de riesgo.

b. Factores Protectores o de Resiliencia.

Desde una perspectiva comprensiva, en los últimos años se han desarrollado enfoques teóricos que permiten conceptualizar la vulnerabilidad en forma paralela a los mecanismos protectores. Así, Rutter (1990) los definió como la “capacidad de modificar las respuestas que tienen las personas frente a las situaciones de riesgo” (en Kotliarenco, 1999). De este modo, vulnerabilidad y mecanismo protector, más que conceptos diferentes constituyen el polo negativo o positivo de un proceso que sólo es evidente en combinación con alguna variable de riesgo. El mismo autor señala que eventos displacenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares; mientras que en otras circunstancias puede darse el efecto contrario, es decir, que los eventos estresantes actúen como factores de riesgo, sensibilizando frente a futuras experiencias de estrés (Rutter 1985; en Kotliarenco, 1999).

Rutter (1985) define como factor protector a “las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo” (en Kotliarenco, 1999). Los factores protectores manifiestan sus efectos ante la presencia de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable. Estos factores pueden ser una cualidad o característica individual de la persona así como formar parte de las características del contexto inmediato o distal del sujeto. Es justamente su acción conjunta lo que daría como resultado la existencia de resiliencia.

En esta línea, se han desarrollado múltiples investigaciones orientadas a detectar indicadores de resiliencia, revelando éstas que existen aspectos comunes en los niños y niñas que presentan resiliencia. Una de las múltiples definiciones del concepto de resiliencia la describe como “el enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos” (Lösel, Blieneser & Köferl; en

Kotliarenco, 1999). La importancia del modelo conceptual de la resiliencia, reside básicamente en la posibilidad de que una observación analítica y detallada de cada uno de los mecanismos subyacentes a los comportamientos resilientes, es conducente al diseño de acciones preventivas. Al respecto, el enfoque de resiliencia resulta interesante dado que los factores protectores pueden compensar al menos parcialmente, a aquellos factores de riesgo que se hacen presentes en un momento determinado y que el enfrentamiento exitoso con el estrés puede contribuir al desarrollo de una personalidad positiva. (Löesel, 1992).

En relación a los aspectos protectores del medio social inmediato de estos niños destacan la existencia de padres competentes y/o una relación cálida con al menos un cuidador primario (CAVAS, 2002). En este mismo sentido, Löesel (1992), señala que entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños resilientes se encuentra la existencia de una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o bien alguna otra persona significativa.

Estos hallazgos encuentran un aval en la teoría del vínculo, a partir de la cual se ha demostrado que los niños resilientes muestran un vínculo seguro, y que éste forma parte de un proceso que actúa como mediatizador en los comportamientos resilientes (Fonagy et al, 1994; en Kotliarenco,1999).

Estos planteamientos apuntan a sostener como un factor protector especialmente poderoso, la capacidad de el (la/los) cuidador (a/es) de generar y transmitir seguridad en el niño. En este sentido, la seguridad transmitida desde los padres, como cuidadores primarios, hacia el niño, resulta de gran relevancia.

Es a partir de esta idea que Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1999), plantean la importancia de incorporar a la familia en el trabajo con los hijos, en tanto esto constituye una instancia mediadora. En relación específicamente al trabajo con niños víctimas de agresión sexual, Walker (1988) plantea que en el tratamiento infantil han de incluirse a las figuras significativas en el proceso terapéutico, reforzando así el vínculo con éstas (en Zárate, 1993). Al respecto, a la luz de los conceptos discutidos respecto de las variables protectoras potencialmente implícitas en la relación vincular del niño con su figura de apego, resulta no sólo válido, sino además necesario, el incorporar a estas figuras en los objetivos y metas del tratamiento (CAVAS, 2002).

Sin embargo, no se puede dejar de considerar los resultados de diversas investigaciones que han mostrado que los niños que se comportan como resilientes encuentran importantes fuentes de apoyo emocional no necesariamente en sus relaciones primarias, sino fuera de su familia inmediata, además de participan en redes sociales informales de vecinos, padres y/o adultos de quienes reciben consejos frente a situaciones críticas y cambios que ocurren durante la vida (Werner, 1988; en Kotliarenco,1999). En este sentido resulta relevante esta variable de protección que se encuentra fuera de los vínculos primarios del niño, por una parte, al requerir la participación de al menos una figura de protección del niño, pudiendo ser ésta alguien distinto de sus padres. Por otro lado, es importante que los niños/as logren identificar una variedad de figuras de protección más amplia y diversa que la que pudiera ofrecer el contexto familiar inmediato (CAVAS, 2002).

4. UNA MIRADA DESDE LA VICTIMOLOGÍA: LA AGRESIÓN SEXUAL COMO PROCESO DE VICTIMIZACIÓN

Dentro del marco conceptual desarrollado por el equipo del CAVAS, los planteamientos de la Victimología han resultado un aporte clarificador que ha permitido entender en un contexto social e interaccional el problema de la génesis, mantención y consecuencias de las agresiones sexuales, al conceptualizarlas como procesos de victimización.

La victimización puede ser entendida como la experiencia de haber sufrido un delito. Dentro de la Victimología se entiende como victimización primaria los sufrimientos que experimenta la víctima como consecuencia del acto delictivo mismo, y victimización secundaria como los sufrimientos que experimenta la víctima en su paso por el sistema judicial o derivado de su interacción con el entorno (Escaff, 2001). De esta forma el propio sistema judicial al cual acude la persona para su defensa vuelve a victimizarla, añadiendo una frustración en cuanto a sus expectativas de protección y justicia, debido a los malos tratos vivenciados en su paso por éste. Por otro lado, este sufrimiento puede aumentar debido a la falta de apoyo por parte de su entorno social, lo que se traduce en acciones como estigmatizar a la víctima, responsabilizándola por lo ocurrido y avergonzándola.

Así también se distinguen víctimas directas del delito y víctimas indirectas, estas últimas son personas que también pueden verse afectadas por el delito, como por ejemplo los familiares de la víctima directa del delito (Escaff, 2001).

Por otro lado, las teorías victimológicas plantean diversas perspectivas acerca del concepto de víctima. El modelo dinámico de la victimidad, planteado en la década del 40 por Hans von Hentig (1948, en Schneider, 1994), es una de las teorías que mejor explica la definición de víctima, debido a que considera los procesos interaccionales entre la víctima y el autor del delito. Es decir, incorpora los aspectos relacionados con ambos actores de la situación delictiva, comprendiendo de manera dinámica el fenómeno de la victimización, así como también la interacción de los elementos causales del delito.

Este enfoque incorpora la figura de la víctima al análisis del delito, apareciendo como elemento central la interacción entre víctima y victimario, considerando, por ejemplo, que muchas víctimas contribuyen a su propia victimización incitando o provocando al delincuente, o bien creando o alentando una situación probable que conduce a la realización del delito. Posteriormente, otros victimólogos agregaron que las víctimas pueden jugar un rol causal en su victimización actuando en forma negligente, con falta de cuidado o imprudencia, etc. De esta forma, se ha comenzado a considerar a la víctima, ya no como un sujeto pasivo, sino modelando activamente el delito, pudiendo en algunas ocasiones contribuir a su propia victimización (Sangrador, 1986, Schneider, 1994; Fattah, 1997a). Esto, no implica culpabilizar a la víctima, sino darle un papel participante en la génesis del delito, en tanto con su conducta contribuye a la acción delictiva (Fattah, 1997b).

El desarrollo de la Victimología y sus principales teóricos buscan que la potencial víctima conozca las medidas y precauciones que debe tomar con el fin de reducir el riesgo de victimización en determinadas situaciones. En este sentido, Fattah (1997b)

señala que la Victimología, es decir el estudio de la víctima, sus características, actitudes y conducta, su relación e interacción con el delincuente, conducen a un acercamiento situacional y dinámico de la conducta criminal, ya que ésta no es vista como una acción unilateral sino como resultado de procesos dinámicos de interacción. Según este planteamiento, ciertos individuos o grupos corren más alto riesgo de victimización debido a factores de vulnerabilidad personales - estilo de vida -, variables ambientales - por ejemplo, lugar de residencia -, entre otras (Fattah, 1997b).

Los planteamientos victimológicos previamente expuestos permiten una nueva mirada sobre los factores de riesgo/protección personales, al conceptualizar como efecto y consecuencia potencial propia de los procesos de victimización, la consolidación de características a nivel personal que se constituyen en factores de riesgo para el propio individuo. En este sentido, y pensando en la temática de las agresiones sexuales, la idea de que la víctima puede participar de alguna manera en su propia victimización, resulta una mirada que, lejos de pretender responsabilizar o culpabilizar a las víctimas, permite hacer concientes y explícitos los aspectos relacionados con ellas mismas que, además de los factores situacionales y del agresor, favorecerían la ocurrencia del delito (Huerta & Navarro, 2001). Esta idea resulta de relevancia tanto para el trabajo preventivo, así como para el proceso terapéutico de reparación.

5. DISTINCIONES FUNDAMENTALES: TIPOS DE AGRESIÓN SEXUAL

Teniendo en cuenta que la agresión sexual es un fenómeno relacional, se considera como elemento central al definir los tipos de agresiones sexuales, el vínculo previo que la víctima tiene con el agresor, ya que los efectos que cada uno de los tipos de agresión tienen tanto en la víctima como en su entorno, están esencialmente mediados por esta variable (CAVAS, 2002; Correa & Riffo, 1995).

Dentro del universo de las agresiones sexuales infantiles, es posible distinguir por un lado la agresión sexual **intrafamiliar** y dentro de ésta el abuso incestuoso; y por otro, la **extrafamiliar** - por desconocidos o conocidos -. A la base de estas distinciones se encuentra como criterio principal, la existencia y la calidad del vínculo de la víctima con su agresor; este elemento ha mostrado ser uno de los factores más importantes en la determinación del daño que la experiencia abusiva tendrá para la víctima (Huerta, Maric & Navarro, 2003). Es por esto que los distintos tipos de abusos corresponden a fenómenos de dinámica diferenciada, por lo tanto, de consecuencias distintas para la víctima (Navarro, 1998). Desde esta perspectiva, se genera la necesidad de realizar las distinciones de la agresión sexual infantil, basándose esencialmente en este factor relacional e interpersonal.

La agresión sexual extrafamiliar, se define porque el agresor no pertenece al medio familiar del niño/a, pudiendo ser un sujeto totalmente desconocido para éste y los demás miembros de su familia, o algún conocido que pertenece a su entorno.

En la agresión sexual extrafamiliar por desconocidos, la víctima no tiene un vínculo de conocimiento o cercanía previo con el abusador, el cual generalmente goza sometiendo a su víctima por la fuerza y el terror, haciéndole sufrir. Comúnmente es una experiencia única, muy violenta, que mayormente afecta a adolescentes o adultos (Barudy, 1998, 2000; Escaff, 2001).

En cambio, en la agresión sexual extrafamiliar por un conocido, el niño/a es agredido sexualmente por un adulto que pertenece a su círculo social, y que por lo tanto es conocido de la familia. La relación se da por cercanía física, social o por ejercicio del rol de poder que posee el agresor (profesores, sacerdotes, monitores comunitarios, etc). El abusador manipula la confianza que el niño/a y su familia le tienen, transgrediendo los límites de confianza. Los agresores para seducir al niño/a generalmente utilizan métodos coercitivos como el cariño, la persuasión, la mentira, o la presión psicológica y amenazas, lo que también mantiene una dinámica del secreto. El agresor, va envolviendo a la víctima en una relación que es presentada como afectiva, protectora y gratificante, lo cual es generalmente vivido por el niño/a como confusión respecto a la relación, ya que se entremezclan la vivencia de sentirse amado, con la experiencia de abuso sexual, dificultándose su vivencia como víctima, surgiendo sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Así, los niños/as presentan dificultad para detectar precozmente el peligro en el que se encuentran debido al carácter confuso y manipulador de la relación ofrecida por el abusador. El hecho de que el abusador presente los comportamientos como naturales de una relación niño/a - adulto y además sea una persona cercana a la familia, aumenta la confusión en el niño/a y le impide divulgar lo que ocurre. Muchas veces la relación de cercanía, provoca en los padres una reacción poco adecuada cuando sus hijos/as revelan el abuso (Barudy, 1998, 2000).

En la agresión sexual intrafamiliar, el abuso es cometido por un miembro de la familia, ya sea el padre, la madre, el padrastro, el tío, el abuelo, el hermano, etc. En este caso, el abusador manipula el vínculo familiar a través de la utilización del poder que le da su rol. Generalmente hay un traspaso sucesivo de límites, siendo la agresión reiterada en el tiempo. Se impone la dinámica del secreto, siendo tardía su revelación. Suele darse en familias con organizaciones disfuncionales y son el resultado de múltiples factores que bloquean o perturban los mecanismos naturales que regulan la sexualidad al interior de una familia (Barudy, 1998, 2000; Escaff, 2001).

Correa y Riffo (1995) plantean que a pesar de que las agresiones sexuales intrafamiliares y extrafamiliares por conocidos presentan diferencias, existen aspectos similares en su dinámica, especialmente cuando los abusos dentro de la familia no son cometidos por parte de la figura paterna (abusos incestuosos). Así, señalan que se caracterizan porque afecta generalmente a menores, a menudo se produce reiteradamente y durante períodos prolongados, con una frecuencia variable. Habitualmente, tiene lugar en la casa de la víctima y/o agresor, puede o no implicar penetración, y cuando lo hace, puede ser la etapa final de aproximaciones sucesivas.

6. PROCESO Y DINÁMICA DE LA AGRESIÓN SEXUAL INFANTO-JUVENIL

La agresión sexual contra menores es un fenómeno complejo, que cuando es intrafamiliar o extrafamiliar por conocidos, raramente se produce de manera única, como un hecho aislado o accidental, sino que son cometidos en el marco de un proceso relacional, el cual se desarrolla en el tiempo. De esta forma resulta necesario comprender la dinámica de este proceso para poder entender la vivencia de los niños/as víctima, sobretodo si consideramos que la cronicidad de la agresión ha sido considerada uno de

los factores que se relacionan de manera más significativa con el nivel de daño provocado en la víctima (Huerta, Maric & Navarro, 2003).

Al respecto, diversos estudiosos e investigadores han desarrollado planteamientos teóricos que intentan dar cuenta de este proceso dinámico. Si bien no es posible establecer que dichos planteamientos se apliquen en forma homogénea en todos los casos, estas formulaciones nos han servido para acercarnos a una mayor comprensión de los procesos relacionales involucrados en las agresiones reiteradas o crónicas, especialmente respecto de las agresiones intrafamiliares.

6.1. El Abuso Incestuoso

Si bien, como ya hemos definido, el tipo de vínculo existente entre la víctima y su agresor constituye un elemento básico de distinción dentro de las agresiones sexuales contra menores, esto resulta especialmente cierto en caso de los abusos incestuosos. Cuando las agresiones ocurren al interior de la familia, el carácter del vínculo existente entre la víctima y su agresor es donde encontramos su elemento distintivo respecto de las otras formas de agresión sexual infantil.

Al respecto, la revisión de diversos planteamientos en materia de abuso incestuoso (Barudy, 1998; Bravo, 1994; De Young, 1994; Durrant, 1993; Escaff & Sagüés, 1994; Finkelhor, 1980; Perrone & Nannini, 1997; Smith & Saunders, 1995) revelan una gran disparidad en la definición del tipo de vínculo que relaciona al agresor con su víctima. En este sentido, si bien al interior de la familia pueden ocurrir diversas formas de agresión sexual hacia los niños, conforman un cuadro fenomenológico diferente a aquellos abusos en que la figura del agresor constituye para la víctima una figura primaria de protección.

Sea cual sea la forma de relación sexual comprometida, ésta se acompaña de un determinado estilo de relación anómalo que compromete varios otros aspectos de la vida de la víctima y su entorno. En estos casos la transgresión, el abuso, se da en el contexto de una de las relaciones que resulta más esenciales en la vida de la víctima y que, en términos vinculares, no solamente la compromete a ella de un modo particular, sino también a los otros miembros de la familia, especialmente la madre, en tanto pareja del agresor. Por otro lado, la ocurrencia de la agresión en el contexto del vínculo figura paternal-hija, significa el abandono por parte del primero de su rol de protección y cuidado respecto de su hija; sin mencionar las implicancias de la violación del tabú fundante de la cultura societal humana. Todos estos son elementos distintivos que no se presentan en ninguna otra forma de relación sexualmente abusiva, por lo que es posible considerarla como un fenómeno de identidad propia (Navarro, 1998).

De este modo hemos elegido utilizar una definición restringida del fenómeno que lo caracteriza como la relación sexualmente abusiva establecida por un adulto en contra de un menor (abuso), en el ejercicio de un rol parental (incestuoso) en el ámbito intrafamiliar (Navarro, 1998).

Esta concepción del abuso incestuoso implica definir un espacio dentro del mundo de las agresiones sexuales intrafamiliares, determinado por los participantes en dicha interacción y su grado de estrecha vinculación; vinculación que incluye por un lado el nexo de la víctima con su agresor y por otro lado, el hecho que la madre de la

víctima y el agresor se encuentren ligados directa y emocionalmente (Navarro, 1998). Esto implica la necesidad de comprender y considerar todos estos procesos que ocurren en forma paralela y sistémica, con el objeto de realizar intervenciones tendientes a flexibilizar, normalizar y reparar dinámicas relacionales altamente disfuncionales.

6.2. El rol de la madre.

Barudy plantea que un tercio de las madres de víctimas de agresiones sexuales por parte de sus parejas, no están implicadas directamente en la situación incestuosa, encontrándose ciegas para ver lo que ocurre en base a sus propias experiencias de abuso sexual, o por la manipulación del agresor. Otro tercio de las madres igualmente no estarían directamente implicadas, pero sabrían, sin intervenir para detener la situación de abuso, mostrándose ambivalentes frente a esto. Y finalmente, otro tercio de las madres participarían activamente en la agresión de sus hijo/as (Barudy, 1997).

Según muchos autores, “pasividad” y “dependencia” son las dos características principales en la madre de la familia incestuosa (Cooper & Cormier, 1990). Otros autores la han descrito como una madre “ausente”, en el sentido literal de la palabra -muerte o enfermedad-, o emocionalmente poco accesible tanto a los hijos como al padre. Todos estos adjetivos nos hablan de una aparente tolerancia ante el abuso consumado y de una figura particularmente susceptible y vulnerable a las presiones externas del medio social. Sin embargo, y al mismo tiempo, todos coinciden en considerarla una pieza clave dentro de todo el entramado del abuso incestuoso. La madre de la familia incestuosa suele “conocer” el abuso, aunque lo ignore, evitando cualquier verbalización al respecto y manteniendo siempre una duda, pues, “no es lo mismo saber que creer”; ella prefiere “no saber”. ¿Cuáles son las motivaciones de esta negación?

Tal vez lo primero sea llegar a entender cómo se constituye esta familia y especialmente la relación de pareja. En relación a esto Barudy plantea que “las mujeres que eligen o son elegidas por maridos potencialmente abusadores, en virtud de sus capacidades de dominación y/o control, corresponden de acuerdo a nuestras experiencias a mujeres que como hijas han vivido experiencias de abandono y/o negligencia intrafamiliar. Este contexto les obliga a crecer prematuramente, debiendo afrontar situaciones y deberes que no correspondían con sus edades” (Barudy, 1991, pág. 23). “El drama de estos niños ahora adultos reside en que, muy frecuentemente, sus sufrimientos consecuencias de la violencia y el abuso no han tenido la posibilidad de ser verbalizados, escuchados y/o reconocidos. Esto conlleva que estos sufrimientos “almacenados” en las bodegas del subconciente se expresan a través de “rituales analógicos” de maltrato, abandono y abuso sexual de sus propios hijos” (Barudy, 1991, pág. 26).

Por otra parte, la madre mantiene un(as) necesidad(es) muy importante(s) de dependencia emocional respecto al padre, con quien por otra parte suele mantener una relación marital gravemente defectuosa: nulas o muy insatisfactorias relaciones personales y sexuales con él en el momento de inicio del abuso incestuoso y durante su desarrollo (Cooper & Cormier, 1990). En relación a este mismo punto Barudy plantea que la madre de la víctima de abuso incestuoso se encuentra generalmente como esposa en una posición de subordinación con respecto a su marido. “Su pertenencia al subsistema conyugal es prioritaria con respecto a su función de madre. Esta posición junto a una adhesión a las creencias que otorgan los derechos absolutos a los

adultos, sobre los niños, son los elementos que permiten comprender su incapacidad para tomar partido por sus hijas asegurando su protección” (Barudy 1991, pág. 22), transformándose de esta manera en testigos o cómplices.

En su relación con la hija víctima del abuso mantiene una situación ambivalente, pues a la par que aliada con ella en la unión de la familia, se destaca también como competidora. Madre e hija no hablan jamás del incesto y en el momento del descubrimiento la madre se mostrará incrédula y/o punitiva con la menor.

Este aspecto tiene una importancia relevante, pues sabemos que la reacción negativa de la madre en el momento de la revelación adquiere una connotación muy negativa para la hija, de cara a su pronóstico de recuperación emocional. Por otro lado, si la esposa niega o no cree en los hechos, la negación del abusador se verá acrecentada, pues a menudo el padre incestuoso teme la pérdida de la esposa y la desintegración familiar (Navarro, 1998).

Las motivaciones que se esconden detrás de esta incredulidad por parte de la madre seguirán la dinámica que especifica Glaser (1991):

1. La creencia se acompaña de un profundo sentimiento de culpa por haber fallado en la protección del niño, una sensación de dolor relativa al sufrimiento y trauma posible y también preocupación por el futuro desarrollo emocional del menor.
2. También puede despertar el abuso actual el recuerdo de abusos pasados en los adultos.
3. A veces supone una separación del abusador con las dificultades socioemocionales asociadas.
4. El no creer al niño implica también autoprotección (no responsabilidad en el suceso).

El sentimiento del niño respecto al cuidador que ha fallado en su protección, suele ser de rechazo franco o velado. Como consecuencia de esta situación, la hija tiene unas relaciones problemáticas con la madre -que ha fallado en su protección frente al padre y quien, además, la rechaza en forma pasiva. Estas relaciones suelen estar marcadas por celos, el resentimiento y la ambivalencia.

De este modo, es posible observar que la dinámica del abuso incestuoso y el rol de víctima en este proceso, está asociada con las diferentes funciones de la dinámica de pareja y del contenido relacional de éstas (Barudy, 1997; Navarro 1998). Es decir “la relación incestuosa mantiene un cierto funcionamiento, que permite, en muchos casos, sobrevivir psicológicamente a la pareja” (Barudy, 1991, pág. 23). Esta mirada del abuso incestuoso como un proceso relacional asimilado por el contenido de la dinámica de pareja, permite entender mejor el rol que la madre juega en el proceso: demasiado impregnada por el personaje conyugal que tiene que encarnar, se relaciona con sus hijas de una manera ambigua y ambivalente a veces las considera sus aliadas, otras sus rivales, llegando a vivirlas como verdaderas cargas, origen de sus preocupaciones y problemas. “Todo esto les impide sospechar, darse cuenta o actuar para impedir o detener los comportamientos abusivos de su marido”(Barudy, 1991, pág. 25).

Finalmente, la consideración del abuso incestuoso como un proceso relacional, que transgeneracionalmente se relaciona con experiencias de abandono y maltrato en la infancia de los adultos involucrados (agresor y madre), y cuya forma de expresión y resolución no está ajena a la dinámica de pareja, lleva a pensar que hay algo en la historia de estas mujeres que pareciera las hace susceptible y las lleva a transformar su propio sufrimiento infantil no en una acción reparadora, sino en nuevos sufrimientos, que ahora involucran a sus hijos. Esta idea nos permite cuestionar el punto de vista que tradicionalmente se ha tenido de la madre de la víctima de abusos incestuosos desde de la asistencia, a quien se ha considerado como víctima indirecta. Sin embargo, la madre de la familia incestuosa, de acuerdo a su historia vital de victimizaciones como lo señala ampliamente la literatura al respecto, podría representar el espacio que separa los roles de víctima y victimario; constituyéndose al mismo tiempo en víctima indirecta y victimaria indirecta (Navarro, 1998).

6.3. El patrón de tolerancia en la pareja parental.

El abuso incestuoso ha sido conceptualizado como un fenómeno relacional con raíces transgeneracionales que da cuenta de las experiencias de carencias afectivas tempranas de los adultos involucrados, vale decir, la pareja parental (Navarro, 1998). Esta idea nos lleva necesariamente a preguntarnos sobre la generación y la dinámica de la relación de pareja.

Una investigación realizada en el CAVAS respecto de la figura de la madre de las víctimas de abusos incestuosos (Navarro, 1998), mostró como una de sus conclusiones más importantes que el conflicto de la madre, básicamente dice relación con el hecho de que la develación de la agresión pone en jaque la continuidad de su relación de pareja. La ocurrencia de la agresión y, sobre todo, su develación, significa un quiebre, la ruptura de una continuidad hasta ahora vivida como certeza; en este sentido se trata de una crisis. Esta crisis se presenta de una doble manera; por un lado, y de una forma claramente identificable desde un punto de vista externo, representa un momento de crisis para la familia, la develación amenaza la organización familiar. Por otro lado, representa una situación de crisis personal para la madre, el quiebre emocional, una ruptura de algo que es interno, y que se relaciona con la idea de sí misma construida a partir de la relación de pareja; de ahí las reacciones de profundo dolor y de sensación de pérdida que acompañan al proceso.

Desde los tempranos inicios de la formación de la pareja se constata la generación de una gran complementariedad de los estilos afectivos de ambos miembros, de modo que la interacción de los patrones vinculares va creando una dinámica relacional propia de la pareja. La constatación de dinámicas similares en las relaciones de pareja previa de las entrevistadas, permite identificar la tendencia a la realización de un patrón (vincular), en donde incluso la elección de la pareja está al servicio de dicho patrón. De este modo, todas las circunstancias que forman parte de la historia de la pareja, constituyen elementos que no son ajenos a la madre, y que por el contrario, como contenido relacional, resultan congruentes con su identidad personal (Navarro & Salinas, 1999).

Por esto, si se considera la posición carencial, en términos de identidad personal, desde la cual en general estas madres establecen sus relaciones significativas, resulta

comprensible la tendencia a elegir compañeros que confirmarán con sus acciones su imagen de “víctima”; y adquiere comprensión la situación de dependencia emocional que mantendrán respecto de sus parejas, como un elemento independiente del nivel de satisfacción logrado en la relación.

La conjunción de ambas situaciones, sienta las bases para que, en muchos de los casos, la historia de la pareja se vea continuamente atravesada por crisis generadas a partir de acciones o faltas por parte del otro, que rompen la condición básica de la formación y la mantención de la pareja: la confianza (típicamente infidelidades), y que amenazan su continuidad. Estas situaciones son vividas con profundo dolor y alto nivel de desestructuración por parte de las entrevistadas, de ahí los diversos mecanismos cognitivos y emocionales desplegados, tendientes a anular, minimizar y diluir el conflicto.

Bajo esta mirada, estos momentos de crisis resultan cruciales en el delineamiento de la dinámica relacional de la pareja; es ahí que se prueba y se define la relación, sentando las bases de lo que será la dinámica futura. Este es el contexto en el que surge, como producto interaccional, un patrón de enfrentamiento de conflictos que permitirá la asimilación de las faltas y de las crisis generadas a partir de ellas, a través de la disolución del conflicto, la reinstauración de la relación de pareja, y con ella el sentido de la continuidad vital de la madre.

Dicho patrón se define como un mecanismo de resolución y asimilación de conflictos provenientes de la propia dinámica interna de la relación de pareja y que ponen en peligro su continuidad (crisis por ruptura de confianza). En este patrón relacional participan ambos miembros de la pareja y puede ser intolerante o tolerante frente a la falta dependiendo del grado de aceptación, o negación y/o minimización de ésta. El patrón de enfrentamiento es definido como patrón tolerante o intolerante frente a la develación, a partir de un análisis del comportamiento de la madre y su pareja al momento de la develación, y su correspondencia con un criterio descriptivo construido a partir de las características señaladas a nivel conductual, cognitivo y emocional en ambos miembros de la pareja para cada patrón (Navarro, 1998). En el caso del patrón tolerante, es posible identificar que las propias características de este patrón de enfrentamiento de conflictos, sientan las bases para la nueva ocurrencia de una crisis por ruptura de confianza, en términos de la instauración de la tolerancia frente a las faltas como pauta relacional. Los elementos de este patrón dicen relación básicamente, además de la ya mencionada tolerancia frente a las faltas por parte de las madres, con el desarrollo de mecanismos psicológicos que sostengan esta actitud (desconfianza de las propias percepciones, minimización o negación de las faltas, mecanismos de exclusión y autoengaño, duda crónica como resolución, etc.); como contraparte, el patrón incluye una actitud de negación de la responsabilidad o de pseudo-arrepentimiento respecto de la misma por parte del otro miembro de la pareja.

En los casos en que esta situación no es parte de la experiencia previa de la relación de pareja, la develación de la agresión constituirá la primera crisis por ruptura de confianza. De este modo, se pueden considerar aquellas parejas en que han ocurrido este tipo de crisis como “**relaciones consolidadas**”, en términos de que han desarrollado un mecanismo de asimilación y resolución de los conflictos provenientes de la propia dinámica interna de la pareja. En contraposición, se puede considerar

a aquellas parejas que no han vivido este tipo de experiencias, como “**relaciones no consolidadas**”, en términos de que carecen de este patrón¹.

El análisis de la historia relacional previa de la pareja permitió constatar que el **nivel de consolidación** de ésta, resulta un elemento clarificador al momento de entender la forma de abordar relacionalmente la situación conflictiva actual (develación del abuso), tanto para la madre como para el agresor (Navarro, 1998).

La ocurrencia de la agresión no puede pretender explicarse sólo desde el punto de vista de la existencia de una relación consolidada (relación con patrón previo de enfrentamiento de crisis por ruptura de confianza). Sin embargo, al entender que estos momentos de crisis ya descritos, prueban y definen la relación, el establecimiento de un patrón que implique tolerancia frente a los actos de traición de confianza, sentaría las bases para la recurrencia de dichas dinámicas. Esto generaría condiciones relacionales propicias para la ocurrencia de la agresión, como nueva ruptura de confianza, además de la convergencia de otros factores necesarios.

La necesaria convergencia de otros factores para la ocurrencia efectiva del abuso, queda demostrada en la existencia de situaciones abusivas en relaciones de pareja no consolidadas, en donde la agresión viene a constituir el primer quiebre de confianza respecto de la pareja. En estos casos, la resolución de la crisis actual constituirá la instancia para la formación de un patrón de repuesta. Dependiendo de la actitud de tolerancia o intolerancia frente a la falta del compañero, se producirá, en el primer caso, la instalación de un patrón relacional propicio para la ocurrencia de nuevas faltas; y en el segundo caso, como desenlaces posibles se producirá el quiebre de la relación de pareja o una reestructuración de la misma, sobre la base de la aceptación por parte del agresor de su responsabilidad.

Por lo tanto, el nivel de consolidación de una pareja, debe ser entendido en términos de factor de riesgo, del cual tanto las madres como los agresores son parte.

Por último, el hecho de que todas las entrevistadas consideren la ocurrencia de la agresión de sus parejas en contra de sus hijas, un hecho que pone en riesgo la proyección y la permanencia de la relación, le da a este hecho el carácter de crisis, en cuanto ruptura de una continuidad. Para algunas esta será una nueva crisis por ruptura de confianza; para otras ésta se constituirá en la primera crisis. En algunos casos sabemos que existe un patrón de resolución de conflictos, en otros, sólo sabemos que existe un conflicto y la necesidad de su resolución.

Una investigación posterior realizada en el CAVAS Metropolitano (Huerta, Maric & Navarro, 2000), reveló la existencia de una relación significativa entre la presencia de un Patrón de Enfrentamiento en la pareja parental y el daño en la víctima. En este sentido, se observó que la conjunción patrón tolerante - cronicidad del abuso, resulta predictor de un daño profundo, en tanto la presencia de un patrón no tolerante con un número de eventos inferior a diez, resulta predictor de un daño leve-moderado. De este modo, este estudio reveló que las víctimas de abusos incestuosos

¹ El concepto de consolidación no implica una afirmación evaluativa respecto de la calidad de la relación, sino que sólo intenta dar cuenta del hecho de que existe o no un mecanismo ya creado, utilizado y probado, que es parte de la dinámica relacional implícita.

que presentaban mayor daño psicológico fueron aquellas cuyo contexto familiar estaba definido por un patrón relacional tolerante ante la develación del abuso (aceptación, negación y/o minimización) y en el que existía cronicidad. Dicho daño se expresó a nivel de la estructuración de la personalidad, ya fuera a través de una alteración severa del desarrollo de la psicosexualidad; una alteración severa de la vinculación; inhibición social, relacional y/o afectiva extrema; o una disociación profunda.

De este modo, esta línea de investigación desarrollada en el CAVAS Metropolitano respecto de los abusos incestuosos, nos ha llevado a una mayor comprensión del fenómeno en cuanto a su impacto para la víctima y las variables asociadas. En este sentido, ha quedado en evidencia la necesidad de considerar como variables centrales del tratamiento de estas víctimas la inclusión de los procesos familiares, parentales y de pareja involucrados.

6.4. La perspectiva de Jorge Barudy: del abuso a la develación.

Barudy (1998, 2000) plantea que en los casos de agresiones reiteradas, la agresión sexual surge como un proceso con dos grandes momentos. En una primera etapa, el abuso se desarrolla al interior de la intimidad familiar protegido por el secreto y la ley del silencio, como una forma de mantener la cohesión y pertenencia, existiendo un equilibrio al interior de la familia. En una segunda etapa, el abuso aparece a la luz pública a través de la divulgación de la experiencia abusiva, lo cual implica una desestabilización y crisis del sistema familiar, así como también del sistema social que le rodea.

Dentro del primer período, Barudy (1998, 2000) distingue tres fases:

La fase de seducción: el abusador manipula la dependencia y la confianza de su víctima, incitándola a participar de actos abusivos, los cuales presenta como juego o como comportamientos normales y sanos entre adultos y niños/as.

La fase de interacción sexual abusiva: el adulto comienza a interactuar abusivamente con su víctima de manera gradual y progresiva, presentando primero gestos sin contacto (exhibicionismo, voyeurismo, etc.) hasta llegar de manera gradual a gestos con contacto (caricias con intenciones eróticas, masturbación, penetración digital, penetración seca, coito).

La fase del secreto: este momento comienza casi conjuntamente con el anterior. El abusador impone la ley del silencio a la víctima para no ser descubierto, lo que hará a través de amenazas, mentiras, culpabilización, chantaje y manipulación psicológica. El niño/a termina por aceptar esta situación, no pudiendo relatar y denunciar el abuso, de manera que genera respuestas adaptativas para sobrevivir, tales como sentimientos de culpabilidad y vergüenza.

En el segundo período, que comienza con la divulgación de la situación abusiva, se distinguirían dos fases:

La fase de la divulgación: a pesar de los esfuerzos del abusador por mantener la situación en secreto, el abuso es develado, ya sea de manera accidental o premeditada. Cuando existe una develación accidental, es un tercero quien descubre el abuso

(sorprende al adulto abusando del niño/a, se presenta una enfermedad de transmisión sexual o embarazo de la víctima). En cambio, cuando se produce una develación premeditada es la víctima quien voluntariamente comunica su condición rompiendo el secreto, impulsado por solucionar una situación que se le hace insoportable.

La fase represiva: se desencadena tanto en los miembros de la familia como en los miembros del entorno, un conjunto de comportamientos y discursos tendientes a neutralizar los efectos de la divulgación, buscando reprimir el discurso de la víctima para recuperar el equilibrio familiar. Así, la familia utiliza diferentes medios, tales como descalificar el discurso de la víctima, culpabilizarla, negar o minimizar el acto abusivo. Muchas veces estas presiones tienen como consecuencia que las víctimas de abuso sexual se retracten posteriormente de los hechos develados.

6.5. La perspectiva de Reynaldo Perrone: el concepto de hechizo.

El psicólogo argentino Reynaldo Perrone en sus distintas publicaciones (1995, 1998) ha logrado una detallada descripción del progresivo proceso abusivo y de la intrincada relación que el abusador establece con su víctima, permitiéndonos así acceder a través de sus palabras a un proceso impensable.

Perrone (1995) plantea que el concepto central que define, caracteriza, mantiene y posibilita el abuso incestuoso es la relación (psicológica) de hechizo entre abusador y víctima. Según este autor, la víctima entra en un estado de trance prolongado, de hipnosis no convencional, que puede perdurar aún después de haberse interrumpido la relación abusiva.

El trance es un estado de conciencia alterado o modificado que se caracteriza por una disminución del umbral del sentido crítico y una focalización de la atención. Se asocia a rituales, cuyas actividades específicas permiten preparar y producir dicho estado. En este sentido, los rituales sirven para elevar, modelar y crear estados de conciencia particulares y modificados. Luego, el trance es consecuencia del ritual.

En el caso del abuso incestuoso, los rituales son bipersonales y no consensuales y se utilizan para crear un tipo de relación especial: el hechizo. Este es la forma extrema de la relación no igualitaria y se caracteriza por la influencia que una persona (abusador) ejerce sobre la otra (víctima), sin que ésta sea consciente de ello.

La víctima registra el comportamiento del otro, pero el contexto o los medios de que dispone no le permiten escapar de esta relación. Se observa una “colonización” del espíritu de uno por el otro, con una invasión del territorio personal, proceso en el cual la diferenciación se vuelve incierta y las fronteras interindividuales desaparecen, quedando la víctima atrapada (en trance) en una relación de alienación. La víctima tiene conciencia de participar en esta relación, pero la naturaleza de ésta le resulta profundamente indecodificable. La persona dominada tiene una imagen ilusoria del otro, imposible de conocer y de definir, ya que la naturaleza misma de la relación altera sus funciones cognitivas y críticas (Perrone & Nannini, 1998).

Según Perrone y Nannini (1998) el estado del hechizo se crea a través de una dinámica de tres tipos de prácticas relacionales: la efracción, la captación y la programación. Estas acciones son operaciones espontáneas e intuitivas del abusador y cuya

efectividad remiten más bien a aprendizajes empíricos no formalizados. Este proceso se realiza, a veces, sin necesidad del uso de la fuerza.

La **efracción** consiste en la transgresión, generalmente mediante el uso de la fuerza por parte del abusador, de los límites personales de la víctima. Así, la identidad y el sentimiento de integridad individual se torna difuso, por cuanto la delimitación necesaria del yo, respecto del exterior, desaparece. Así la efracción es la etapa previa (preparación) de la posesión (emocional, cognitiva y física) de la víctima, y consiste en penetrar en su territorio personal, revelando su intimidad. El abusador primero penetra en el espacio físico de su víctima y luego en su cuerpo (Perrone & Nannini, 1998).

La efracción también significa que el abusador irrumpe en el mundo imaginario del niño y destruye su tejido relacional al romper sus vínculos con los otros miembros de su familia (nuclear y extensa) y con su red social más cercana. Luego, es la primera “maniobra” del abusador contra la víctima. Sin embargo, para lograr el hechizo, no basta con provocar una efracción, sino que se le ha de asociar la captación.

La **captación** apunta a apropiarse de otro, en el sentido de captar su confianza, atraerlo, retener su atención y privarlo de su libertad.

Para lograr la captación se utilizan tres vías que confluyen hacia un mismo resultado: interferir las vías sensoriales de la víctima de una manera traumática, de tal manera de disminuir su funcionalidad y tornar a la persona vulnerable, sin autonomía y factible de ser manipulada y dirigida. Las vías son: la mirada, el tacto y la palabra.

Lo que caracteriza a la captación es el hecho de “atrapar” a la víctima, dejándola sin ninguna posibilidad de resistirse y en un estado de cautividad. Pero esta pérdida de libertad no significa que quien la sufre no tenga deseos de liberarse. Por ello, es que el proceso del hechizo no termina en la captación.

La **programación** consiste en introducir instrucciones en la neurobiología del otro para inducir comportamientos predefinidos a fin de activar ulteriormente conductas adecuadas a una situación (agresión sexual) prevista.

A su vez, cuando en el contexto predominan las emociones, se produce una perturbación neurobiológica, tal que los aprendizajes realizados en ese estado quedan ligados a él. La vuelta al estado precedente reactiva el estado emocional concomitante y lleva a evocar las informaciones adquiridas en aquel momento. Lo prioritario es que el contexto emocional determina el acceso a informaciones codificadas que definen un repertorio limitado de acciones posibles. Este proceso se denomina aprendizaje ligado al estado.

Así, la programación y el aprendizaje ligado al estado son los que prolongan y mantienen la situación abusiva, a la vez que evitan todo cambio que pudiera poner en peligro la situación del abusador. El objetivo es condicionar a la víctima para mantener el dominio sobre ella y con ello el abuso sexual.

Entre las operaciones específicas que se utilizan para programar a la víctima o que provocan aprendizajes ligados al estado, se encuentran (Perrone & Nannini, 1998):

La Erotización: el niño que es objeto de la estimulación del adulto se halla indefectiblemente implicado, cualquiera que sea su respuesta, ya sea que coopere, participe, se abstenga, acepte o se resista, en ningún caso puede evitar el estado de perturbación sensitiva. Así, el niño, sensibilizado y preparado para reaccionar ante las estimulaciones sensoriales, no puede evitar la erotización y la excitación, o lo hace a expensas de una disociación imposible. El mecanismo sensitivo se acelera sin posibilidad de control ni contención.

La Repetición: en casos extremos, la excitación provoca en la víctima un condicionamiento y una dependencia que la conducen a mantener el vínculo sexual que la une al abusador con todas sus consecuencias.

La Evocación del Anclaje: anclaje es la unión entre el estado emocional y la memoria. Gracias a este vínculo, el abusador no precisa realizar cada vez todas las operaciones necesarias para llevar a cabo el abuso sexual. Le basta utilizar una mirada, palabra o comportamiento que evoque el abuso sexual, para que en la víctima aparezca de inmediato el malestar y la paralización psicológica (trance), y para que cada uno quede instalado en su papel.

El Secreto: el carácter transgresivo del abuso sexual hace que los hechos queden encapsulados en el espacio comunicacional de la familia. La regla impuesta es el silencio, que organiza la relación y garantiza la supervivencia del sistema. El secreto es la instrucción más tenaz y adquiere carácter de compromiso implícito.

El Pacto: el abusador impone a la víctima un acuerdo de no revelación, que sostiene con permanentes amenazas de represalias o con alusiones a las consecuencias que una eventual ruptura del pacto tendría para los protagonistas (familia, abusador y víctima). El pacto es explícito, transtemporal, no negociable e indisoluble. Por ello, aun cuando el secreto sea revelado, la víctima sigue sintiéndose obligada a no denunciar, a permanecer fiel y leal a las condiciones tácitas del acuerdo. Luego, develar el secreto no implica necesariamente romper el vínculo abusivo y el pacto.

La Responsabilidad: todo se presenta al niño de modo tal que este cree ser completamente responsable de lo que pudiera ocurrirle a su familia (transferencia de la responsabilidad), si es que no mantiene el silencio y la aceptación incondicional de la relación abusiva.

La Vergüenza: en la mayoría de los casos el abusador no siente ninguna culpabilidad y todo el sentimiento de incongruencia de la situación lo hace derivar hacia la víctima. Esta es la única culpable, puesto que el abusador no muestra duda alguna sobre la normalidad de su conducta. La víctima tiene la impresión de haber perdido su pureza e integridad y siente vergüenza por sí misma, por el abusador y su familia. La vergüenza persiste más allá de la revelación y el final de la relación. Sólo cesa definitivamente cuando la víctima logra colocar ese sentimiento en el abusador.

El aprendizaje ligado al estado sirve para efectuar la programación, dado que la erotización, la repetición y el anclaje forman parte de esta categoría. El secreto, el pacto, la responsabilidad y la vergüenza son operaciones de programación, en sentido estricto.

7. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA AGRESIÓN SEXUAL

Como ya se ha señalado la agresión sexual constituye un fenómeno relacional complejo que, gran parte de las veces, se desarrolla en el tiempo y en un espacio vincular. Este elemento se suma a los efectos directos del abuso en el niño en el área emocional, dando origen a una determinada sintomatología, como respuesta orgánsmica reactiva a la ocurrencia de los abusos, pero también puede dar lugar a alteraciones que podríamos describir como de mayor complejidad y permanencia y que se van a presentar, principalmente, en los casos en que el abuso sexual ocurra en el espacio vincular intrafamiliar y se presente con una cronicidad y sistematicidad en el tiempo (CAVAS, 2002).

De este modo, la agresión sexual es una experiencia que produce diversas consecuencias en las víctimas, describiéndose en la literatura varios efectos negativos causados por esta experiencia en los niños/as (López, 1993; Finkelhor, 1984, 1993; Cantón & Cortés, 1999; Smith & Bentovim, 1994; Zárate, 1993; entre otros).

Es necesario, pero a la vez difícil, al evaluar los efectos de la agresión sexual infantil, distinguir cuáles efectos son consecuencia del abuso y cuáles corresponden a problemáticas preexistentes. Así, por ejemplo, la agresión sexual puede gatillar aspectos patológicos previos o generar desajustes en una personalidad que ya era vulnerable o reforzar aspectos negativos del funcionamiento psicológico previo (tales como baja autoestima). De esta forma, al evaluar estos efectos se deben considerar principalmente las características propias del niño/a y de su familia (Capella & Miranda, 2003; Correa & Riffo, 1995).

Al observar los efectos de la agresión sexual también se debe considerar que éstos efectos pueden ser consecuencia del abuso mismo, pero también pueden estar relacionados con situaciones asociadas al abuso, como son la develación de la situación abusiva, la reacción familiar o contextual ante el evento, o la victimización secundaria por parte de las instancias de control social. Además, es importante tomar en cuenta que si bien se describen efectos de la agresión sexual en los niños/as, también es necesario considerar que el abuso a su vez, trae consecuencias en los miembros de la familia, en la dinámica familiar y en el contexto, entre otros (Capella & Miranda, 2003).

Pese a esto, a través de los estudios en el tema se han podido señalar ciertos efectos que han sido descritos en una amplia cantidad de las víctimas y que se relacionan específicamente con la agresión sexual. En términos generales dentro de estos efectos se pueden distinguir aquellos de corto plazo o inmediatos, de los de largo plazo y de mayor complejidad.

7.1. Factores que median los efectos en la víctima.

Los efectos que se describirán a continuación son generales pero no uniformes, ya que no todos los niños o adolescentes abusados sexualmente tienen la misma probabilidad de desarrollar ciertos síntomas, en tanto cada niño/a reacciona de manera diferente a la experiencia de agresión sexual, lo cual está determinado en gran parte por las características diferenciales de cada caso.

En diversos estudios se han intentado determinar factores que se asocian a

efectos diferenciales en los niños/as víctimas (Smith & Bentovim, 1994; Glaser & Frosh, 1997; Cantón & Cortés, 1999; López, 1993; Finkelhor, 1993; Huerta, Maric & Navarro, 2003). Así, los autores describen factores de la situación abusiva, del agresor, de la familia, de la reacción ante la develación del abuso y características evolutivas del niño, como elementos que influyen un mejor o peor ajuste como consecuencia de la agresión sexual infantil.

De esta forma, señalan varios factores que parecen agravar los efectos de las agresiones sexuales, presentando los niños/as mayores síntomas y consecuencias más graves. Entre éstos se encuentran las **características de la experiencia de agresión sexual** misma, como son el que la experiencia de abuso sea repetitiva y crónica, la presencia de contacto genital y penetración sexual y el uso de la violencia o coerción para cometer la agresión. Al respecto otro estudio realizado en el CAVAS Metropolitano mostró que la cronicidad del abuso, resulta una variable predictora de un daño profundo en la víctima, mientras que la presencia de un número de eventos inferior a diez, resulta predictor de un daño leve-moderado (Huerta, Maric & Navarro, 2000).

En cuanto a **factores relativos al agresor**, los niños/as presentan efectos más graves cuando el agresor es un adulto, en comparación a cuando el agresor es un adolescente, lo cual estaría dado por la diferencia de autoridad. La existencia de un vínculo previo entre el agresor y la víctima también se relacionaría con mayores efectos, lo cual puede ser atribuido a la relación de confianza preexistente, pero también a que las agresiones por conocidos se caracterizan por ser más serias (generalmente son crónicas, incluyen penetración, etc). Dentro de esto, cuando el agresor es el padre o padrastro del niño/a el abuso traería mayores consecuencias, sin embargo, no hay concordancia respecto a cual de estas dos figuras implica efectos más graves en los niños/as. Así, Gomes-Schwartz et al. (1990, en Smith & Bentovim, 1994) plantean que aquellos niños/as abusados por sus padres biológicos, habrían sido afectados menos seriamente que aquellos abusados por sus padrastros. Sin embargo, Huerta, Maric & Navarro (2003), en un estudio nacional con población consultante del CAVAS, observaron que la existencia o no de un lazo de consanguinidad con la figura parental no es un elemento que permita predecir el daño que dicha experiencia tendrá en el niño/a, prevaleciendo por sobre esto el factor vincular asociado al rol parental.

Los **aspectos familiares**, tales como la existencia de experiencias estresantes y dificultades en las relaciones familiares previas al abuso, influyen, generando la agresión sexual mayores efectos en los niños/as.

La **reacción ante la develación de la experiencia abusiva** es un factor relevante, debido a que cuando existe incredulidad del abuso por parte de la familia o el entorno, una actitud hostil de la madre hacia el hijo/a tras la manifestación del abuso, el niño/a no recibe apoyo de su familia, o es alejado de su hogar tras el abuso, se generan efectos de mayor gravedad. Al respecto, se ha considerado que la reacción de la madre frente a la develación del abuso representa el factor de mayor relevancia respecto del pronóstico de recuperación emocional del niño (Glaser, 1991; Cahill et al. 1999). En este mismo sentido, se concluye que las víctimas de agresión sexual que presentaban mayor daño psicológico fueron aquellas cuyo contexto familiar estaba definido por un patrón relacional tolerante ante la develación del abuso (aceptación, negación y/o minimización) y en el que existía cronicidad (Huerta, Maric & Navarro, 2000).

Respecto a la asociación entre la **edad del niño/a** cuando se inicia la agresión sexual y la gravedad de las consecuencias de ésta, los estudios no han permitido llegar a una conclusión definitiva, ya que algunas investigaciones plantean que niños/as menores se verían más afectados que niños/as mayores, y otras muestran que la edad no influye en los efectos (Smith & Bentovim, 1994; Cantón & Cortés, 1999). Sin embargo, pareciera ser que más que una mayor o menor gravedad de los efectos, las distintas etapas etáreas tendrían efectos diferenciales. En este sentido, Cantón & Cortés (1999), plantean que habría algunos efectos de la agresión sexual que pueden darse en cualquier etapa del período infantil, mientras otros son más específicos de determinada etapa. Así, los síntomas más característicos de los niños/as preescolares son la expresión de algún tipo de conducta sexual anormal, además de la presencia de ansiedad, pesadillas, desorden por estrés posttraumático y problemas de conducta. Los niños/as en edad escolar (6-11 años) presentan más problemas internos (especialmente depresión) y más problemas externos de conducta (especialmente agresión y desórdenes conductuales), también conducta sexualizada, miedos, pesadillas, baja autoestima, hiperactividad, efectos en el funcionamiento cognitivo y problemas escolares. En los adolescentes son frecuentes la depresión, retraimiento social, baja autoestima, ideas y conductas suicidas o autolesivas, los trastornos somáticos, conductas antisociales (fuga del hogar, vagancia, consumo de alcohol y drogas), posibilidad de sufrir nuevas agresiones sexuales, comportamiento sexual precoz, embarazo y problemas de identidad sexual.

7.2. Efectos psicológicos a corto plazo.

Ha sido ampliamente estudiado el efecto directo que tiene sobre la víctima la vivencia de un abuso de tipo sexual. Al respecto, estudios realizados sobre las consecuencias de la experiencia sexualmente abusiva en los niños, muestran que los únicos síntomas con alta frecuencia que siguen al abuso, incluyen conductas sexualizadas y síntomas de estrés post traumático (Cahill et al, 1999), presentando este último trastorno entre 21% y 48% de incidencia en esta población (McLeer et al, 1988; Deblinger et al, 1989; en Cahill et al, 1999). Otros estudios han mostrado que estos niños a menudo presentan signos no específicos de estrés, incluyendo ansiedad, temor, depresión, ideación suicida, síntomas somáticos, baja autoestima, agresividad, hiperactividad y conducta antisocial (Kendall-Tackett et al, 1993; en Cahill et al, 1999), así como olvido del hecho o disociación emocional, observándose más ansiedad en el abuso intrafamiliar que en el extrafamiliar (Calle, 1995; en Garrido, 1999).

Por otro lado, Kendall-Tackett et al. resumieron los efectos inmediatos y a largo plazo del abuso sexual basados en 45 estudios, encontrando que las conductas sexualizadas se distribuían entre un 7% a un 90% de los casos (Cahill et al., 1999). Esta alteración conductual (masturbación compulsiva o un interés exagerado por los genitales de los otros y de los animales, juegos de contenido sexual, etc.) se presentaría en las etapas evolutivas tempranas del desarrollo, (preescolar y escolar), en las cuales el niño carece de la capacidad de conceptualizar las experiencias (CAVAS, 2002).

De esta manera, diferentes autores (López, 1993; Finkelhor, 1984, 1993; Cantón & Cortés, 1999; Zárate, 1993; Rojas Breedy, 2002; entre otros) coinciden en describir los **efectos iniciales** específicos de La agresión sexual infantil, los cuales Smith y Bentovim (1994) agrupan según las diferentes áreas del desarrollo en que se ven afectados los

niños/as producto de la situación abusiva. Así los ordenan en efectos sexualizadores, emocionales, depresivos, ansiosos y conductuales.

Los **efectos sexualizadores** se refieren a una perturbación en el desarrollo psicosexual del niño/a, siendo la respuesta más específica ante la agresión sexual. La sexualidad del niño/a puede quedar traumatizada o gravemente afectada de numerosas formas, como consecuencia de haber sido erotizado por el abuso. Así, puede aumentarse la curiosidad de los niños/as ante la sexualidad, desarrollarse conductas hipersexualizadas, conductas provocativas sexualmente, involucrarse en juegos sexualizados con otros niños/as, comportarse de manera seductora, y presentar masturbación compulsiva. En niños varones que han sido abusados sexualmente por hombres puede generarse confusión y ansiedad frente a su identidad sexual.

Este tipo de efecto corresponde a lo que Perrone (1995), ya mencionado anteriormente, describió como Erotización, para dar cuenta del efecto traumático del abuso sobre el desarrollo psicosexual de la víctima.

Como secuelas de la experiencia de victimización pueden generarse en los niños/as **efectos emocionales**, tales como sentimientos de estigmatización, pérdida y aislamiento, sentimientos de culpa y responsabilidad por el abuso, conducta regresiva (enuresis, encopresis, entre otros), sentimientos de impotencia o falta de poder y, dificultad para confiar en otros cercanos. Debido a que el abuso infantil se produce precisamente en períodos críticos de formación de la personalidad, incluyendo la forma en que la persona se ve a sí misma, se relaciona con el mundo y con las otras personas, es frecuente también encontrar efectos negativos en la autoimagen, dando cuenta de un daño de mayor alcance.

También es común como consecuencia del abuso sexual que los niños/as presenten **ánimo depresivo**, generalmente asociado con ira, desesperanza, síntomas somáticos (problemas de sueño y apetito) y baja autoestima.

En cuanto a los **efectos ansiosos**, se han descrito comúnmente un aumento de miedos, angustia, quejas somáticas, y pesadillas, asociados a efectos postraumáticos (reexperimentación, evitación, hipervigilancia) del abuso sexual, siendo el Trastorno por Estrés Postraumático y Trastornos Adaptativos los diagnósticos más frecuentes en niños víctimas de abuso sexual (Aliste, Carrasco & Navarro, 2003; Malacrea, 2000).

Por último, como **efectos conductuales** de la experiencia de agresión sexual, es común en los niños/as presentar como síntomas conducta agresiva, hostilidad, desobediencia, ideas y actos suicidas, automutilación, inquietud e hiperactividad, problemas de aprendizaje y dificultades escolares.

A nivel nacional, un estudio realizado en el CAVAS Metropolitano (Aliste, Carrasco & Navarro, 2003), cuyo objetivo fue el análisis descriptivo de los resultados del proceso diagnóstico realizado a una muestra de 180 casos, arrojó los siguientes resultados:

En primer término, se observó que los síntomas de mayor prevalencia en la muestra, es decir, los que se presentaron en más de un 40% de los casos corresponden a los síntomas ansiosos, los síntomas depresivos, los trastornos del sueño, los defectos de atención y concentración y las conductas evitativas. De éstos los que se observaron

con una notoria mayor frecuencia en relación al resto de la sintomatología fueron los síntomas ansiosos los que se manifestaron en un 85% de los casos que presentaron sintomatología, seguidos por los síntomas depresivos los que se observaron en un 57% de estos casos. En un segundo rango de prevalencia, entre un 39% y un 20% de los casos evaluados que presentaron sintomatología, se observó la presencia de auto o heteroagresividad, defectos de la impulsividad, alteración de la conducta sexual, distorsiones cognitivas, alteración de la conducta alimentaria y síntomas disociativos. Asimismo, entre un 19% y un 10% de los casos presentó enuresis, conductas disociales, hiperactividad, reexperimentación, oposicionismo, aumento de la activación, alteración de la identidad sexual, alteración del lenguaje, síntomas somatomorfos y alteración del lenguaje. Como síntomas residuales, es decir, que se presentan en menos de un 10% de los casos, se observaron síntomas maníacos, dificultades en la lectoescritura, dificultades psicomotoras, encopresis y dificultades de cálculo.

Por otro lado, el trastorno de mayor prevalencia en la muestra fue el Trastorno Adaptativo el que se diagnosticó en un 51.6% de los casos. A éste, con una significativa menor representación, le sigue el Trastorno de Estrés Postraumático el que se diagnosticó en un 15% de los casos. Les siguen en orden de preponderancia el Trastorno Reactivo de la Vinculación que se consignó en un 8,3% de los casos y el Trastorno de Personalidad en un 5%.

De este modo, los datos de este estudio confirman que la experiencia abusiva provoca en forma mayoritaria una respuesta psicopatológica expresada en síntomas principalmente de tipo emocional (ansiosos, depresivos) y en trastornos principalmente del espectro ansioso que alteran en forma significativa el normal funcionamiento de la víctima. Respecto de esto, se observó en forma significativa la presencia de trastornos mayoritariamente de tipo reactivo (Trastorno Adaptativo, EPT) y, en segundo orden, los que presentan un nivel de cronicidad con una alteración del proceso de desarrollo y de estructuración de la personalidad (Trastorno Reactivo de la Vinculación, Trastorno de Personalidad).

7.3. Modelo comprensivo-explicativo de los efectos del abuso sexual infantil de Finkelhor.

La agresión sexual infantil es una experiencia que genera un impacto significativo en el mundo psíquico de las víctimas, describiéndose en la literatura diversos efectos negativos que causa ésta en los niños/as. Un modelo ampliamente aceptado (López, 1993; Cantón & Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Zárate, 1993; Capella & Miranda, 2003; Capella, Contreras, Guzmán, Miranda, Núñez & Vergara, 2003), para comprender las alteraciones en la organización de la experiencia subjetiva del niño, es el propuesto por Finkelhor y Browne (1985).

Este modelo comprensivo-explicativo propone que la experiencia de agresión sexual infantil puede ser analizada en base a cuatro factores, denominados dinámicas traumatizantes o traumatogénicas (traumagenic dynamics), las cuales en conjunto hacen que el trauma del abuso sea único y diferente de otros traumas. Estas dinámicas alteran la orientación cognitiva y emocional del niño/a al mundo, distorsionando su autoconcepto, su visión del entorno y sus capacidades afectivas. La relación del niño/a con su ambiente, desde estas distorsiones, puede manifestarse en los síntomas

descritos como efectos psicológicos de la experiencia abusiva, estando algunas dinámicas directamente relacionadas con ciertos síntomas. Las dinámicas descritas por los autores son las siguientes:

Sexualización traumática: Se refiere al proceso por el cual la agresión sexual configura la sexualidad del niño/a (incluyendo los sentimientos y actitudes sexuales) de una forma evolutivamente inapropiada y disfuncional. Esta dinámica ocurre cuando se le pide repetidamente a un niño que realice conductas sexuales inapropiadas para su nivel de desarrollo; cuando existe intercambio de afecto, atención, privilegios y regalos por conductas sexuales; cuando a ciertas partes del cuerpo del niño/a se le da una importancia y significados distorsionados; cuando el agresor trasmite al niño/a confusiones e ideas erróneas acerca de la sexualidad; y cuando el niño/a tiene asociadas memorias y eventos atemorizantes con ésta.

Esta dinámica traumática sexualmente produce como efecto psicológico alteraciones del desarrollo psicosexual normal para la edad, generando en el niño un aumento de la preocupación por temas sexuales no esperados para su etapa de desarrollo, preocupación asociada a aspectos como la estimulación e identidad sexual. Además puede generar en el niño/a confusión acerca de las normas y estándares sexuales, y del rol del sexo en las relaciones afectivas, así como la atribución de significados negativos asociadas a la esfera de la sexualidad.

Traición: Hace referencia a la dinámica en la cual los niños/as descubren que el agresor –alguien de quien dependían y en quien confiaban– les ha causado daño, manipulándolo con mentiras o engaños. También puede presentarse cuando el niño toma conciencia de que un miembro de la familia en quien ellos confiaban y que no corresponde a la figura del agresor, fue incapaz de protegerlos o creerles.

Los efectos psicológicos ante esta dinámica están asociados a una alteración vincular y pueden presentarse de dos maneras. Por un lado, puede surgir en el niño/a una necesidad intensa de confianza y seguridad, lo cual se manifiesta a través de una dependencia extrema, pudiendo presentar dificultades para realizar juicios adecuados acerca de la confiabilidad de las otras personas. Por otro lado, puede presentarse una reacción contraria, caracterizada por la hostilidad, agresividad y desconfianza excesivas, manifestadas en aislamiento y aversión a las relaciones íntimas.

Pérdida de poder o indefensión: Se refiere al proceso en que la voluntad del niño/a, sus deseos y sentido de eficacia son consistentemente contravenidos, siendo su territorio y espacio corporal repetidamente invadido.

Los efectos relacionados con esta dinámica se vinculan, por un lado, con el miedo y ansiedad que reflejan los sentimientos de vulnerabilidad e incapacidad percibida por el niño/a de controlar eventos externos nocivos, disminuyendo los sentimientos de autoeficacia y habilidades personales. Por otra parte, los niños/as pueden intentar compensar la experiencia de pérdida de poder, manifestando necesidades de control y dominación inusuales y disfuncionales.

Estigmatización: Se refiere a las connotaciones negativas –maldad, vergüenza y culpa– que son comunicadas al niño/a alrededor de la experiencia de abuso y que luego son incorporadas a su autoimagen. Estos mensajes negativos pueden provenir directa

o indirectamente del agresor, pudiendo ser reforzados por actitudes negativas de otras personas de la familia o comunidad ante el conocimiento del hecho abusivo.

El impacto psicológico de la estigmatización se asocia a los sentimientos de aislamiento, culpa y vergüenza que presentan las víctimas, así como al sentimiento de ser diferente a los demás, basado en la creencia incorrecta de que nadie más ha tenido una experiencia como la propia y de que otros lo rechazarán por haber vivenciado una experiencia abusiva sexual.

Este modelo conceptual resulta útil para evaluar clínicamente los efectos del abuso, lo cual debe tomar en cuenta aspectos previos (personalidad del niño/a y características de su familia) y posteriores (la reacción familiar a la revelación y la respuesta social e institucional ante ésta), debido a que a pesar de que la experiencia de abuso es el agente traumático central en las víctimas, las dinámicas traumatizantes no son aplicables solamente a la experiencia abusiva, ya que es un proceso que tiene una historia previa y un futuro posterior al abuso.

A su vez, una aproximación comprensiva nos permite formular estrategias de intervención que tengan como objetivo la superación de los efectos de la agresión sexual, planteando directrices acordes a estas dinámicas.

7.4. Efectos psicológicos a largo plazo.

Además de las reacciones mencionadas, se observan consecuencias que corresponden a alteraciones de mayor complejidad que incluso implicaran una alteración en la estructuración de la personalidad de la víctima. La forma en que estas alteraciones se instalan en el proceso de desarrollo, corresponde a la que Summit define como el síndrome de adaptación al abuso. De este modo, los esfuerzos adaptativos al abuso crónico desarrollados por las víctimas, muestran el poder disruptivo de la experiencia abusiva reiterada dentro del continuo vital (Huerta & Navarro, 2001).

Así, se comprende que aunque no se desarrolle un trastorno en edades infantiles donde ocurre la agresión sexual, es posible que debido al quiebre y perturbaciones que provoca el abuso en el desarrollo de la identidad del niño, sus efectos sean más duraderos, y es posible que se desarrolle un desorden en la pubertad o adolescencia.

Diferentes autores (López, 1993; Cantón & Cortés, 1999; Glaser & Frosh, 1997; Finkelhor, 1993; Huerta, Maric & Navarro, 2003) señalan la configuración de **efectos a largo plazo** de la agresión sexual, los cuales son menos claros que los efectos iniciales, siendo difíciles de analizar, ya que interactúan con otros factores durante mucho tiempo. Sin embargo, se reconoce en la literatura suficientes estudios que permiten establecer relaciones entre el abuso de tipo sexual infantil y posteriores dificultades (en la adolescencia o adultez). Así, se observa una asociación entre haber sufrido una experiencia de agresión sexual y una mayor probabilidad de presentar problemas psicológicos posteriores, como depresión, intentos de suicidio, sentimientos de estigmatización, aislamiento, baja autoestima, ansiedad, tensión, dificultades de tipo relacional (especialmente con personas del sexo opuesto), dificultades con la sexualidad (inhibición, conductas abusivas hacia otros, promiscuidad, prostitución), abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad y anorexia (alteraciones de la imagen

corporal). Así también se presenta un mayor riesgo de volver a ser víctimas de nuevas agresiones sexuales, por su pareja u otros (lo que ha sido llamado revictimización).

Es fundamental comprender que la configuración de un trastorno o alteración de identidad no constituye un proceso lineal o unívoco que se desarrolle en todas las víctimas. Sin embargo, la presencia de este tipo de alteración constituye un fenómeno grave, entendiendo que la agresión sexual no sólo implicaría una trasgresión de los límites corporales, sino también personales, en tanto no se reconoce la individualidad y necesidades propias del sujeto, imponiendo desde fuera un uso por parte de otros de su propio cuerpo, viéndose dañada la imagen corporal como parte constituyente de la identidad.

Por último, en una de las investigaciones realizadas con una muestra de la población consultante del CAVAS Metropolitano, mostró que en los casos en que exista un contexto familiar que presente un patrón relacional tolerante ante la develación y en que exista cronicidad del abuso, las víctimas estarán expuestas a sufrir el mayor daño psicológico, generando un impacto profundo asociado a un daño a nivel de la estructuración de la personalidad, que se expresa en uno o varios de los siguientes aspectos: alteración severa del desarrollo de la psicosexualidad; alteración severa de la vinculación; inhibición social, relacional y/o afectiva extrema; disociación profunda (Huerta, Maric & Navarro, 2003).

7.5. Sexualización del Comportamiento: De la alteración en el desarrollo psicosexual a la alteración vincular.

Específicamente en cuanto a la alteración del desarrollo psicosexual, la cual es una de las consecuencias más directamente relacionadas con la experiencia de agresión sexual, podemos entender que cuando otra persona usa al niño como un objeto sexual, éste puede sentirse altamente activado o estimulado, reproduciendo en la relación con otros conductas sexualizadas dentro de un proceso de erotización de los vínculos (Huerta & Navarro, 2001). De este modo, una alteración que puede ser inicialmente conductual (conducta sexualizada), llega a transformarse en un estilo vincular.

Al respecto, en algunos niños que han sido víctimas de agresión sexual por personas con las cuales poseen una relación afectiva significativa puede ocurrir una confusión de los estándares sexuales, no distinguiendo afecto de sexualidad, condicionando la relación con otros a la esfera de la sexualidad. Así, incluso se ha descrito por parte de estos niños una sensación de placer durante estos encuentros sexuales, el cual puede estar relacionada a sentimientos de amor y preocupación, sentimientos que son más emocionales que físicos. Posteriormente, los niños en edad escolar que han sido sexualizados pueden no ser capaces de reprimir o sublimar el interés por la actividad sexual como lo hacen los demás niños de su edad, que son capaces de dirigir esta energía al aprendizaje y el desarrollo de las relaciones sociales apropiadas. De este modo, se perpetúa y se retroalimenta un circuito altamente desadaptativo.

Respecto de este proceso Finkelhor (1979) señala que algunos niños, cuyas necesidades no son cubiertas a través de los canales convencionales, descubren que pueden obtener afecto estimulando sexualmente al adulto; por lo tanto, ellos se aproximan de este modo a los adultos y los seducen activamente (en Glaser & Frosh, 1997). En este

mismo sentido Almonte y Cádiz (1997) señalan que el comportamiento seductor de estos niños puede ser visto más bien como síntoma de la agresión sexual, ya que por estar su sexualidad en desarrollo, el niño puede ser entrenado a gozar de varias formas el contacto sexual, especialmente cuando está carente de afecto. Las víctimas pueden ser incapaces de discriminar entre formas eróticas de contacto de aquellas de simple afecto o amistad. Tienden a erotizar la mayoría de las relaciones íntimas y algunos han aprendido que deben pagar con favores sexuales por el afecto que reciben.

De este modo, a partir de la teoría del hechizo, el abuso incestuoso actúa alterando el proceso de desarrollo de la psicosexualidad normal esperado para los niños, creando y condicionando un estilo relacional que se extiende a otras relaciones, ya sea a los pares o a otros adultos.

Para Crittenden (1997) el comportamiento complaciente compulsivo de estos niños consiste en hacer lo que los otros quieren que haga y mostrar el afecto que la gente quiere ver, dándose origen a dos conductas diferentes: la seducción y la promiscuidad. En la seducción el comportamiento seductor incluye ciertos sentimientos verdaderos de la persona seductora, exagerados. Algo se ofrece a una persona íntima con un acuerdo implícito: “tú me das lo que yo quiero y tal vez yo te doy lo que quieres”. En la promiscuidad se produce el proceso opuesto; está dirigida a extraños, a personas no íntimas, con una promesa o acuerdo explícito: “tú pagas esto y yo hago lo otro”. En resumen, las distorsiones en la sexualidad se convierten en lazos para los asuntos de protección, el sexo se utiliza para la protección. Se activa lo sexual porque tiene la misma función que lo vincular, atraer a la gente y ponerla en un lazo perdurable. De esta manera si se tiene acceso a una relación de apego viable, la sexualización de la infancia no cabe. Por el contrario, si es la única forma de acercarse a la persona para obtener protección, es mejor que no tener nada.

El efecto nocivo del desarrollo de estos mecanismos, se evidencia en la vulnerabilidad que estas víctimas presentan frente a la ocurrencia de nuevas situaciones abusivas. Al respecto, Crittenden (1997) señala que las niñas que han sido abusadas tienden a ser nuevamente víctimas; hay algo que se puede ver en ellas que las hace ser un blanco, esto es, la vulnerabilidad fingida. El mecanismo a la base de este proceso estaría dado por las dificultades con los límites sexuales y las conductas sexualmente provocativas que algunas de estas víctimas desarrollan, situación que hace que con más posibilidades los jóvenes se expongan a situaciones de alto riesgo de revictimización. La revictimización, entonces, incrementa el riesgo de desarrollar conductas sexualizadas, incluyendo conductas de victimización con una perpetuación de este trágico ciclo (McClellan et al., 1997).

7.6. El peligro de la revictimización: La carrera de la víctima.

Considerando las consecuencias de mediano y largo plazo más importantes de las experiencias de victimización, el actual pensamiento victimológico propone el concepto de carrera victimal. Este concepto, en tanto modelo dinámico, nos permite explicar cómo la definición de la víctima en el proceso de interacción con el victimario, aumenta el riesgo de una segunda victimización, y de esta segunda el riesgo de una tercera, etc. (Schneider, 1994).

Desde esta perspectiva, se postula que “en el proceso de victimización la víctima aprende por medio de la interacción con el victimario o con personas de su inmediato entorno social su rol de víctima” (Schneider, 1994, pág. 45). Existiría una socialización de la víctima hacia su rol, aprendiendo ésta a definirse a sí misma como víctima y, como consecuencia de esto, se acostumbraría a la victimización.

Es importante notar que en el proceso de la carrera victimal interactúan tanto factores personales de la víctima, como factores contextuales. Entre los factores personales es posible que la reacción de la propia víctima a la victimización primaria, contribuya a que ésta construya su identidad en torno a su victimización, haciéndose dependiente de ella. De este modo, la definición de “víctima” que surge a partir de una primera experiencia de victimización, generaría cierta vulnerabilidad en ésta para definirse en los procesos interaccionales desde este rol, aumentando el riesgo de una segunda victimización, y en esta segunda el riesgo de una tercera y así sucesivamente.

Una de las explicaciones que se dan para esta definición de “víctima” es la teoría del desamparo aprendido, según la cual, los individuos aprenden a través de sus experiencias que su comportamiento tiene consecuencias negativas, sin que ellos puedan influir en estas consecuencias, desarrollando un comportamiento pasivo, lo cual le impide actuar de forma preventiva para evitar la ocurrencia de una nueva victimización.

Otra posible explicación surge de lo planteado por el victimólogo E. Fattah (1997a), quien señala la victimización constituye una experiencia social significativa, que ejerce un impacto perdurable en la vida de las personas. Este autor se basa en lo señalado por Athens (1989, en Fattah, 1997a) quien hace una distinción entre experiencias sociales triviales, que ejercen poco impacto en la vida de las personas y son olvidadas tan pronto como se viven, y experiencias sociales significativas, que son importantes e inolvidables, dejan una marca permanente en las personas, pese a sus deseos, y son recordadas incluso meses y años después que la experiencia fue sufrida. Para esta autora, “las personas son lo que son como un resultado de las experiencias que han sufrido en sus vidas” (Athens, 1989, en Fattah, 1997a, pág. 34), y si se considera que la victimización es una experiencia social significativa, es posible comprender que ésta deje una marca, incluso en la visión de sí misma de la persona, definiéndose como “víctima”.

Es importante considerar que dentro de los procesos de victimización, “el traumatismo psíquico de la víctima causado por delitos sexuales y violentos tiene otro valor psíquico que el miedo abstracto o el miedo concreto afectivo-emocional al crimen de personas que no han sufrido ninguna victimización” (Schneider, 1994, pág. 54). Así podemos entender que las víctimas de agresión sexual han vivido experiencias significativas que repercuten en diferentes áreas de su vida, desde el miedo a una nueva victimización, la creencia en la imposibilidad de control, hasta en el proceso de construcción de identidad.

Por otro lado, si bien en el concepto de carrera victimal se reconocen factores individuales de la víctima para autodefinirse como tal como consecuencia de su experiencia de victimización, también considera la interacción de ésta con su entorno social. Al respecto, el proceso de reacción inadecuado frente a la victimización primaria por parte de las instancias de control social (carabineros, policía, sistema judicial-penal)

y de los actores de su entorno social, lo que se denomina victimización secundaria, tiene como consecuencia que la víctima interiorice su rol de víctima, “al final de este proceso de degradación y estigmatización, la víctima adopta una visión de sí misma de víctima” (Schneider, 1994, pág. 45).

Considerando la complejidad de la victimización primaria y sus consecuencias en la víctima, la ocurrencia de una victimización secundaria puede consolidar el proceso de la carrera victimal, en tanto la interacción de la víctima con otros, puede hacer a la víctima nuevamente objeto, llegando incluso a la despersonalización, socializando a la víctima hacia su rol, reafirmando en ésta la definición como víctima.

Desde el marco anteriormente planteado, los victimólogos enfatizan la importancia de que las víctimas reciban el tratamiento necesario para que puedan superar el trauma psíquico que implica la experiencia de la victimización (Schneider, 1994), intentando además prevenir el riesgo de una nueva victimización.

7.7. Transformación de víctimas en victimarios.

En el campo de la victimología se postula que existe una estrecha relación entre la victimización y la conducta criminal, siendo la victimización un aporte directo a la agresión, el sine qua non para ella. (Fattah, 1997a). En palabras de Fattah, “las víctimas de ayer son a menudo los criminales de hoy y los criminales de hoy serán frecuentemente las víctimas de mañana” (1997a, pág 26).

La importancia de la victimización como un factor causal en la criminalidad violenta es prácticamente evidente si se considera el hecho de que la venganza es un componente esencial en la violencia. Conceptos como el “ciclo de la violencia” o el “abuso intergeneracional”, se refieren a “esta curiosa tendencia de los seres humanos a someter a otros a los mismos dolores y angustias que personalmente debieron sufrir o a infligir a otros la misma victimización que experimentaron” (Fattah, 1997a, pág 25). Este fenómeno es el que la Victimología ha denominado proceso de transformación de víctimas en victimarios o la relación entre victimización y criminalización, vale decir, el fenómeno por el cual el agredido llega a ser agresor, el oprimido llega a ser opresor, el perseguido llega a ser perseguidor, el torturado llega a ser torturador y el maltratado llega a ser maltratador. (Fattah, 1997b).

Diversos procesos como la brutalización, desensibilización, venganza, aprendizaje, imitación, identificación con el agresor, entre otros, son mecanismos útiles para explicar cómo la víctima se transforma en agresor.

El fenómeno de transformación de víctimas en victimarios ha existido siempre, sin embargo sólo recientemente ha sido objeto de mayor investigación y análisis, debido a que se han encontrado significativas evidencias de que, por ejemplo, violadores y otros delincuentes sexuales, fueron objeto de vejaciones sexuales, violentas o no, durante su infancia (Fattah, 1997a).

En este sentido, es útil comprender que las víctimas de delitos sexuales en tanto han sido objeto de otro desde una posición pasiva, puedan buscar inconscientemente la compensación de este sentimiento de indefensión, a partir de la futura agresión y dominación activa sobre un tercero.

Si bien, por variables de temporalidad, no resulta fácil visualizar cómo es que una víctima actual pueda llegar a transformarse en agresor/a, las tempranas alteraciones del desarrollo psicosexual expresadas a través del desarrollo de conductas abusivas hacia otros niños/as menores, pudiese ser un indicador de alerta.

De esta forma, el tratamiento a las víctimas, en este caso de agresión sexual, no sólo debiera atender a que éstas superen su trauma psíquico, sino que al mismo tiempo también debiera apuntar a prevenir la transformación de víctimas en victimarios.

8. INTERVENCIÓN COMO CONCLUSIÓN: NECESIDAD, IMPORTANCIA Y EFECTIVIDAD DE UN TRATAMIENTO

Al analizar los profundos efectos de la agresión sexual, se observa que existe una relación significativa entre el impacto psicológico que ocasiona el abuso y el proceso de conformación de la identidad según la etapa evolutiva en que se encuentra el sujeto. Se aprecia que estos efectos comprometen tanto componentes básicos de la identidad como condiciones necesarias para la construcción de una identidad positiva e integrada, constituyendo así las secuelas de la agresión factores que influyen de manera iatrogénica en el estado y funcionamiento psicológico general de las víctimas (Capella & Miranda, 2003).

A partir de todo lo anterior es posible concluir que la agresión sexual, causa en la persona profundos daños en su desarrollo, cuyas consecuencias se evidencian tanto en indicadores físicos como emocionales y conductuales, de mediano y largo alcance. La experiencia de abuso vivenciada provoca significativas secuelas en el funcionamiento psicológico, dañando la visión que el sujeto tiene de sí mismo, de los otros y del mundo, involucrando diversas experiencias traumáticas, por lo cual es esencial el tratamiento psicológico orientado a procesar, elaborar e integrar estas experiencias, buscando su reparación (Capella & Miranda, 2003, Huerta & Navarro, 2001a).

Debido a que la victimización es una experiencia social significativa, el impacto psicológico antes descrito puede trascender y perdurar a través del continuo vital del sujeto, construyendo éste su propia identidad en torno a la experiencia de victimización sexual (Schneider, 1994; Athens, 1989, en Fattah, 1997a). En este sentido, el tratamiento psicológico de las víctimas de agresión sexual debería orientarse a que éstas superen el impacto psicológico que ha producido la experiencia abusiva, previniendo al mismo tiempo tanto el desarrollo de la carrera victimal como la transformación de víctimas en victimarios.

Lo anterior, señala la necesidad de ofrecer a las víctimas asistencia orientada a la reparación de la alteración producida en el desarrollo, a través de la intervención especializada oportuna que impidan un curso mórbido del desarrollo, y que favorezca un desarrollo futuro íntegro y sano.

Desde este marco, resulta fundamental un tratamiento psicológico para las víctimas de agresión sexual, que se oriente a la elaboración y reparación de la experiencia abusiva, permitiendo que puedan darle un nuevo significado a ésta -resignificación- e integrarla a su historia vital. De esta forma, la terapia psicológica posibilitaría que el sujeto continúe con su desarrollo evolutivo normal, conformando una identidad

positiva e integrada, superando así las secuelas ocasionadas por el abuso (Capella & Miranda, 2003).

De esta forma, es necesario saber detectar estas alteraciones tempranamente (como trastorno y como síntomas), e incorporar al trabajo terapéutico, el trabajo de límites corporales y/o personales, como fundamental en un adecuado desarrollo y establecimiento de una imagen corporal positiva, además de ser abordado como un importante tópico en la prevención de posibles revictimizaciones. Además es necesario incorporar el abordaje de la imagen corporal personal, relacionada ésta con el desarrollo de una clara identidad personal (CAVAS, 2002).

Además de lo mencionado respecto de la necesidad de reparación del daño en las víctimas y del favorecimiento de un desarrollo sano y armónico, la intervención especializada de tipo terciaria en niños víctimas de agresiones sexuales, aparece justificada en su relevancia a partir del carácter intrínsecamente preventivo de la intervención. Al respecto, las ideas y conceptos aportados desde el enfoque victimológico a la explicación del fenómeno delictivo, resultan de gran relevancia en lo que dice relación con la prevención del mismo.

Respecto del delito sexual, y específicamente de la prevención de la agresión sexual a niños, estos planteamientos, así como los derivados del enfoque de resiliencia, reafirman la validez y necesidad de trabajar directamente con los niños víctimas en el desarrollo y fortalecimiento de conductas de autocuidado. No desde una perspectiva que deposite en los niños la responsabilidad de su protección, sino desde una mirada ecológica del continuo vulnerabilidad/protección, donde en el nivel individual, la capacidad del niño para protegerse o elicitación protección resulta un elemento central (Huerta & Navarro, 2001b).

En el trabajo terapéutico es fundamental tomar en cuenta las diferencias que presenta cada niño de acuerdo a diferentes factores (personales, relativos al abuso, familiares, etc.), lo cual implica distintas líneas de intervención, en cuanto las diferentes significaciones que el niño dé al abuso y los efectos que éste tenga en su desarrollo.

En este sentido, es importante señalar que en el tratamiento de la agresión sexual infantil existen formas de intervención diferenciada - terapia individual, grupal, familiar-, las cuales tienen en común el objetivo general de la reparación. Resulta complejo definir a priori la pertinencia y efectividad de cada una de estas intervenciones para el logro de este objetivo, ya que de acuerdo a su especificidad abordan diferentes aspectos asociados con la problemática, siendo esencial considerar las características y necesidades particulares de cada paciente, al momento de elegir o recomendar el tipo de terapia más adecuada (Capella & Miranda, 2003).

Tal es el caso de la necesidad de incorporar estrategias familiares de intervención en aquellos casos en que la alteración de la dinámica familiar como consecuencia directa de la ocurrencia del abuso, se constituye en variable generadora o mantenedora de la respuesta desadaptativa de la víctima. Lo mismo ocurre frente a alteraciones o trastornos específicos derivados de la experiencia de victimización y que alteran principalmente la esfera interpersonal, por lo que un abordaje psicoterapéutico grupal podría resultar más beneficioso y eficiente. Asimismo, la intervención grupal de tipo psicoeducativa podría ser una estrategia conveniente en el trabajo con los padres o figuras significativas (CAVAS, 2002).

Más allá de la estrategia específica de intervención, al enfrentar clínicamente al problema de la agresión sexual infantil, cobra importancia el precepto que cada persona es un constructor activo de su realidad, en donde el espacio terapéutico se presenta como un escenario en el cual los niños despliegan múltiples producciones simbólicas que hablan de su mundo interno, recuperando protagonismo. El poder de lo simbólico en la terapia con niños, cobra especial intensidad al entender que no sólo el discurso hablado es el medio por el cual pueden iniciar un proceso de reparación en su continuo vital, sino que además todas aquellas producciones lúdicas y gráficas permiten abrir un puente entre el mundo intrapsíquico y la puesta en escena de aquello que cada sujeto contiene, traspasando la mera lectura de dichas proyecciones a un esfuerzo reparador propio del niño en terapia en donde el potencial elaborativo resulta fundamental, permitiendo introducir una visión amplia de las producciones infantiles (Rodulfo, 1996; García Arzeno, 1993; Capella, Contreras, Guzmán, Miranda, Núñez & Vergara, 2003).

De esta forma, el acto creativo en sí constituye un punto de empoderamiento básico, permitiendo acceder a la posibilidad tanto de observar y analizar los simbolismos y mensajes volcados por el niño, como de otorgar a éste un espacio de simbolización y reparación de sus experiencias, sentimientos y necesidades luego de una vivencia traumática. Así, el espacio terapéutico es entendido como uno de distensión, en el cual pueden desplegarse los actos creativos propios de la infancia constituyéndose en una herramienta fundamental en la recuperación activa del niño ante sus experiencias y su posterior elaboración (Capella, Contreras, Guzmán, Miranda, Núñez & Vergara, 2003).

A través de la terapia el niño no sólo expresa sus conflictos, sino también sus recursos, permitiéndonos identificarlos y luego incorporarlos en los objetivos y trabajo terapéutico, potenciando y reforzándolos, de manera que favorezcan el proceso de reparación de la experiencia abusiva. De este modo, se concluye que dentro del proceso de la terapia, el niño puede reparar aspectos de su identidad dañada, integrando sus vivencias dentro de su continuo vital.

Finalmente, un aspecto central es la comprensión del sujeto que se presenta como consultante, sus características y grado de desarrollo, su modo de funcionamiento habitual, y las principales conflictivas presentes en su mundo psíquico y relacional. Esto resulta particularmente relevante para determinar cuales han sido las consecuencias de la experiencia abusiva, distinguiéndolas de elementos preexistentes, así como de aquellos que responden a otra clase de problemáticas. Esta distinción se torna esencial por cuanto orienta los objetivos de la intervención, en donde el equipo clínico del CAVAS Metropolitano, a lo largo del tiempo, ha hecho una opción por intervenir focalizadamente en las conflictivas relacionadas directamente a la experiencia abusiva, buscando el apoyo de otras instituciones de la red en la intervención con otro tipo de conflictivas. Esto, por cuanto consideramos que la permanencia en una institución especializada en la atención a víctimas de atentados sexuales por períodos de tiempo más prolongado que el necesario, podría resultar contraproducente al generar una rigidización de los consultantes en el rol de víctima, acrecentando de este modo la dinámica de estigmatización, que buscamos reparar (Capella, Contreras, Guzmán, Miranda, Núñez & Vergara, 2003).

CAPÍTULO III

UN MODELO DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

A. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

En el ámbito asistencial, la labor del CAVAS Metropolitano se define como una intervención especializada de tipo terciaria orientada a proporcionar a la víctima y su grupo familiar atención psicológica, social, psiquiátrica, policial y legal, de manera integral y gratuita, procurando reparar el daño ocasionado por la victimización sexual.

1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir al proceso reparatorio de los efectos psicosociales que genera en la víctima la situación de agresión sexual.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Brindar protección a la víctima para asegurar su integridad física y emocional movilizando los recursos disponibles en los ámbitos legal, social y psicológico, a fin de interrumpir la situación de agresión sexual.
- b. Favorecer la reparación de las secuelas psicosociales que genera la situación del delito sexual en las víctimas a través de intervenciones terapéuticas individuales y/o grupales que conlleve a resignificar la experiencia abusiva fortaleciendo la autoconfianza y la percepción de sí mismo.
- c. Brindar apoyo a las familias a través del desarrollo de estrategias terapéuticas que permitan potenciar los recursos protectores de las familias de modo que éstas puedan asumir adecuadamente su responsabilidad en el cuidado, crianza y protección de niño o joven a fin de evitar la recurrencia del fenómeno.
- d. Proporcionar apoyo legal al proceso seguido por la agresión sexual sufrida por la víctima a través de la realización de evaluaciones psicológicas y elaboración de informes psicológicos que permitan agilizar los procesos legales.

B. FASES DE LA INTERVENCIÓN

El proceso de intervención desarrollado en la actualidad en el CAVAS Metropolitano se divide en cuatro fases o etapas: una etapa de Calificación, una Diagnóstica, una de Intervención y una última de Egreso y Seguimiento.

El planteamiento de este proceso corresponde a una reformulación del modelo de intervención que históricamente el Centro había aplicado, incorporándose al nuevo modelo la etapa de Calificación y ampliándose las estrategias de intervención psicológicas a las intervenciones grupales y familiares, además de la incorporación de un Instrumento de Registro Diagnóstico.

A continuación se presenta el resultado de esta reformulación así como el análisis y evaluación de su implementación.

1. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN

El Proceso de Calificación surge a partir de la consideración de las características del fenómeno de las agresiones sexuales y las transgresiones a la sexualidad de las personas, al considerarlas un fenómeno originado y condicionado por múltiples factores. Consecuentemente, generar las intervenciones destinadas a comprender y reparar los efectos que genera en la vida de las personas, requiere de un abordaje que contemple dichos factores y diversos niveles de análisis. De acuerdo a una perspectiva Ecológica, estos niveles se despliegan desde el individuo hasta su entorno social, o en otros términos, desde los factores intrapsíquicos, conductuales, relacionales, etc., hasta el conjunto de valores, creencias y rasgos culturales que componen la sociedad.

Considerando lo descrito como una perspectiva global y conceptual desde la cual emerge la necesidad de crear el Proceso de Calificación, es pertinente señalar además tres necesidades más directas, inmediatas y prácticas a la base de su origen. En primer lugar, el aumento sostenido de la demanda por atención especializada que ha recibido este Centro desde su creación, situación que es paralela a un contexto social y político en que la presencia del delito sexual se ha hecho cada vez más visible e ineludible. Ligado estrechamente a lo señalado, la segunda necesidad apunta a la importancia de racionalizar los recursos estructurales y humanos disponibles para acoger la demanda de atención ya mencionada. Por último, el tercer elemento, se refiere a la necesidad, largamente anhelada por el equipo de profesionales del CAVAS Metropolitano de lograr materializar el cuerpo de conocimientos adquirido a través de la experiencia práctica acumulada con el contacto directo con víctimas de agresiones sexuales y sus familias, y el estudio del tema. En este sentido, el Proceso de Calificación corresponde a dicha materialización, en un proceso que busca acoger a las personas que demandan nuestro servicio, mientras a la vez se determina si es posible satisfacer sus necesidades y requerimientos de asistencia desde la oferta de servicios y recursos especializados disponibles en esta Institución. Todo lo anterior, a partir de la definición de criterios técnicos propios de una perspectiva interdisciplinaria que incluye básicamente consideraciones sociales, legales y psicológicas.

2. LA ETAPA DE CALIFICACIÓN

El proceso de Calificación es entendido como una fase de intervención **pre-diagnóstica** orientada a la contención de los demandantes e identificación de variables sociales, psicológica y legales cuyo norte pretende valorar la incidencia de dichos factores en la génesis del motivo de consulta y evaluar la pertinencia y ajuste de la

demanda a los objetivos del Centro, configurándose simultáneamente en una instancia de apoyo y guía para quienes acuden en busca de orientación. Esta etapa contempla una duración de 4 semanas.

Como resultante del análisis de las variables implicadas se espera una propuesta de intervención evaluando si procede o no la indicación de tratamiento psicoterapéutico, social y/o legal en nuestro Centro, o se requiere de un trabajo orientado a la derivación a otras instancias de la red de salud mental o comunitaria que acojan de manera más pertinente las necesidades de atención detectadas y/o solicitadas.

En síntesis el proceso de Calificación tiene por objetivo evaluar la demanda, la motivación y la factibilidad de una intervención en este Centro.

Para el cumplimiento de dichos objetivos se dispone de una metodología de trabajo con un enfoque interdisciplinario, implementando un diseño de entrevista semiestructurado elaborado por el equipo en su conjunto según los requerimientos de cada instancia que conforma la Calificación. De este modo, se han confeccionado cinco pautas de entrevista acorde a los objetivos específicos propuestos, correspondiendo el modelo a la siguiente secuencia de entrevistas:

1. Entrevista de ingreso en dupla psicosocial
2. Entrevista social
3. Entrevista psicológica
4. Entrevista legal (optativo)
5. Devolución

Cabe señalar que la aplicación de este diseño como herramienta de evaluación preliminar pretende ajustarse a los requerimientos contingentes de los consultantes, flexibilizando su secuencia y temáticas a tratar en virtud de las necesidades constatadas en cada etapa del proceso.

Finalmente, cabe destacar que previo a la Calificación, en el primer contacto de los consultantes con el Centro, se ha elaborado una pauta de registro cuya estructura contempla la obtención de antecedentes específicos que permitan dilucidar si el/la demandante se constituye en beneficiario del Centro debido a variables geográficas (pertenencia a comuna adscrita al Programa) y fuentes de derivación (Red SENAME). De cumplir dichos requisitos se le asigna posteriormente una fecha de entrevista dando comienzo al proceso de Calificación. Para quienes no cumplen con los requisitos antes expuestos, se ha diseñado un modelo de intervención focalizado tendiente a activar las redes de apoyo comunitaria y en salud mental, gestionándose en la entrevista implementada para ello las derivaciones pertinentes. Este modelo de atención mínima ha sido una instancia necesaria dada la creciente demanda y la cobertura especializada aún insuficiente en la red de salud mental para este tipo de motivo de consulta.

A continuación se detalla los objetivos generales y específicos, la metodología y líneas temáticas abordadas en cada una de las entrevistas que conforman el proceso de Calificación.

2.1. Entrevista Psicosocial

Esta entrevista tiene un carácter interdisciplinario siendo realizada por una psicóloga/o y una asistente social. Esta es una etapa fundamental, ya que constituye el primer acercamiento de las personas al Centro, generalmente luego de haber pasado por muchas otras instancias algunas de carácter victimizante (gestiones judiciales y policiales). Por esa razón es importante que desde el primer contacto que la persona establezca con el Centro, reciba y perciba un trato orientado a evitar la victimización secundaria, acogiendo y considerando cada situación con sus características únicas e irrepetibles. En esta etapa la víctima participa, en función de sus posibilidades evolutivas y de su estado emocional, en la entrega de los antecedentes generales relacionados con su experiencia abusiva, resguardándose en todo momento el respeto frente a su disposición a relatar la experiencia o a negarse a hacerlo. Asimismo, en esta etapa quien sufrió la agresión, especialmente el adolescente, participa en la aceptación de las condiciones de atención ofrecidas por el Centro, siendo la voluntariedad un elemento central para el establecimiento de la relación terapéutica posterior.

Objetivo General: Ofrecer a los consultantes acogida y contención, al mismo tiempo que se busca realizar una valoración preliminar del caso.

Objetivos Específicos:

- Dilucidar el motivo de consulta a través de un clima de confianza, en el cual se controlan las variables que inciden en la victimización en los contextos de entrevista.
- Recabar antecedentes relevantes, así como detectar las necesidades particulares de cada caso, para su posterior derivación interna o externa.
- Brindar contención emocional empática e inmediata a través de la utilización de técnicas de intervención en crisis y de la entrega de información pertinente que reduzca la incertidumbre asociada a la problemática.
- Evaluar en forma preliminar las variables de riesgo psicosocial así como de las redes de apoyo disponibles.
- Evaluar la motivación y factibilidad de una intervención en el Centro.

En cuanto a la metodología utilizada, ésta corresponde a una entrevista semiestructurada en torno a líneas temáticas que incluyen las características de la situación abusiva y factores contextuales en torno a la misma, presencia de síntomas y efectos derivados de la transgresión sexual en sus distintos niveles (síntomatología reactiva, impacto en el desarrollo, etc.), contexto de la develación y reacción del entorno hacia la víctima. Se debe destacar que en esta entrevista se obtiene antecedentes preliminares que posteriormente serán indagados con mayor profundidad en las siguientes instancias destinadas a ello.

La información recolectada de esta entrevista es vertida en una ficha tipo, previamente diseñada, en la cual se incluyen datos básicos tales como:

- identificación del usuario; -fuente de derivación al CAVAS, -Existencia de denuncia o querrela; -Juzgado que lleva la causa, especificando si se trata de un Juzgado del Crimen, de Menores o Civil; -si se cuenta o no con abogado patrocinante; -Diligencias ordenadas por el Tribunal; -Tipificación del delito; -Lugar donde ocurrió; -Frecuencia de las agresiones; Antecedentes del inculpado; -Cantidad de inculpados; -Relación de la víctima con el inculpado; -Síntesis de los hechos; -Especificación si el paciente queda citado para atención, orientación y/o evaluación.

2.2. Entrevista Social

Esta fase del proceso de Calificación esta a cargo de la asistente social asignada al caso, realizando una entrevista con la víctima ó con las figuras cuidadoras del niño/a o adolescente. Ésta pretende abordar con mayor profundidad los antecedentes preliminares recabados en la entrevista psicosocial, apuntando la indagación hacia la valoración de los factores contextuales.

Objetivo General: Realizar un diagnóstico social del caso y determinar las intervenciones urgentes a ser realizadas en este nivel.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la existencia de recursos sociales, su disponibilidad y nivel de accesibilidad para la familia.
- Recabar antecedentes socioeconómicos y familiares.
- Evaluar el impacto social producto de la agresión y su develación a nivel familiar e individual en los padres o cuidadores.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores a nivel familiar y social.
- Realizar las intervenciones preliminares necesarias orientadas a la normalización de la situación de vida (reinserción escolar, laboral, etc.).
- Entregar orientación y educación respondiendo a todas las dudas que los consultantes pudiesen tener respecto del proceso, así como de la evolución de éste.

Para el cumplimiento de estos objetivos se realiza una entrevista semiestructurada la cual es guiada por una pauta desarrollada por el equipo social.

La entrevista social es de responsabilidad de la Asistente Social asignada al caso y que participó previamente en la entrevista psicosocial de ingreso.

2.3. Entrevista Psicológica

Ésta es realizada por la/el psicóloga/o asignada/o al caso, a la víctima directa, quien podrá programar más de una entrevista en caso de considerarlo necesario.

Objetivo General: Evaluar en forma preliminar el estado psicológico de la víctima, la presencia de sintomatología, así como su probable etiología, con el fin de determinar las necesidades específicas de intervención que ésta requiere.

Objetivos Específicos:

- Contención emocional de la víctima, así como intervención en crisis de ser necesario, con el objeto de disminuir los niveles de angustia y favorecer su estabilización emocional.
- Evaluación preliminar del nivel de daño asociado directamente al abuso, así como valoración del estado emocional general de la víctima.
- Evaluación de la capacidad vincular de la víctima, de sus habilidades relacionales, así como de sus destrezas verbales, motoras y gráficas.
- Evaluación de la capacidad y disposición de la víctima para referirse verbalmente a la situación abusiva.

La entrevista psicológica es de responsabilidad de la psicóloga/o asignada/o al caso y que participó previamente en la entrevista psicosocial de ingreso.

La evaluación se realizará mediante la utilización de las herramientas clínicas y psicodiagnósticas que el profesional considere pertinentes, privilegiándose las técnicas verbales, gráficas y proyectivas. Las áreas que se evalúan durante esta entrevista son las siguientes:

- a. Nivel de desarrollo
- b. Psicopatología previa
- c. Sintomatología actual
- d. Temática abusiva
- e. Demanda de ayuda
- f. Identificación de las figuras significativas de apoyo

La evaluación de estas distintas áreas se encuentra atravesada por preguntas centrales que el profesional busca responder y que se relacionan, por un lado, con la existencia o no de condiciones y recursos para el trabajo psicológico (psicoterapéutico o psicoeducativo), por otro lado, con la determinación del lugar de centralidad o periferia que ocupa la temática del abuso en la situación de vida actual de la víctima y, por último, con la determinación de la o las personas con las que se podría contar para trabajar dentro de la red de vínculos significativos y disponibles de la víctima.

2.4. Entrevista Legal.

Esta entrevista es realizada por el Abogado del Centro, en una reunión previamente fijada por el psicólogo(a) asignado al caso o por la Asistente Social. Dependiendo de la edad de la víctima, asiste ella misma y/o sus padres o figuras significativas.

Objetivo General: Conocer la situación judicial del caso para orientar y entregar una visión clara y comprensible del proceso judicial, las distintas diligencias y sus posibles efectos.

Objetivos Específicos:

- Evaluar las posibilidades reales de resolución del caso, en términos de su complejidad y pruebas existentes.
- Derivar a la red de asistencia legal gratuita los casos que se considere necesario y hacer su seguimiento.
- Coordinar con el psicólogo(a) a cargo la información que se entregará al consultante, relativa a las decisiones judiciales importantes.
- Informar acerca de los derechos que le asisten y entregarles herramientas para enfrentar su paso por el sistema judicial para así evitar la victimización secundaria.

En las reuniones clínicas existe el espacio permanente de diálogo entre los profesionales del equipo, para coordinar la información y las decisiones relativas a los casos. Además, cuando se considere necesario se realizarán todas las entrevistas legales que la situación requiera.

Es importante recordar que el Centro no patrocina las causas judiciales de los consultantes, limitándose la intervención legal a la orientación y derivación pertinente.

2.5. Toma de Decisiones.

Una vez completado el proceso de entrevistas, los profesionales involucrados en la Calificación se reúnen para poner en común la información recabada y tomar las decisiones pertinentes al caso, decisiones que son previamente discutidas en el equipo clínico y que pueden ser:

- a. Ingreso del caso al programa para:
 - evaluación
 - tratamiento
 - evaluación y tratamiento
- b. Derivación externa (psiquiatra, psicólogo, neurólogo, etc.).

2.6. Entrevista de Devolución.

Es la última instancia del proceso de Calificación y se considera una entrevista de cierre a partir de la cual se definirá en conjunto con los consultantes el camino a seguir.

Objetivo General: Acordar con la víctima y sus figuras cuidadoras el tipo de asistencia que recibirán en el Centro o en algún organismo externo.

Objetivos Específicos:

- Devolver a la víctima y sus cuidadores el resultado del proceso de Calificación, en términos de la valoración que ha realizado del caso el equipo interdisciplinario.
- Incorporar a este diagnóstico preliminar las observaciones y/o apreciaciones de la víctima, así como de sus figuras cuidadoras.
- Proponer a los consultantes las derivaciones internas y/o externas que se consideren más apropiadas para la asistencia del caso, adaptando esta propuesta a la disposición y motivación presentada por el niño/a y sus cuidadores.

Esta entrevista estará a cargo de al menos uno de los dos profesionales que participaron en la Entrevista Psicosocial y se realizará en conjunto con los demandantes.

3. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CALIFICACIÓN

Después de implementar el proceso de Calificación durante 7 meses, ha sido posible rescatar múltiples beneficios en relación a la óptica interdisciplinaria que adquiere la problemática desde una primera aproximación hasta la claridad y la confianza con la que cuentan los profesionales en la etapa posterior de toma de decisiones.

Uno de los beneficios que aparece en forma inmediata al comienzo del proceso implementado tiene relación con la mirada interdisciplinaria desde la primera aproximación con el caso, momento en el cual la mirada psicosocial implica la utilización de focos diferentes en términos de disciplinas complementarias adquiriendo de esta forma, una mirada holística que facilita la comprensión de diferentes aspectos interrelacionados dentro de una misma problemática. De esta forma se facilita la identificación del área que se vio afectada por dicha problemática en forma individual en cada caso y la manera en que ésta se ancla en la vida del beneficiario. Esto facilita el acuerdo posterior entre los profesionales en lo que respecta a la toma de decisiones, asumiendo de esta forma las responsabilidades en conjunto y evitando que el caso sea asumido en forma personal, situación que hasta el momento había generado una importante cuota de estrés y de inseguridad debido a la temática en cuestión y a lo que genera en quienes trabajan con ella.

Asimismo, al ser capaz de observar la problemática en particular de cada beneficiario desde distintos focos, se facilita la delimitación real de las posibilidades de oferta en relación a la demanda, poniendo al servicio lo técnico con el fin de despejar conflictivas a la base que no son posibles de ser abordadas en nuestro Centro y que debieran por lo tanto ser derivadas a otras instancias de atención ya sea en forma previa a la atención de nuestro Centro, paralelamente o posterior a una atención focalizada en la temática de la agresión sexual. De esta manera se logra que los profesionales se acoplen a las necesidades del Diagnóstico, evaluando la pertinencia del caso y la real dimensión del conflicto suscitado por la temática abusiva.

Una ganancia que se fue dando en forma paralela tiene relación con la posibilidad de haber logrado aunar criterios dentro del equipo, estandarizando el proceso de ingreso al Centro en torno a un ordenamiento consensual que define las temáticas relevantes en contraste con aquellas que no se ajustan a las posibilidades de atención. Se hace posible, por lo tanto, a través de este proceso generar una discusión y una reflexión en conjunto acerca de los objetivos del Centro, de los tiempos de intervención adecuados, de las diferentes formas posibles de otorgar intervenciones y de los lineamientos a tomar en cuenta en el momento en que se evalúe el caso y se decida la forma más adecuada de intervención en relación a cada caso en particular. Esta apertura del equipo, en torno a distintas posibilidades de abordar la problemática apoya además, un proceso de clarificación y de empoderamiento del beneficiario en lo que respecta a fijar metas dentro de la intervención, ya sea a corto, mediano o largo plazo, definiendo y delimitando los avances a futuro y permitiendo una agilización de recursos tanto del paciente como de los profesionales que abordan el caso. Esta situación permite una sensación de mayor control sobre la intervención, manejando los niveles de ansiedad de los beneficiarios y calmando en gran medida la angustia generada por la incertidumbre que genera toda la problemática que se encuentran viviendo.

Por último, se hace posible disminuir los tiempos de espera de los consultantes, además de brindar una atención interdisciplinaria que implica una respuesta satisfactoria para ellos configurándose como una intervención en sí misma. Esto permite brindar una atención oportuna y eficiente a los beneficiarios otorgando una acogida en momentos en que muchas veces la develación de la situación abusiva ha conllevado a una desestructuración familiar y social, paralelamente a que los miembros del grupo familiar se han visto expuestos a su vez a una serie de victimizaciones institucionales, agudizando su sensación de desamparo y de frustración, sobretodo en aquellos casos en que además se está llevando a cabo el proceso legal. El hecho de que los beneficiarios observen por parte del equipo un despliegue de recursos en relación a su demanda, genera en ellos un impacto en lo que respecta al apoyo y la acogida que necesitan, reaccionando a su vez de manera más comprometida y sentando las bases para la generación de un vínculo de pertenencia con el Centro. Esta situación permite que en una primera instancia se haga posible evaluar la real motivación, encuadrando las condiciones para el trabajo y lográndose en poco tiempo, identificar en forma más o menos confiable, las posibilidades de deserción de cada caso.

En síntesis, la implementación sistemática del proceso de Calificación en el modelo de intervención del CAVAS Metropolitano, ha permitido el mejoramiento de la calidad y efectividad de la atención, así como una mejor utilización de los recursos profesionales. De este modo, la opción por concentrar los recursos técnicos y humanos del equipo en la primera etapa de contacto con los consultantes, se ha traducido en una mejora en la percepción de ayuda y acogida por parte de éstos, al mismo tiempo que ha favorecido una disminución del estrés individual en los profesionales al favorecer y fortalecer el trabajo en equipo.

En la práctica se espera que la implementación de la Etapa de Calificación se traduzca en una disminución de las cifras de deserción y en una reducción de los tiempos de intervención.

4. ETAPA DIAGNÓSTICA

Una vez que se ha establecido en el Proceso de Calificación la pertinencia del tratamiento dentro del Centro y se ha establecido la motivación y el compromiso del consultante a asistir a éste, se inicia el proceso de evaluación en distintos niveles: individual, social, familiar y legal. El **objetivo** de esta etapa es realizar un diagnóstico acabado de la situación abusiva que habría afectado a la víctima, de las variables asociadas a su ocurrencia, así como de los recursos y necesidades específicas del caso.

Para la consecución cabal de los objetivos de esta etapa se considera un tiempo mínimo de duración de 2 meses.

La etapa del Diagnóstico del caso corresponde a un proceso dinámico en el cual se pretende lograr un conocimiento más o menos integral de la situación que afecta al consultante, logrando de esta forma una mirada más amplia de las variables involucradas en la problemática. Además, si bien constituye una etapa es un proceso que se mantiene durante toda la intervención, en la medida en que aparezcan cambios o elementos relevantes que requieren nuevos procesos de investigación para la toma de decisiones a lo largo del tratamiento.

El **Diagnóstico** se realiza en base a diferentes niveles:

4.1. Diagnóstico Individual.

Este nivel es realizado por la/el psicóloga/a que lleva el caso quien busca identificar las características de la situación de abuso tales como otros tipos de maltrato previos o paralelos a la situación de abuso, cronicidad, tipología, los factores asociados al maltrato por el cual el beneficiario ingresa al Centro (tanto en los padres o adulto significativo como en los afectados) y las consecuencias emocionales, físicas y conductuales presentes en quien vivió la situación de agresión sexual.

El objetivo general de esta instancia es la detección de síntomas reactivos a la agresión sexual, con el propósito de realizar el diagnóstico pertinente y de ese modo establecer los objetivos de la terapia. Otro objetivo es el de identificar percepción de daño y la forma en que la víctima directa y sus figuras significativas se autorrefieren la experiencia abusiva, con el fin de orientar el trabajo terapéutico hacia la integración de la vivencia abusiva al continuo vital de los involucrados. Otro objetivo que se deriva de la realización de un diagnóstico es la detección de necesidad de terapia medicamentosa que pueda requerir el caso. La información se registra en fichas clínicas.

Para identificar los recursos con los que se cuenta durante el proceso, además se hace necesario evaluar en forma clínica el nivel intelectual del beneficiario, donde se logra identificar los recursos emocionales, las pautas relacionales con las que cuenta, el nivel de conciencia que tiene del abuso, los mecanismos de defensa utilizados, la sintomatología y las posibles dinámicas adoptadas en el tiempo tanto a nivel individual como extendida a su grupo familiar, que estarían dificultando una resolución de conflictos adecuada o una elaboración funcional de la experiencia traumática vivida.

En esta etapa, la participación de la víctima es fundamental ya que del establecimiento de un vínculo de confianza con el psicólogo o psiquiatra, y por lo tanto, de la disposición de la víctima a ocupar el espacio relacional propuesto vertiendo sus

contenidos personales, depende la realización de un diagnóstico integral que incluya no sólo el nivel sintomatológico y estructural, sino también la dimensión del significado personal otorgado por ella a la experiencia vivida.

Cabe destacar que si bien el objetivo es lograr un diagnóstico acabado a nivel psicológico, también en esta etapa se considera la entrega de apoyo psicológico a través de intervenciones en crisis hacia la víctima y su familia y de orientaciones de tipo psicoeducativas a los padres y/o cuidadores.

4.2. Diagnóstico Familiar.

En este nivel la asistente social del caso realiza una evaluación social del grupo familiar en donde rescata elementos tales como: situación económica, situación de la vivienda, composición familiar y redes formales e informales de apoyo. Es necesario además, junto a la psicóloga realizar una evaluación del grupo familiar en términos de cohesión familiar, tipología y nivel de disfuncionalidad del sistema, estilo de crianza, capacidad de adaptación al cambio, recursos protectores, dinámicas, capacidad de resolución de conflictos, etc.

Paralelamente, tanto la psicóloga como la asistente social que tienen a su cargo el caso, intentan recopilar antecedentes de la historia del beneficiario en relación a su grupo familiar atendiendo a antecedentes que apunten al contexto de la situación abusiva y que puedan dar cuenta de indicadores de negligencia, lesiones o sintomatología asociada a situaciones de maltrato paralelas. En ocasiones se incluyen en la investigación diagnóstica a otras personas cercanas emocionalmente al paciente en caso de que los padres o quienes estaban encargados de su cuidado no resulten protectores o no cuenten con la motivación o con las herramientas mínimas necesarias para el cuidado o el apoyo del paciente.

Un aspecto que resulta relevante en el diagnóstico familiar tiene relación con la existencia de abuso o maltrato paralelo o a otros miembros de la familia, especialmente en hermanos u otros niños pertenecientes a la familia, lo que nos dará elementos acerca del riesgo y de la forma en que se ancla la problemática en dicho sistema.

4.3. Diagnóstico Social.

El objetivo general de esta instancia es la identificación de variables de riesgo psicosocial en la familia y de situaciones de riesgo del entorno social inmediato de la víctima que puedan configurarse como gatilladoras y/o mantenedoras de las agresiones sexuales.

La fuente de información en esta instancia es la víctima directa si es adulto o adolescente, o bien los padres y/o adultos responsables del niño. La información se recolecta a través de entrevistas en profundidad y de visitas domiciliarias.

Para ello se utiliza la evaluación social, que brinda un diagnóstico general y específico de cada situación. Ambos diagnósticos permiten medir y analizar constantemente áreas y/o variables del contexto psicosocial y ambiental, con el fin de complementar el trabajo interdisciplinario y así aproximarse a las variables de riesgo social (manten-

ción del contacto con el agresor; figura significativa niega la existencia de la agresión; no hay motivación para continuar intervención psicosocial; paciente no provisto de herramientas para protegerse y tener acceso a redes protectoras).

El diagnóstico general nos permite caracterizar a la persona o sujeto de atención, su familia (si existe), fortalezas y debilidades, en este momento. El diagnóstico específico permite analizar la dinámica y estructura familiar, la historia vital e historia de la situación abusiva, identificar los factores protectores y los de riesgo, la percepción por parte de la figura significativa del daño provocado, el conocer la reacción del ambiente y la resolución del conflicto.

Como objetivo específico importante, del diagnóstico social es identificar el nivel de información que los usuarios manejan, en cuanto a cualquier beneficio a que puedan acceder por sus condiciones particulares, de ese modo se entrega la información pertinente con el fin de educar a los usuarios, e indicarles donde pueden acudir para satisfacer sus necesidades.

Otro objetivo específico es conectar a los usuarios con la red educacional y de salud, con el fin de mantener en control variables de este ámbito que puedan interferir en el proceso terapéutico.

4.4. Diagnóstico Legal.

El objetivo general de esta instancia es instruir a los usuarios, de acuerdo a sus necesidades, acerca del proceso penal en lo referido a la ley del procedimiento y a la ley de fondo; también informar acerca de la posibilidad de iniciar acciones civiles de indemnización de perjuicios; e informarles de las implicancias de los juicios en los Juzgados de Menores por visitas, protección, tuición o pensiones alimenticias. Con este cúmulo de información, las personas debieran quedar preparadas para enfrentar el proceso y comprender lo que sus abogados deberían hacer.

Asimismo, de ser necesario se realiza una derivación a la Unidad Jurídica de SENAME a aquellos menores de edad. Toda la información de cada caso queda registrada por el profesional encargado en la ficha legal.

Debido a las características etareas de los beneficiarios directos del programa, esta etapa y la orientación legal en general en la mayoría de los casos tiene como protagonistas a los padres o adultos responsables en caso de que el beneficiario sea menor de edad. Sin embargo, en el caso de los adolescentes y adultos, algunos de ellos manifiestan inquietudes que requieren su participación en la orientación legal, respetándose su derecho a ser informados y conocer los aspectos relacionados con el proceso judicial iniciado.

4.5. Diagnóstico Psicosocial y elaboración del Plan de Tratamiento.

De este modo, la etapa Diagnóstica constituye un proceso eminentemente interdisciplinario en el que participan distintos profesionales del equipo. Todas las intervenciones diagnósticas de los profesionales involucrados, así como la recolección de información se realiza a partir de un marco único que el equipo ha sintetizado en un

Instrumento de Registro Diagnóstico (Anexo N° 1). La elaboración de un instrumento de registro que reflejara en forma congruente los elementos teóricos respecto del daño asociado a la agresión sexual, y su incorporación como herramienta en el proceso diagnóstico, ha permitido la unificación de los elementos a diagnosticar registrándose en forma sistematizada los mismos niveles de información para cada caso, contribuyéndose así a la objetivación del proceso diagnóstico. Por otra parte, la posibilidad de contar con información unificada y sistematizada ha permitido el desarrollo de investigaciones cuantitativas respecto de los elementos diagnósticos en la población consultante, lo que significa avanzar en la descripción y conocimiento del fenómeno a nivel nacional (Aliste, Carrasco & Navarro, 2003).

Una vez recabada toda la información del caso por los distintos profesionales, se realiza una puesta en común con el resto del equipo acerca de las conclusiones diagnósticas en las áreas legal, social psicológica y psiquiátrica.

Con esa información se elabora un diagnóstico psicosocial y, en los casos que continuarán tratamiento en el Centro, se diseña un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) (Anexo N° 2), que contendrá los objetivos terapéuticos a lograr en cada caso, así como las estrategias de intervención a utilizar. Esto permitirá proyectar los cambios posibles de esperar y los tiempos requeridos para ello.

Es importante mencionar que, si bien el tiempo empleado para la elaboración de los diagnósticos podría determinarse en función del número de días que tardan las profesionales en realizarlos, la experiencia ha mostrado que en la práctica, el tiempo que lleva realizar un diagnóstico completo en el cual sea posible reflejar la realidad integral del consultante, su familia y el contexto que los rodea y que sirva para la elaboración de un PTI, no está en función del número de días, sino más bien del número de actividades (sesiones de entrevistas principalmente) en que se puede contar con las fuentes de información pertinentes para recabar los antecedentes que sean relevantes y significativos respecto al caso en cuestión y respecto a la permeabilidad/impermeabilidad tanto del niño como del ambiente familiar, los cuales van a facilitar u obstaculizar la recolección de datos y las acciones que irán unidas al proceso.

Cabe destacar que en esta etapa, así como en todo el proceso de intervención, el niño(a) o adulto juega un rol protagónico participando en la definición de los objetivos que serán abordados durante la intervención, proceso que es intencionado por cada profesional en consideración a las características de la etapa evolutiva de cada víctima.

Este proceso además, requiere de un exhaustivo análisis a través del cual se logre abordar de la mejor manera la problemática del consultante, es por esto que se debe considerar como una herramienta que guíe la intervención, siempre en forma flexible, aunque predefinida, y como un objeto de evaluación permanente para ir ajustándose lo que sea en pro del bienestar del niño o adulto beneficiario de nuestro Centro.

La importancia del PTI por lo tanto, consiste en la capacidad de lograr definir estrategias de intervención coherentes con el diagnóstico y el pronóstico del caso, ambos esenciales para la forma en que se llevará a cabo la intervención, asimismo como para la profundidad de la misma.

5. ETAPA DE INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO

El objetivo de esta etapa es operacionalizar y materializar las acciones propuestas en el Plan de Tratamiento Individualizado, PTI, donde se contemplan las áreas social, psicoterapéutica, legal y psiquiátrica a través de la implementación de las estrategias propuestas, así como de su ajuste y modificación a partir de la evaluación en proceso de dicha implementación.

Estas áreas deben ser organizadas de manera tal que puedan desarrollarse en forma paralela y que a su vez puedan ponerse en marcha en cualquier momento del proceso dependiendo de las características de cada caso.

5.1. Apoyo Psicológico/ Psiquiátrico.

En lo que respecta al apoyo psicológico, éste se da en forma paralela durante todo el proceso que vive el beneficiario desde el momento en que es ingresado al Centro. Este apoyo sin embargo, puede adoptar distintos tiempos y formas dependiendo de las características de cada caso.

Este apoyo se realizará a través de la incorporación de la víctima en un proceso psicoterapéutico que podrá ser individual y/o grupal, pudiendo ser complementado por una intervención de tipo familiar orientada a fortalecer las competencias parentales.

En términos generales los objetivos de toda intervención psicoterapéutica se orientan a lo siguiente:

- Disminuir los niveles de angustia y los sentimientos de desestructuración e incertidumbre generados por la crisis que experimenta la familia, fortaleciendo los recursos de ésta y aliviando el trauma secundario y el estrés ambiental que es vivido luego de la apertura.
- Potenciar los vínculos afectivos y las capacidades protectoras de las figuras parentales, reforzando los recursos y los aspectos positivos de la relación con el beneficiario.
- Generar cambios en las pautas relacionales que han sustentado la vulneración de los derechos del consultante.
- Resignificación de la experiencia vivida y de la autopercepción del consultante introduciendo la experiencia abusiva como un elemento más entre otros y no como el elemento principal desde donde hace lectura de las características personales.
- Reparación de la experiencia vivida en diferentes niveles de acuerdo a los recursos, capacidades, nivel de daño, etc. correspondiente a cada caso.
- Paralelamente a estos pasos, se espera la superación de la sintomatología como consecuencia del logro total o parcial de los objetivos y del proceso en el cual se ve inmerso el consultante.

Dentro del **Apoyo Psicológico Individual** el tipo de tratamiento a desarrollar va a depender de diferentes factores tanto del caso en cuestión como del consultante,

tales como la edad, sus necesidades y recursos, la severidad del daño asociado a las características del abuso, la disponibilidad de fuentes de apoyo, etc., sin embargo existen algunos pasos dentro de todo el proceso que resultan ser más o menos transversales a toda intervención terapéutica realizada en nuestro Centro, tanto en el trabajo con niños/as como con adultos y adolescentes. A continuación se mencionan algunos de estos pasos en donde es necesario trabajar desde el significado que la víctima da a sus vivencias para luego contribuir a la resignificación de éstas:

- La fase de crisis, donde se enfrentan las consecuencias de la apertura, el trauma secundario y el estrés ambiental.
- Compromiso con el proceso de reparación por parte del consultante, momento en el cual nacen objetivos propios para la intervención.
- El recuerdo de la experiencia traumática vivida y los sentimientos asociados a ella (a través de sensaciones corporales, reacciones físicas, sentimientos ambivalentes o contradictorios, etc.)
- Desarrollo de la confianza en sí mismo, en lo que respecta a las propias percepciones y en la sensación de daño experimentada asumiendo que lo que el consultante recuerda es lo que en realidad sucedió.
- Reconocimiento del daño propio, de los síntomas y los recursos desarrollados para enfrentar y sobrevivir a la situación de trauma.
- Romper el silencio, contarle a otros lo que sucedió, en forma cautelosa y minuciosa. Mientras no se hable, se mantiene una relación con el agresor que no permite que se desligue del mismo. Esto se puede realizar en grupos psicoterapéuticos o en sesiones con miembros de la familia que mantengan una actitud de apoyo con el consultante en lo que se refiere a la experiencia vivida.
- Comprender que no se tuvo la culpa, situando la culpa en los agresores.
- Comunicarse consigo mismo conectándose con la vulnerabilidad.
- Desarrollo de la confianza tanto en sí mismo, para ser capaz de discriminar las personas confiables de aquellas que no lo son, desarrollando así también la confianza en los demás.
- Sentir y desahogar la aflicción (llorar las pérdidas, desahogar el dolor, respetarlo y honrarlo).
- Conexión con la rabia; contactarse y dirigirla hacia el agresor y hacia quienes no protegieron.
- Evaluar los mecanismos utilizados para sobrellevar la temática abusiva y decidir acerca de los que se quiere cambiar diferenciando los que son útiles y atingentes para la actualidad de aquellos que están obstaculizando procesos de crecimiento y de sanación.
- Perdonarse a sí mismo al liberarse de sentimientos de culpa.
- Reconstitución del sí mismo, de la autoestima, de recursos y capacidades.

- Desarrollo de estrategias de autocuidado apoyándose en las figuras significativas desarrollando a su vez la capacidad para pedir ayuda.
- Transversalmente a estos pasos resulta de suma importancia el desarrollo de estilos de vinculación sanos con la figura del terapeuta alternativo a posibles pautas previas de violencia y/o abandono o negligencia.

A pesar de lo anterior, el apoyo Psicológico Individual considera como eje central la participación de la víctima y el respeto por parte del terapeuta tanto de sus tiempos, sus necesidades y sus percepciones, privilegiándose en todo momento el trabajo de los contenidos que el propio consultante entregue. En este sentido, uno de los elementos más sensibles dice relación con la consideración y respeto del tema relacionado con la apertura de ciertos contenidos hacia el entorno familiar y social. Lo anterior resulta relevante en consideración a la problemática del secreto y a la relación de confidencialidad propia del vínculo terapéutico. Este aspecto, así como otros relacionados con la toma de decisiones respecto de su situación, constituyen un elemento del trabajo terapéutico de modo que ninguna decisión sea tomada en forma arbitraria por los adultos responsables o los profesionales del equipo. Cuando la toma de decisiones incluye situaciones que el niño no está en condiciones de evaluar debido a sus características evolutivas o al involucramiento afectivo que le supone, de modo que la decisión se contrapone con sus deseos, la intervención incorporará este elemento en el trabajo con la víctima mediante la negociación de significados y el diálogo, la validación de sus percepciones, la evaluación de posibilidades y el análisis de consecuencias, respetando siempre la responsabilidad de los adultos significativos sobre la vida del niño y, en última instancia de los agentes sociales llamados a intervenir en la protección del niño.

Asimismo, el consultante participa en la apropiación del espacio terapéutico a través de la utilización de éste en la canalización de contenidos personales en los cuales se centrará la terapia. Por otro lado, especialmente en el caso de los niños y niñas la participación de éstos resulta protagónica en la elección de las estrategias terapéuticas que se utilizarán en cada sesión (lúdicas, narrativas, gráficas, proyectivas), las que serán negociadas con el terapeuta.

Finaliza este proceso con una evaluación de los logros alcanzados y de la atingencia de las estrategias y actividades planificadas. Esta evaluación se realiza en forma permanente durante el proceso tanto con la víctima como con la(s) figura(s) adulta(s) responsable(s), en consideración a los objetivos acordados en conjunto y dependiendo de los logros que se han ido obteniendo a través de las diferentes intervenciones.

El encargado de la fase de intervención es la/el psicóloga/o asignada/o al caso, quien tendrá también la tarea de coordinar las intervenciones interdisciplinarias que sean necesarias (psiquiátricas, sociales, psicológicas complementarias).

Los tiempos de duración de esta etapa están en función de los ritmos necesarios para cada paciente, respetándose como prioridad las necesidades y tiempos del(la) niño(a). Es por esa razón que los tiempos estipulados para el cumplimiento de cada etapa están sujetos a variaciones, considerándose una intervención psicoterapéutica de no menos de seis meses con un promedio de **12 meses de duración**.

Asimismo, es importante destacar desde la experiencia previa, la existencia de casos que por su nivel de complejidad, especialmente aquellos en que los abusos han ocurrido en la esfera intrafamiliar, requieren una intervención más prolongada para el cumplimiento de los objetivos mínimos. Estos casos son analizados en el equipo clínico el que decide en conjunto la prolongación de la fase de tratamiento.

Otra alternativa de psicoterapia que se ha implementado en nuestro Centro desde el año 2002 tanto hacia niños/as y adolescentes es la que se refiere a la **psicoterapia grupal**, en la cual tanto las fases como los objetivos son los mismos que en la terapia individual, pero en donde además se abordan otras áreas en forma paralela que ayudan al ámbito socioemocional del niño/a y adolescente. Esta modalidad se ha realizado idealmente en un nivel posterior a la intervención individual o en forma paralela separando la frecuencia de las sesiones individuales durante el tiempo en que dura el grupo, sin embargo, debido a las altas ganancias observadas en los niños/as y a la alta demanda de atención también ha sido posible desarrollar psicoterapias grupales como forma única de intervención o como paso posterior a la intervención individual según sea las características de cada caso. Estos grupos se realizan con un número de entre 8 a 12 niños/as, que se encuentren en la misma etapa del desarrollo y que presenten ciertas características comunes en lo que respecta a la situación abusiva vivida (vínculo con el agresor, cronicidad del abuso, etc.). El grupo es de carácter cerrado y dura alrededor de 2 meses y medio con una frecuencia de sesiones semanales. La modalidad de trabajo es vivencial y experiencial y son utilizadas técnicas gráficas, de psicodrama, técnicas narrativas, de escritura terapéutica, etc.

Entre otras, algunas ganancias del trabajo grupal serían:

- Compartir la experiencia vivida en un clima de empatía y de seguridad.
- Credibilidad mutua y confortamiento.
- Ruptura del aislamiento y de la soledad.
- Expresión de emociones y control de las mismas a través de un aprendizaje compartido de formas adecuadas de expresar los sentimientos.
- Clima de confianza que permite el ensayo de una nueva forma de relación, conductas (conductas asertivas) y el feedback sincero sobre esas conductas por parte del grupo.
- Modificación en el autoconcepto y en autopercepciones erróneas generadas por el abuso o el maltrato sistemático.
- Modelaje de relaciones de respeto desarrollando pautas no violentas de interacción y percibiéndose como alguien con derechos propios.
- Autopercepción del propio daño a través de la percepción de daño en otros/as que han sufrido la misma situación.
- Identificación de las conductas de desprotección de las otras figuras significativas para luego analogarlas con la propia historia.
- Asignación adecuada de responsabilidades en la situación de abuso o de maltrato gracias al espacio de contención, credibilidad, empatía y aceptación generado

por el sólo hecho de que los otros niños/as y adolescentes habrían sufrido la misma situación.

- Insertar pruebas de realidad acerca de la propia imagen a través de la percepción de otros que se encuentran fuera del sistema disfuncional familiar.
- Esta posibilidad de compartir experiencias y apoyarse en otros niños en un clima de comprensión mutua, puede ofrecer una potente alternativa para fortalecer el bajo sentido de autonomía que experimentan en relación con los profesionales involucrados.

La experiencia demuestra que en ocasiones en que se utiliza la metodología de intervención grupal, más que optar por algún modelo único, la forma apuntaría más a las características del grupo y del momento del proceso de cada integrante, extrayendo elementos de cada modelo.

Parece de suma importancia destacar que el tipo de intervención a desarrollar, dependerá en gran medida de la edad del niño, de la severidad de la conflictiva sufrida, de su capacidad de verbalización, la severidad de las consecuencias diagnosticadas previamente y la disponibilidad de redes de apoyo y de figura significativa cercana al niño/a y adolescente.

Es debido a esto que, previo a cualquier intervención grupal, es realizado al menos un proceso de prediagnóstico, donde el grupo y sus beneficios se enmarquen al servicio de la problemática individual y de proceso puntual de cada niño/a y adolescente.

Un aspecto importantísimo que es trabajado en forma transversal dentro del grupo, tiene que ver con el hecho de poner límites en la intervención grupal, teniendo en cuenta las reiteradas expresiones directas de agresividad de los niños/as y adolescentes que han sido dañados tan agudamente y las dificultades que presentan para establecer relaciones sanas y sin componentes de subordinación y maltrato. Se debe estimular la expresión verbal de la rabia, desarrollando así la capacidad para el mayor control de impulsos y las bases para el desarrollo de la empatía hacia los otros integrantes del grupo.

5.2. Apoyo Social.

Está dirigido fundamentalmente a la familia y tiene por objetivo permitir su acceso rápido y oportuno a los recursos institucionales y comunitarios presentes en la red de apoyo social, de modo de contribuir a la satisfacción de necesidades presentes en la familia y mejorar su bienestar, principalmente del niño/a o adolescente además de facilitar el proceso de la psicoterapia llevado en forma paralela. En este punto se hace necesario además apoyar el aprendizaje paulatino en el referente significativo de pautas alternativas a la violencia y dar espacio al desarrollo de herramientas protectoras para asegurar un ambiente seguro y estable sobretodo para el niño y para el adolescente. En otras ocasiones se hace necesaria la realización de intervenciones sociales en las cuales se abordan situaciones acontecidas en torno al control social realizado por este profesional, y que a su vez requieren de intervenciones de tipo psicoterapéutico que realiza en forma paralela, el psicólogo/a.

Otro punto de suma importancia se refiere a la práctica de redes y la tarea de activar y movilizar dicha red en función de las necesidades del caso, o de construirla en caso de no existir, logrando que la red entregue recursos sociales y materiales a la familia para el cuidado y protección de la víctima. Se interviene por tanto, en otras instituciones en las que participa el niño, promoviendo la retroalimentación de información, la coordinación de acciones en la red tendientes al logro de objetivos que incluyen la participación de diferentes sectores y procurando cambio en otros contextos de modo que se asegure la protección y un ambiente contenedor y favorable para el desarrollo y mantención de cambios en la calidad de vida del niño, del adolescente y adulto consultante. De este modo, se debe promover cambios contextuales que faciliten y acompañen el proceso psicoterapéutico llevado a cabo por el consultante y su familia.

Lo anterior resulta altamente relevante pues el apoyo que otorgan las redes ha demostrado ser un factor muy importante al evaluar el impacto que las crisis de vida tienen en las personas, las que al contar con redes sociales activas, que cumplen adecuadamente sus funciones de apoyo social en sus distintas dimensiones, logran superar “eventos de vida” que alteran la vida cotidiana.

Este apoyo es responsabilidad de la asistente social a cargo del caso y tiene por finalidad el cumplimiento de los objetivos sociales establecidos en el PTI. Con ello, se facilita también el inicio de gestiones legales, de salud, educación normalización de la interacción de la familia o víctima con estas redes.

La intervención social se realiza desde el primer contacto y durante los momentos en que se presenten dificultades y/o necesidades. Para lograr facilitar este apoyo es importante evaluar el riesgo de que la propia actividad de apoyo social desencadene una crisis al romper el equilibrio de la familia generando tal vez mayor violencia o deserción del proceso de apoyo.

Lo importante es ser capaces de incorporar estrategias que permitan brindar un apoyo integral a las familias, para que puedan asumir responsablemente su cuidado y se potencien aquellas habilidades que aseguren su integridad física y psicológica. Para ello se realiza una labor psicoeducativa, contención emocional y orientación e información destinada en una primera entrevista a evaluar las características de las familias y sus interacciones.

De este modo, la intervención social en nuestro ámbito (victimológico de las agresiones sexuales), pretende:

- Detener la violencia.
- Detener la minimización y ocultamiento de los actos abusivos.
- Proteger a los miembros de la familia.
- Ante aquellas figuras que niegan el abuso: hacer explícito, público (en la familia).
- Introducir aspectos normativos para regular la convivencia.
- Fomentar otro tipo de relaciones donde no predomine la violencia.
- Orientación al reconocimiento de la situación; que la familia vea las consecuen-

cias de la relación abusiva, sus características y consecuencias.

- Toma de conciencia de los riesgos.
- Identificación de los recursos personales, familiares, comunitarios y legales.
- Si se puede, confrontar al abusador con su conducta.
- Evitar que se continúe legitimando la violencia, y proteger a la víctima.

El modelo de intervención social contempla aspectos tales como:

CONTROL SOCIAL, donde se detecta el abuso y se realiza un plan para proteger a la víctima. Esto puede tomar tiempo, sin embargo también se puede orientar al uso de recursos de la red social, recursos legales, recursos de salud. Todo esto por acceder a la siguiente etapa:

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y/O REPARADORA.

La determinación del nivel de riesgo en que se encuentra la víctima es relevante, ya que no se puede observar en forma directa, sino que es necesario inferirlo y estimarlo a partir de toda la información y consideraciones que entregue la víctima, familia u otras redes, que se relaciona con la percepción de daño o gravedad del daño y con el riesgo de que la conducta abusiva se reitere y se agrave. En este sentido se determina la existencia de una situación de riesgo cuando:

- No existe una figura protectora significativa (niega).
- No hay motivación a la intervención psicosocial, en ningún centro.
- La víctima no está provista de herramientas para protegerse.
- No hay redes protectoras alternativas o no hay accesibilidad.
- No existe denuncia.

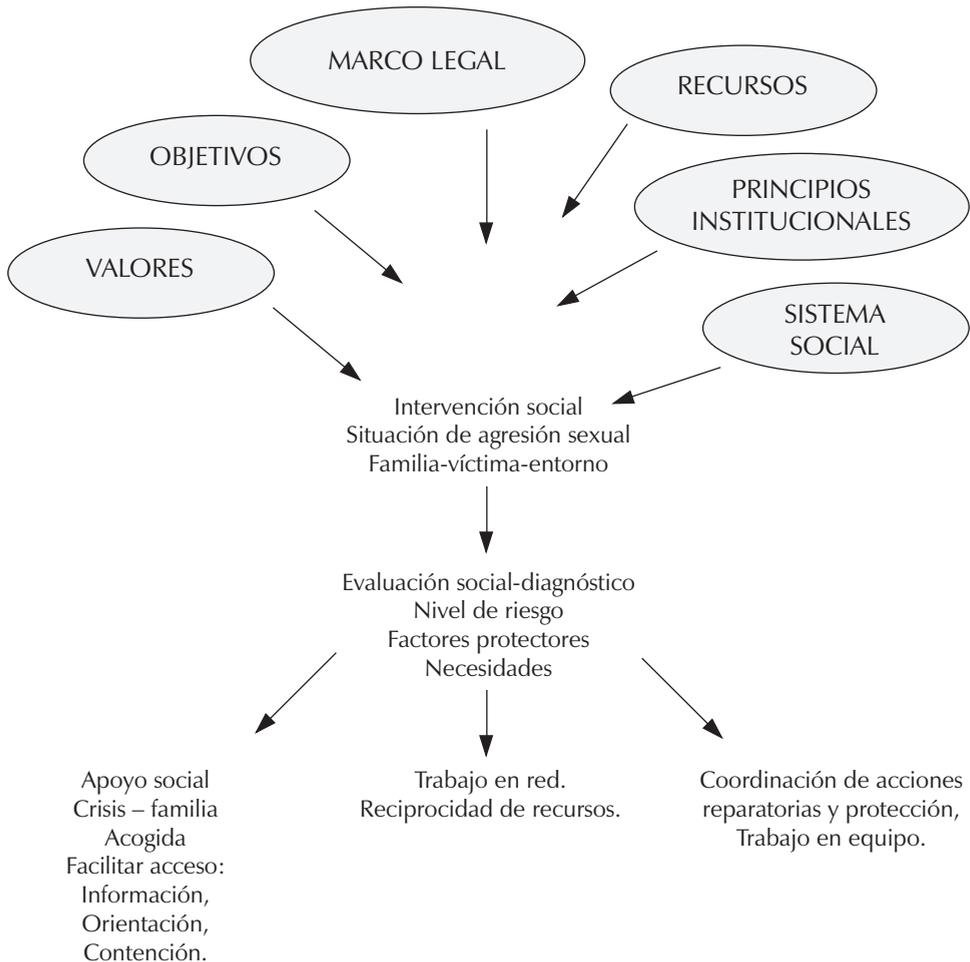
5.3. Orientación Legal.

A través de ésta se pretende en primer término, orientar a los consultantes respecto del proceso judicial, en una perspectiva educativa orientada a aumentar la comprensión del proceso, así como la percepción de predictibilidad y control del mismo.

En segundo término se busca, en forma activa, la activación de los mecanismos judiciales orientados a la protección del niño/a o adolescente, gestionando a través de SENAME ya sea la vía protectoral o la querrela criminal orientada a la sanción del agresor.

Este apoyo está a cargo del Abogado del Centro quien tendrá la labor de mantener una permanente y efectiva coordinación con los abogados de la Dirección Regional de SENAME, a fin de efectuar análisis y seguimientos de cada caso.

AREAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL



6. ETAPA DE EGRESO Y SEGUIMIENTO

Esta última etapa contempla el progresivo desvinculamiento y autonomía del niño/a o adulto y su familia respecto del Centro. El egreso puede iniciarse una vez concluido el tratamiento, ya sea porque se han logrado los objetivos mínimos de la intervención, o bien, porque la intervención ha sido interrumpida por parte del consultante y su familia. En ambos casos se informará a los Tribunales competentes y se dará inicio al seguimiento del caso, tanto en el aspecto psicológico como social, como manera de asegurar la mantención de la situación de protección en el caso del(la) niño(a) y/o adolescente, así como de los logros alcanzados durante el tratamiento, al mismo tiempo que permite detectar la necesidad de continuación de este.

El seguimiento se efectúa de acuerdo a la necesidad del caso, a través de visitas domiciliarias, entrevistas o contactos telefónicos. Estas tareas están a cargo de la asis-

tente social y la/el psicóloga/o tratante y se considera un tiempo de duración de esta etapa de tres meses con posterioridad al egreso.

Por otro lado, la etapa de seguimiento adquiere especial importancia en aquellos casos que abandonan el tratamiento antes de haberse conseguido los objetivos planteados. Dada la situación de riesgo que la deserción implica, se contempla el desarrollo inmediato de acciones específicas directas tendientes a reanudar el contacto con el Centro (contactos telefónicos, visitas domiciliarias, entrevistas sociales, envío de citaciones por correo, etc.), y frente al fracaso de éstas o en forma paralela a las mismas, se desarrollan acciones tendientes a movilizar la red social y comunitaria formal e informal que asegure la protección de la víctima (informes a Tribunales, contactos con colegios, centros de salud, familia extensa, etc.).

Las acciones de esta etapa están a cargo en primera instancia del psicólogo que lleva el caso, quien como medida preventiva de la deserción, deberá entrar en contacto con la víctima y su familia en forma inmediata con posterioridad a la ausencia injustificada de ésta a alguna citación. De no ser suficiente lo anterior, este profesional en conjunto con la asistente social establecerán un plan de seguimiento orientado a revertir la deserción y minimizar la posible situación de riesgo.

7. TIEMPOS APROXIMADOS DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo a la formulación de la intervención propuesta, los tiempos de cada etapa, así como el tiempo total de la intervención resultaría en forma aproximada de la siguiente forma:

Calificación:	Un mes
Evaluación:	Dos meses
Tratamiento:	Seis a Doce meses
Egreso y Seguimiento:	Tres meses
TOTAL	Doce a Dieciocho meses.

De este modo, un caso que ingrese con el objetivo de realizar una evaluación y su posterior Informe Psicológico a el o los Tribunales competentes, permanecería en el programa por alrededor de tres meses.

Por otro lado, los casos que ingresen con el fin de realizar un proceso de tipo reparatorio permanecerían en el programa un tiempo aproximado que variaría entre los doce y dieciocho meses.

Excepción a estos cálculos serían aquellos casos que por su complejidad requiriesen un tiempo mayor de evaluación o tratamiento.

C. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

En los últimos años, el desarrollo del equipo clínico ha avanzado hacia la implementación de nuevas estrategias y recursos de intervención psicoterapéutica, en la búsqueda de mejores respuestas a la necesidad de reparación.

A continuación se presentan dos de estas áreas de desarrollo las cuales han dado lugar a modificaciones en el modo de intervenir, retroalimentando la validez de su implementación a partir del desarrollo de investigaciones clínicas.

La primera de estas áreas dice relación con la incorporación sistemática al trabajo del equipo infantil del recurso diagnóstico y terapéutico de las producciones gráficas en el tratamiento de niños y niñas sexualmente abusados. La segunda, se relaciona con la ampliación de la oferta de intervención psicoterapéutica individual tradicional del Centro, al incorporar de modo sistemático la estrategia grupal de intervención con niñas y adolescentes.

1. PRODUCCIONES GRÁFICAS EN LA CLÍNICA INFANTIL

Una mención especial merece la problemática de la evaluación del daño en niños y niñas víctimas de agresiones sexuales. Al respecto, el equipo clínico infantil del CAVAS Metropolitano ha construido en forma conjunta y desde una mirada integral, una concepción acerca de la relevancia del material gráfico producido por los niños en el marco del trabajo terapéutico, dando lugar a investigaciones y desarrollos sistemáticos en esta área (Capella, Contreras, Guzmán, Miranda, Núñez & Vergara, 2003).

De este modo, la producción gráfica de los niños constituye un material privilegiado para conocer más profundamente el mundo psíquico de éstos, por cuanto resultan producciones genuinas por medio de las cuales los niños/as vuelcan espontáneamente su realidad interna. Simultáneamente, su valor proyectivo resulta incalculable. Sin embargo, es necesario ser cautelosos de no sólo cotejar un material de tanta riqueza con algunas listas de chequeo de indicadores de agresión sexual infantil, ya que si bien, logra aportar elementos significativos para el diagnóstico, este sistema tiende a mecanizar el trabajo clínico y a desproveerlo de todo valor comprensivo del aparato psíquico.

Considerando lo anterior, lo que ha pretendido este equipo clínico infantil consiste en utilizar el proceso de proyección involucrado en todos y cada uno de los dibujos, para acceder al entendimiento de ese ser humano en el curso de su desarrollo, de comprender sus vivencias, sus problemáticas, acceder a sus recursos y encontrar la mejor forma de colaborar en su proceso reparatorio dentro de su contexto evolutivo.

Si bien, en la evaluación clínica de la agresión sexual infantil no existen instrumentos específicos que permitan comprender en profundidad el impacto de esta experiencia en el mundo psíquico del niño, Miotto (2001) plantea como necesaria la producción psicodiagnóstica para evaluar el daño causado por la experiencia abusiva, dentro de las cuales destaca la utilización de técnicas proyectivas.

Dentro de estas técnicas, se han utilizado principalmente las pruebas gráficas, considerando la importancia de los dibujos como expresión del mundo psicológico de los niños/as. El valor diagnóstico de estas pruebas, está referido a que éstas se constituyen en formas de expresión menos controladas del mundo interno, lo que permite una aproximación significativa a contenidos profundos e inconscientes del individuo. En este sentido, los dibujos constituyen una expresión muda, una forma de comunicarse para el otro y para sí (Dolto, 1986).

Las pruebas gráficas permiten aproximarse a la visión que el niño tiene de sí mismo, los otros y el mundo, el cual se encuentra empapado de las experiencias emocionales ligadas al desarrollo del individuo, permitiendo que los sujetos puedan proyectar o, por lo menos, seleccionar desde su mundo interno, la figura que refleja sus necesidades y rasgos de su personalidad. Además, para enriquecer la interpretación del dibujo se utiliza la asociación (descripción) como medio de entrevista indirecta, la cual permite obtener información de enorme valor clínico para la comprensión de significados individuales y problemas específicos en el dibujo (Machover, 1949 citado en Portuondo 1992).

Diversos autores (Wenk y Rait, McFadden, 1989, Rosenfeld y Wasserman, 1990, Wissow, 1989, Hibbard y Hartman, 1990, Hibbard, Roghmann y Hockelman, 1987, Yates, Beutler y Crago, 1985, citados en Buck, 2001; Soto, 2002) han definido indicadores emocionales específicos que pueden aparecer en los dibujos de niños abusados sexualmente, considerando las profundas secuelas que aparecen consistentemente en la literatura sobre los efectos psicológicos de la agresión sexual en los niños (Buck, 2001).

Sin embargo, cabe señalar que en la aplicación de cualquier prueba gráfica no es posible realizar una traducción directa y unívoca de los signos o indicadores que aparecen en los dibujos, los cuales deben siempre considerarse en relación a la etapa del desarrollo en que se encuentran los sujetos evaluados, siendo necesaria la configuración de los indicadores en su conjunto y no sólo la interpretación de cualquier signo particular (Machover 1949, citado en Portuondo 1992), los cuales es necesario contrastar con la utilización de otras pruebas proyectivas, la evaluación clínica y la historia del paciente.

Así, al enfrentar clínicamente el problema de la agresión sexual infantil, se parte del precepto que cada persona es un constructor activo de su realidad, en donde el espacio terapéutico se presenta como un escenario en el cual los niños despliegan múltiples producciones simbólicas que hablan de su mundo interno, recuperando protagonismo. El poder de lo simbólico en la terapia con niños, cobra especial intensidad al entender que no sólo el discurso hablado es el medio por el cual pueden iniciar un proceso de reparación en su continuo vital, sino que además todas aquellas producciones lúdicas y gráficas permiten abrir un puente entre el mundo intrapsíquico y la puesta en escena de aquello que cada sujeto contiene, traspasando la mera lectura de dichas proyecciones a un esfuerzo reparador propio del niño en terapia en donde el potencial elaborativo resulta fundamental, permitiendo introducir una visión amplia de las producciones infantiles (Rodulfo, 1996; García Arzeno, 1993).

Cabe destacar que la concepción desarrollada se focaliza en las producciones gráficas, desde una comprensión integradora, intrínsecamente complementaria en el entendimiento y el análisis en función de otorgar la ayuda necesaria para cada niño/a que se presenta en la terapia, resultando útil traspasar la visión únicamente diagnóstica del dibujo a una que permita la elaboración y reparación a través del papel.

De esta forma, el acto creativo en sí constituye un punto de empoderamiento básico, permitiendo acceder a la posibilidad tanto de observar y analizar los simbolismos y mensajes volcados por el niño, como de otorgar a éste un espacio de simbolización y reparación de sus experiencias, sentimientos y necesidades luego de una vivencia

traumática. Así, el espacio terapéutico es entendido como uno de distensión, en el cual pueden desplegarse los actos creativos propios de la infancia constituyéndose en una herramienta fundamental en la recuperación activa del niño ante sus experiencias y su posterior elaboración.

La forma de trabajo del equipo clínico infantil del CAVAS Metropolitano rescata las producciones gráficas como una herramienta que integra miradas, desde el diálogo clínico constante, favoreciendo la construcción de un modo de aproximación colectivo al fenómeno de la agresión sexual infantil.

La utilización de las técnicas gráficas permite acceder a la comprensión de ese sujeto, de sus características y grado de desarrollo, de su modo de funcionamiento habitual, de las conflictivas presentes en su mundo psíquico. Esto resulta particularmente relevante para determinar cuáles han sido las consecuencias de la experiencia abusiva, distinguiéndolas de elementos preexistentes, así como de aquellos que responden a otra clase de problemáticas. Esta distinción resulta particularmente relevante por cuanto el equipo clínico del Centro a lo largo del tiempo ha hecho una opción por intervenir focalizadamente en las conflictivas relacionadas directamente a la experiencia abusiva, buscando el apoyo de otras instituciones de la red en la intervención con otro tipo de conflictivas. Esto, por cuanto la permanencia en una institución especializada en la atención a víctimas de atentados sexuales por períodos de tiempo más prolongado que el necesario, podría resultar contraproducente al generar una rigidización de los consultantes en el rol de víctima, acrecentando de este modo la dinámica de estigmatización, que buscamos reparar.

Por último, es importante destacar el valor clínico de la utilización de las técnicas proyectivas gráficas dentro del contexto terapéutico. Los dibujos aportan información esencial respecto a la comprensión del mundo psíquico infantil y la particular forma en que los niños abusados sexualmente organizan su experiencia subjetiva. En este sentido, se puede considerar el amplio espectro que este recurso permite explorar, tanto el diagnóstico inicial, la propuesta de estrategias y objetivos terapéuticos, la evaluación de indicadores de avance del proceso, como a la toma de decisiones con respecto al alta terapéutica.

Es importante señalar la relevancia del ejercicio de simbolización que los niños realizan a través de sus producciones gráficas, que implica la externalización de sus conflictos, los cuales deben ser abordados terapéuticamente para que el niño pueda atribuir un significado a su producción, dando paso a la elaboración de dichas conflictivas. A través de la gráfica el niño no sólo expresa sus conflictos, sino también sus recursos, permitiéndonos identificarlos, y luego incorporarlos en los objetivos y trabajo terapéutico, potenciando y reforzándolos, de manera que favorezcan el proceso de reparación de la experiencia abusiva.

Junto con esto, resulta relevante el valor que las producciones gráficas poseen en relación al estado de avance del proceso terapéutico, al expresar los logros obtenidos por el niño/a, así como las temáticas presentes en cada momento de la terapia, plasmando de manera concreta en los dibujos el proceso terapéutico llevado a cabo.

Las experiencias abusivas muchas veces vienen a señalar una posición de absoluta pasividad, en donde los niños son percibidos como objeto del abuso y por ende del tratamiento. En tal contexto se presentan niños desdibujados dentro de un panorama

confuso, encerrados en su condición de víctimas. De este modo, se concluye que dentro del proceso de la terapia, el niño puede reparar aspectos de su identidad dañada, integrando sus vivencias dentro de su continuo vital, en donde “superar el trauma en una producción que puede poseer valor artístico, supone re-crear la experiencia inicial del desamparo” (Mannoni, 1994, p.9), indicando el poder clínico que poseen las producciones gráficas y su potencialidades para el trabajo terapéutico en pos de la elaboración y superación de la experiencia abusiva.

Es así como los dibujos, se transforman en un elemento significativo para la comprensión de este niño/a, que nos abre una ventana y nos permite mirar alguna de sus experiencias a pesar de estar o haber vivenciado el dolor de haber sido dañado por un otro. De esta forma, su producciones se constituyen en un nuevo acto de confianza hacia alguien que aspira a entenderlo y ayudarlo. Finalmente, es necesario decir que este equipo valora e intenta compartir este fenómeno como un privilegio único e irrepetible.

2. TERAPIA GRUPAL CON VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

El actual incremento de la demanda de atención y la escasez de recursos con que trabajan los centros de asistencia pública especializados en esta temática, hacen en muchas ocasiones imposible responder de manera eficiente a las demandas de atención de los consultantes, a través de la utilización exclusiva de la psicoterapia individual.

En este escenario, resulta necesario el planteamiento y sistematización de nuevos abordajes en la terapia de la agresión sexual, proponiendo modelos de intervención que amplíen el formato de la terapia individual.

Considerando lo anterior, en este Centro se ha desarrollado en los últimos dos años una línea de trabajo e investigación orientada a la construcción de una estrategia de intervención psicoterapéutica grupal con víctimas de agresión sexual infantil, cuyo propósito es la reparación de la experiencia abusiva. El conocimiento teórico-práctico en esta área se inicia a partir de la realización de una investigación en el año 2002 que se planteo como objetivo diseñar, implementar y evaluar de manera piloto un modelo de terapia grupal con niñas que asistían a este centro (Capella & Miranda, 2003). La efectividad del modelo construido incentivó la replicación de esta estrategia de intervención durante el año 2003, constituyéndose en una herramienta útil en el área de la asistencia a las víctimas y, específicamente, en lo que se refiere a las formas de terapia realizadas en este Centro. En este sentido, se conformó una unidad de grupo con niños/as, la cual se fundamenta esencialmente en el modelo construido retroalimentándose constantemente con la aplicación práctica que se lleva actualmente a cabo.

El modelo de terapia grupal desarrollado en este Centro no sólo resulta relevante desde un marco teórico y clínico, sino que además posee un valor práctico, constituyendo una herramienta fundamental que permite la optimización de los recursos institucionales, con un mejor manejo y aprovechamiento más eficiente de los mismos, posibilitando afrontar de manera coordinada e integral el complejo fenómeno de la agresión sexual infantil.

A continuación se presenta de manera sintética los fundamentos teóricos de la terapia grupal en víctimas de agresión sexual infantil. Luego se presenta el modelo de intervención utilizado en este Centro con niños/as y los hallazgos más relevantes de la investigación y la experiencia de terapia grupal con éstos.

2.1. La Terapia Grupal en la reparación de la Agresión Sexual Infantil.

A partir de la experiencia de trabajo terapéutico directo con las víctimas, es posible apreciar que la terapia individual en muchos casos resulta insuficiente para el proceso de reparación, no siendo capaz de responder a las necesidades que surgen en los niños/as y adolescentes de sentir que no son los únicos en esta vivencia, de compartir con pares la vivencia traumática común, de ser escuchados y validados en su experiencia por otros niños/as. Esto resulta de especial relevancia, ya que el reconocimiento de los pares cobra una importancia fundamental en el proceso de construcción de la identidad personal.

En el ámbito internacional, la terapia grupal ha sido ampliamente utilizada como estrategia de intervención psicológica con este tipo de pacientes, resultando ser una herramienta terapéutica útil y efectiva para la reparación de la experiencia abusiva (Cantón & Cortés, 1999; Stevenson, 1999, Trowell, 1998, en Varela, 2000).

Las investigaciones al respecto han mostrado que la terapia grupal constituye un espacio de escucha, apoyo e intercambio recíproco en el contexto natural de relación entre pares, en donde comparten una vivencia común. Este elemento específico de este tipo de intervención, potencia el proceso de reparación, al reconstruir grupalmente y atribuirle un nuevo significado a la experiencia de agresión sexual desde la vivencia del mundo infantil/ adolescente (Zárate, 1993; Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Doyle, 1990; Fietz, 2002; Soto, 2002). Es así que diversos autores (Zárate, 1993; Sename, 1999; P. Álvarez, 2000, en Varela, 2000) plantean que la psicoterapia grupal resulta útil y necesaria, describiéndose múltiples beneficios y ventajas respecto al impacto de este tipo de intervención en la reparación del abuso.

Una de las principales ventajas en las cuales coinciden la mayoría de los autores es la disminución de los sentimientos de aislamiento y estigmatización que presentan los niños/as víctimas de agresión sexual (Cantón & Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Varela, 2000; Doyle, 1990; Barudy, 2000; Correa & Riffo, 1995), los cuales se relacionan con una de las dinámicas traumatizantes en los niños abusados sexualmente propuestas por Finkelhor y Browne (1985), la estigmatización –descrita anteriormente-. El grupo se presenta como un recurso fundamental para la superación de ésta dinámica, en tanto es un aspecto que difícilmente puede ser transmitido por el terapeuta durante el proceso terapéutico individual, y que fácilmente el niño/a/ adolescente puede observar al interactuar con sus pares (Álvarez, 2000; en Varela, 2000; Doyle, 1990).

Así, el grupo permite la disminución de los sentimientos de aislamiento y estigmatización, y el restablecimiento de un sentido real de pertenencia e integración a un grupo, al posibilitar que los niños/as vuelvan a interactuar con sus iguales, descubriendo que a otros niños/as les ha pasado lo mismo que a ellos, que no son la única víctima de agresión sexual sino que también hay otras víctimas de la misma edad que han experimentado vivencias similares y que tampoco pudieron defenderse y delatar

al abusador, lo cual trae consigo una notoria sensación de alivio, al tener la vivencia de la generalidad o universalidad (Cantón & Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Varela, 2000; Barudy, 2000; Rojas Breedy, 2002; Soto, 2002). También observan que comparan con sus pares sentimientos como la rabia, culpa, ambivalencia hacia el agresor o desesperanza, lo cual posibilita una disminución de estos sentimientos, principalmente de la culpa asociada a la experiencia de abuso (Doyle, 1990; De la Huerta, 2000, en Varela, 2000).

Asimismo, el rompimiento de los sentimientos de culpa y estigmatización permiten al niño/a/ adolescente sentirse reconocido en su experiencia, posibilitando que redefina su autoconcepto (Cantón & Cortés, 1999; Martínez, 2000, en Varela, 2000). De este modo, el niño/a ya no se definirá en función de una experiencia que todo el grupo ha sufrido y comenzará a descubrir características positivas en otros, pudiendo comprender que la experiencia de abuso no es un aspecto definitorio del otro, comenzando de esta forma a reconocer aspectos positivos de sí mismo y a integrar su propia experiencia (Doyle, 1990; Cantón & Cortés, 1999; Correa & Riffo, 1995).

Un beneficio adicional de la terapia grupal, es que los niños/as no se van a sentir tan amenazados por la posición de autoridad de un adulto, sintiéndose en un ambiente más seguro y natural, que en terapia individual, en donde se encuentran solos con un adulto, proporcionando modelos alternativos de relación con los terapeutas (Cantón & Cortés, 1999, Rojas Breedy, 2002; Doyle, 1990). Así, resulta ser que la terapia grupal ofrece al niño/a/ adolescente un contexto seguro, estable y protegido, de total acogida, apoyo interpersonal y aceptación por su grupo de pares y el terapeuta, mostrando la existencia de personas en las cuales se puede confiar, aspecto especialmente importante en casos que ha habido reacciones negativas del entorno o crisis familiares posterior a la develación de la situación abusiva sexual (Cantón & Cortés, 1999; Doyle, 1990; Correa & Riffo, 1995).

El contexto grupal provee la oportunidad a los niños/as /adolescente de obtener apoyo, pero a la vez de confortar y apoyar a otros niños/as, tratando de aliviar su sufrimiento, lo cual es también reparatorio para ellos mismos, al empatizar y ayudar a otros niños/as (Álvarez, 2000, en Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002). En este sentido, un aspecto esencial dentro de las relaciones entre pares, es la posibilidad que entrega la terapia grupal a los niños/as de aprender a relacionarse y comunicarse de maneras normales y sanas, o mejor dicho, de forma no abusiva (Pinto, 1998, en Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002).

Finalmente, cabe señalar que otra de las principales ventajas de la terapia grupal, se refiere a que ésta permite optimizar los recursos económicos y humanos en el proceso de reparación del abuso sexual, siendo una respuesta práctica en el contexto de alta demanda de atención actual en nuestro país, brindando posibilidades para atender a un mayor número de niños/as con un menor coste de recursos. A su vez, los terapeutas que trabajan en el tema de la agresión sexual se pueden desgastar y agotar con la alta demanda de casos, no pudiendo asegurar una óptima reparación, pudiendo en cierta medida la terapia grupal contrarrestar el desgaste profesional causado por el trabajo con estos casos (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Martínez, en Varela, 2000).

2.2. Modelo de Intervención Psicoterapéutico Grupal con Niños/as.

El modelo de terapia grupal implementada con víctimas infantiles de agresión sexual, fue diseñada fundamentada en una integración de conocimientos teóricos específicos acerca de la agresión sexual infantil, victimología, psicología del desarrollo, tratamiento de la agresión sexual y psicoterapia grupal (Capella & Miranda, 2003). Un pilar teórico fundamental para la estructuración de la intervención, fue el modelo comprensivo explicativo de los efectos psicológicos ocasionados en los niños/as producto de la experiencia de agresión sexual, propuesto por Finkelhor y Browne (1985). A partir de la implementación de este diseño de intervención se ha observado su aplicabilidad y efectividad, aunque de todas maneras éste ha tenido modificaciones en su constante retroalimentación con la práctica.

El objetivo general de la intervención consiste en desarrollar una dinámica grupal con niñas víctimas de agresión sexual, que posibilite la superación de los efectos psicológicos ocasionados por el agresor, favoreciendo el desarrollo de una identidad positiva e integrada y el fortalecimiento de recursos protectores personales y vinculares.

La intervención se estructura en relación a cuatro ejes: aislamiento, sexualización traumática, falta de poder y pérdida de confianza; que corresponden a las dinámicas traumatizantes planteadas por Finkelhor y Browne (1985). En relación a estos ejes se organizan las sesiones en 4 fases de la terapia, teniendo cada una como objetivos:

Fase I: Eje: Aislamiento

Objetivo: Lograr una interacción positiva entre niñas víctimas de agresión sexual, promoviendo modos de relación que permitan una adecuada inserción al grupo de pares, disminuyendo la sensación de aislamiento ocasionado por el abuso y favoreciendo el desarrollo de un autoconcepto social positivo (3 sesiones).

Fase II: Eje: Sexualización traumática

Objetivo: Desarrollar el reconocimiento del propio cuerpo, entregando herramientas para identificar sensaciones y límites corporales, favoreciendo la construcción de un autoconcepto corporal positivo (2 sesiones).

Fase III: Eje: Falta de poder

Objetivo: Incorporar un sentido de poder adecuado a la edad, desarrollando habilidades para identificar y reaccionar ante situaciones de riesgo potenciales (3 sesiones).

Fase IV: Eje: Pérdida de confianza

Objetivo: Potenciar vínculos de confianza que faciliten el desarrollo de mecanismos protectores, desarrollando en las niñas la capacidad de identificar y acudir a figuras significativas (4 sesiones).

a. Selección y composición del grupo.

Se realiza un proceso de selección en donde se evalúa cuidadosamente la preparación de los individuos para el tratamiento. Para esto, se contempla una serie de

requisitos necesarios para la inclusión de los participantes en la terapia grupal, así como criterios para la exclusión de los sujetos.

Además, se realiza una entrevista individual previa al inicio de la terapia grupal con las participantes y su madre, con el fin de recabar la máxima información disponible acerca de cada niña, con el objetivo tanto de evaluar su estado psicológico como la capacidad para realizar la tarea de grupo, la motivación, el compromiso para asistir a las sesiones de grupo de manera regular y la congruencia de los problemas del paciente con las metas del grupo (Rojas Breedy, 2002; Vinogradov & Yalom, 1990 en Dies, 1995). Para el cumplimiento de estos objetivos se utiliza entrevista clínica, además de pruebas proyectivas gráficas y verbales (dibujo de sí misma, dibujo de la familia, test de Margarita).

Se definió como criterio de exclusión la presencia de psicopatologías que dificulten la interacción grupal, debido a que los pacientes que no poseen los recursos emocionales, conductuales e interpersonales requeridos para participar de manera efectiva en el tratamiento grupal se encuentran en un alto riesgo de abandonar tempranamente la terapia (Speier, 1984; Sepúlveda, 2001; Woods y Melnick, 1979 en Dies, 1995).

Para la inclusión de los participantes en la terapia grupal, se definió que éstos debían presentar experiencias similares de agresión sexual. Se especificó que el agresor debía corresponder a un adulto conocido o familiar, excluyéndose los abusos sexuales de tipo incestuosos (por parte de la figura paterna), debido a que estos últimos constituyen un fenómeno con características propias y únicas, las que “significan vivencias particulares para las víctimas que los diferencian claramente de los niños víctimas de otro tipo de abuso” (Navarro, 1998; pág. 1).

En cuanto a la composición del grupo, se definió un grupo cerrado, los cuales no admiten nuevos miembros una vez empezado y en general tienen un término planificado.

En cuanto a la edad de los participantes, se define un rango etareo en la etapa escolar que no exceda los 2 años (8-10, 7-9, 10-11 años, etc.). Considerando las variables evolutivas, el grupo etario señalado posibilita un trabajo grupal beneficioso para sus integrantes, en tanto en esta etapa las relaciones interpersonales con pares cumplen un rol fundamental en el desarrollo de la identidad de los individuos.

Con respecto al sexo, se han definido grupos homogéneos, compuestos sólo por niñas, ya que tanto los autores de la terapia grupal en general como los de la terapia grupal específicamente en agresión sexual, plantean que el tema de la sexualidad, a cualquier edad, es preferible trabajarlo por separado hombres y mujeres (Foulkes y cols., 1969; Speier, 1984; Varela, 2000; Cantón & Cortés, 1999; Doyle, 1990).

En cuanto al tamaño del grupo, se definió un grupo compuesto por 8 a 10 niñas, considerando la posibilidad de deserción de una o dos participantes, de tal modo que el grupo definitivo quedara constituido por 6 a 8 niñas.

b. Estructura de la terapia grupal.

La terapia grupal diseñada presenta una modalidad de grupo programado con tiempo limitado. Esto debido a que impulsa el logro de las metas en un tiempo

determinado, y proporciona un límite para la vida del grupo, siendo económico -en términos de tiempo y dinero-, y focalizándose específicamente en asuntos relacionados con el abuso (Rojas Breedy, 2002). La extensión es, dependiendo del grupo entre 12 y 15 sesiones, ya que este límite de tiempo permite el logro de los objetivos planteados para la intervención.

Cada sesión tiene una duración de 2 hrs, y las sesiones cuentan con una periodicidad semanal.

Se utiliza el modelo de coterapeutas, debido a que en el trabajo psicoterapéutico con grupos se recomienda la participación de dos terapeutas para guiar la dinámica grupal, presentando este modelo múltiples ventajas, tanto para los miembros del grupo como para los terapeutas (Corey & Corey, 1982).

La terapia grupal diseñada cuenta con una estructura definida de las sesiones, debido a que en niños/as víctimas de agresión sexual, resulta necesario establecer un encuadre de trabajo claro desde la primera reunión del grupo, que permite a los participantes ir conociendo un marco fijo de actividades, otorgándoles un sentido de predictibilidad. En este sentido, previamente se define el tiempo de las reuniones, su frecuencia y el lugar donde se realizarán, lo cual crea las condiciones para el establecimiento de un vínculo estable y de confianza entre los terapeutas y las participantes. Además, es importante respetar una estructura de las sesiones, lo cual generalmente se lleva a cabo definiendo tanto un inicio como un cierre similar en todas las sesiones.

Posterior a la finalización de la sesión, las terapeutas del grupo realizan un registro del proceso terapéutico, evaluando la sesión, anotando las actividades realizadas, los principales asuntos tratados y los temas pendientes, y evaluando a cada niña en relación a su participación e integración grupal, su estado emocional y comunicación dentro del contexto grupal (Rojas Breedy, 2002; Zárate, 1993; Larraín & Sepúlveda, 1997).

Resulta importante señalar que luego de la finalización de la terapia grupal, se realiza una sesión individual dirigida a cada niña con su madre, con el fin de evaluar el proceso terapéutico grupal realizado y fortalecer el vínculo madre-hija.

Respecto a las metodologías, se utilizan las técnicas que se han considerado más efectivas en el tratamiento de los niños/as, en la terapia grupal y específicamente en los niños/as víctimas de agresión sexual, las cuales son fundamentalmente técnicas participativas y expresivas. En este sentido, se utilizan juegos, dramatizaciones, role palyng, ejercicio corporal, diálogo grupal, método de resolución de problemas, expresión escrita, audiovisual, tareas, cuento narrado, elaboración de cuentos, exposición, modelado, títeres y expresión gráfica.

c. Intervenciones terapéuticas.

En cuanto a las intervenciones realizadas por las terapeutas, éstas proporcionan conceptos que ayudan a los pacientes a comprender la conducta y las experiencias grupales (atribución de significado), realizando intervenciones directivas (Dies, 1995). Esto cobra mayor importancia en las etapas tempranas del grupo, en donde la intervención directiva del terapeuta ayuda a los pacientes a reducir el sentimiento de

responsabilidad, disminuyendo la ansiedad ante la situación nueva que representa el grupo, potenciando así la toma de riesgos y la cohesión entre los miembros (Bernard y cols., 1974, en Dies, 1995). Inicialmente, las intervenciones del terapeuta se deben centrar predominantemente en el grupo, focalizándose en la formación de una cultura grupal, en el establecimiento de normas claras y en la creación del potencial terapéutico del grupo (Yalom, 1986).

Cabe señalar, que el impacto del terapeuta de grupo se media tanto a través del modelamiento como del reforzamiento (Dies, 1995). Así, mediante el modelamiento, los terapeutas pueden promover la apertura entre los participantes del grupo. Por otro lado, mediante el reforzamiento, los terapeutas pueden reforzar las expresiones íntimas entre los miembros del grupo, estableciendo a algunos participantes como modelos de rol para la apertura interpersonal.

Según Speier (1984), las intervenciones del terapeuta grupal en su mayor parte no se diferencian de las intervenciones realizadas en la terapia individual, centrándose en resolver en profundidad los conflictos, interviniendo a través de estimular la expresión de los conflictos, esclarecer situaciones o sentimientos, establecer juicio de realidad, intervenir psicoeducativamente, interpretar de manera comprensiva, justificadora y aclaradora, estimular el desarrollo de sentimientos positivos, introducir temas conflictivos, entre otras, todas intervenciones que estimulan la maduración y desarrollo de la personalidad.

Respecto a los factores terapéuticos en el grupo, se utilizan como intervenciones principalmente la elaboración grupal, la participación grupal y la generalización.

En cuanto al aprovechamiento de los factores grupales, el terapeuta debe intervenir en la convivencia grupal, favoreciendo la cooperación y el intercambio recíproco, y estimulando el proceso de socialización, a través de la vivencia en la interrelación grupal (Speier, 1984).

2.3. Resultados y reflexiones a partir de las experiencias realizadas.

El año 2002 se realizó la primera implementación piloto de una intervención grupal con niñas víctimas de agresión sexual, evaluándose en forma sistemática sus procesos y resultados (Capella & Miranda, 2003). A través de la evaluación de esta experiencia de terapia grupal se observó que el diseño de intervención implementado resultó operativo, presentándose las actividades adecuadas para el logro de los objetivos de la intervención y el beneficio terapéutico de las participantes, permitiendo la expresión y elaboración de la experiencia de abuso por parte de las niñas. A través del trabajo terapéutico realizado se aprecia que las interacciones positivas que se generan al interior del grupo, el contacto corporal adecuado, la experiencia de ejercer un poder adecuado a la edad y la vivencia interna de estabilidad y predictibilidad en las relaciones interpersonales, influyen en la percepción que las participantes tienen de sí mismas, observándose cambios significativos en las niñas.

A partir de los resultados de esta experiencia se puede plantear que el trabajo terapéutico grupal realizado, implicó el desarrollo progresivo e interrelacionado de los logros terapéuticos que en su conjunto permitieron la reparación de la experiencia

abusiva, en tanto las participantes lograron dar un nuevo significado a la experiencia de agresión sexual vivida, en un contexto de interacción con pares, lo cual les posibilitaría continuar su proceso de desarrollo evolutivo normal.

A partir de los benéficos resultados observados en esta experiencia del año 2002, apareció la inquietud de evaluar la efectividad del modelo de intervención grupal como estrategia única de intervención en el tratamiento psicológico de las víctimas de agresión sexual. En esta línea, durante el año 2003 se ha aplicado este modelo como única intervención, observándose múltiples beneficios en el proceso de reparación de las participantes, sin embargo se requiere un análisis profundo de los resultados de esta experiencia. Del análisis inicial de estos resultados se presentan las conclusiones que siguen a continuación.

Durante los años 2002 y 2003 se ha implementado un total de tres grupos terapéuticos con niñas víctimas de agresión sexual de las siguientes características:

Año 2002:

- Grupo de niñas de 8-10 años con tratamiento individual previo.

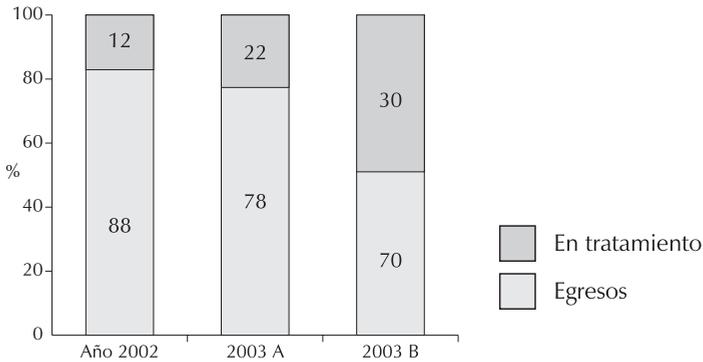
Año 2003:

- Grupo A: Niñas de 7-9 años sin tratamiento previo.
- Grupo B: Niñas de 10-12 años sin tratamiento previo.

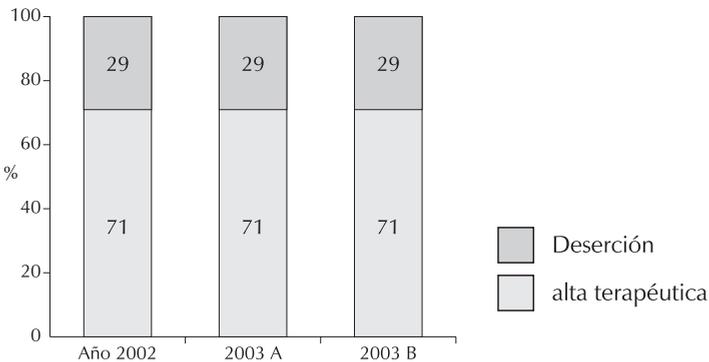
En esta experiencia, participaron de manera continua un total de 25 niñas: 6 niñas en el grupo 2002, 9 niñas en el grupo 2003-A y 10 niñas en el grupo 2003-B. Paralelamente el año 2003 se llevó a cabo un grupo terapéutico de adolescentes, trabajo que se encuentra en proceso de evaluación.

Al analizar de manera global el resultado de la implementación de los grupos de niñas realizados en el Centro desde el año 2002 hasta la fecha, obtenemos que los tres grupos presentan un porcentaje de egresos de entre un 70% a un 88%, siendo el porcentaje restante representativo de los casos que continuaron en tratamiento individual una vez terminado el trabajo grupal. Esta cifra varió entre un 12% a un 30%.

Al analizar la causal de egreso, encontramos de manera uniforme que en los tres grupos el 71% de los egresos corresponde a altas terapéuticas y un 29% a deserción del tratamiento.



Esta cifra resulta significativa si la comparamos con el porcentaje de alta terapéutica observado en el tratamiento individual y que como ya fue presentado, corresponde al 76,6%.



De este modo, todos estos aspectos observados a nivel de resultados y de procesos, nos permiten señalar la utilidad de la terapia grupal como forma efectiva de intervención en víctimas de agresión sexual, debido a lo cual se sigue investigando e intentando potenciar como estrategia de intervención del Centro.

La implementación permanente del diseño de intervención construido aporta a la optimización de los recursos profesionales existentes en el Centro para responder a las necesidades de los consultantes, al posibilitar la atención de un mayor número de pacientes invirtiendo una menor cantidad de tiempo y recursos, siendo así, su utilización beneficiosa tanto para los consultantes como para el Centro.

CAPÍTULO IV

LA LABOR PERICIAL EN EL CAVAS METROPOLITANO

A. ANTECEDENTES DE LA LABOR PERICIAL EN EL CENTRO

A partir del desarrollo del CAVAS como Centro Victimológico, su rol como organismo colaborador del sistema de justicia fue también aumentando. Es así como desde el año 1992, la elaboración de informes psicológicos orientados a establecer la existencia y magnitud del daño psicológico de las víctimas, se transformó en un medio de prueba cada vez más importante en la investigación de los delitos sexuales para los Tribunales de Justicia.

Posteriormente, y en forma paulatina desde el año 1996, los Tribunales de Justicia aumentan la especificidad de su demanda hacia el Centro, añadiendo a las solicitudes ya mencionadas la petición de elaborar informes psicológicos de las víctimas que permitiesen establecer la veracidad de sus dichos acusatorios. Esta modificación de la demanda empujó al equipo clínico a alcanzar un mayor nivel de especialización en la práctica forense, pasando de ser un equipo puramente asistencial a desempeñarse además en el área pericial.

Desde esa fecha, y en base a la experiencia acumulada, se ha ido desarrollando y perfeccionando en el CAVAS Metropolitano una metodología de evaluación clínico-pericial, en la que convergen los antecedentes teóricos de la Psicología del Testimonio, la Criminalística, con el conocimiento clínico del fenómeno de las agresiones sexuales y sus consecuencias. Sin lugar a dudas dicha metodología fue mostrando eficacia, llegando a constituirse en un valioso medio probatorio para establecer la ocurrencia de hechos delictuosos, fue aumentando también la demanda proveniente de los Tribunales de Justicia.

Sin embargo, es a partir del año 2000, en el marco de la implementación gradual de la Reforma Procesal Penal a lo largo del país, que la metodología de evaluación clínico pericial del CAVAS Metropolitano alcanza su máximo desafío. La colaboración de este Centro en las investigaciones de delitos sexuales llevadas a cabo por las distintas Fiscalías a través de la elaboración de informes de veracidad de víctimas, así como la participación de los peritos en numerosos Juicios Orales, ha significado un reto y un estímulo que ha llevado al equipo a profundizar la especialización alcanzada y a buscar en forma permanente perfeccionar las metodologías utilizadas.

Como resultado de este proceso de desarrollo y especialización de la labor pericial dentro del CAVAS Metropolitano, surge progresivamente la necesidad de diferenciar esta función de la tarea asistencial. Es así que a partir del año 2003 se materializa la subdivisión del Equipo profesional, conformándose los subequipos Clínico y Pericial, los que dan respuesta diferenciada a la demanda asistencial de tipo reparatoria en el

caso del Equipo Clínico, mientras que el Equipo Pericial responde a las solicitudes de evaluación pericial de los Tribunales de Justicia y del Ministerio Público.

Considerando la complejidad de los procesos abordados, en el contexto de la Reforma Procesal Penal los peritos psicólogos han requerido la utilización de metodologías idóneas y pertinentes para satisfacer las demandas de este nuevo sistema de justicia, el cual requiere el establecimiento de criterios objetivos respecto de la valoración de los hechos que se investigan. Innegable importancia ha presentado desde entonces la participación de los peritos psicólogos en la evaluación acerca de la verosimilitud de los testimonios y la validez y confiabilidad de los relatos que entregan los testigos, lo que en ocasiones se constituye como una prueba esencial en la valoración realizada por los jueces al momento de establecer los hechos, resolver sobre las responsabilidades de los implicados en éstos y entregar, en definitiva, el dictamen de la consecuente sentencia. Lo anterior, resulta especialmente relevante cuando “no existe otro tipo de evidencias que las aportadas por un testigo único o la propia víctima” (Contreras, L. & Maffioletti, F., 2002; p. 128).

B. FUNDAMENTOS DE LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN CLÍNICO-PERICIAL

Las Evaluaciones Clínico Periciales en el CAVAS Metropolitano se realizan desde una perspectiva criminológica que se fundamenta en tres ejes. Por una parte, están los conocimientos científicos desarrollados por la Psicología del Testimonio y la Psicología Forense (Alonso-Quecuty, 1994; Ballesteros, 1998; Bull, 1994; Fabian, 2001; Johnson & Raye, 1981; Manzanero, 2001; Miotto, 2001; Querejeta, 1999; Undeutsch, 1954), y los principios del psicodiagnóstico clínico (Espada, 1997; García Arzeno, 1993, Grassano, E. 1984; Maldowsky, 2001; Ocampo, M., García Arzeno, M., Grassano, E., y col., 1987.). Un segundo eje lo constituyen los conocimientos teóricos y técnicos específicos respecto del fenómeno de la agresión sexual, sus secuelas psicológicas y su evaluación (Barudy 1999; Perrone & Nannini, 1998; Glaser & Frosh, 1997; Finkelhor 1979, 1984, 1993); mientras que como tercer eje, que caracteriza y diferencia la metodología de evaluación pericial del Centro, se encuentran los conocimientos criminológicos, específicamente los provenientes de la Criminalística (Al-Konr, 2003).

1. EVALUACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DISCURSIVA

Para la realización de las Evaluaciones Clínico Periciales en el CAVAS Metropolitano, se ha aplicado un marco de conocimientos teóricos específicos que permiten fundamentar el quehacer de los psicólogos que desempeñan la función pericial en este Centro. Al respecto, cobra gran importancia la Psicología Jurídica como disciplina especializada de intervención e investigación psicológica, en la que se integran las distintas áreas del contexto pericial. Una de las más representativas es la Psicología del Testimonio cuyas aportaciones, provenientes de un conjunto de conocimientos basados en investigaciones en los campos de la Psicología Experimental y Social, han resultado fundamentales en la determinación de la calidad de los testimonios que prestan los testigos presenciales sobre los delitos, accidentes o sucesos cotidianos (Fabian, 2001).

En este Centro, se abordan principalmente los testigos en su calidad de víctimas directas en casos de delitos asociados a agresiones de tipo sexual, cobrando gran relevancia el estudio de la fiabilidad de las declaraciones testimoniales de las víctimas. Al respecto, la delimitación de la credibilidad discursiva de la/el examinada/o, implica necesariamente la evaluación de sus competencias como testigo, encontrándose la línea de investigación, desde el ámbito pericial, dirigida al estudio de los procesos implicados en la diferenciación de la realidad percibida y la realidad imaginada, y resultando preponderante al momento de determinar la exactitud y credibilidad de un testigo, la evaluación de los procesos de memoria (Miotto, 2001).

En este proceso resulta fundamental conocer la diferencia entre los recuerdos generados internamente (imaginados), los generados externamente (derivados de la percepción) (Miotto, 2001) y los basados en hechos sugeridos, los cuales se pueden distinguir, en cuanto a su origen, mediante las diferencias cualitativas con que se describen (Alonso-Quecuty, 1994; Manzanero, 2001; Querejeta, 1999.).

De acuerdo a Johnson y Raye (1981) y Johnson, Kahan y Raye (1984), las informaciones de memoria falsa (autogeneradas) estarían motivadas por representaciones de la memoria original, pensamientos cotemporales al suceso que se testimonia y fantasías de lo ocurrido. Los recuerdos generados internamente (imaginados), provienen de procesos mentales e imaginativos (Miotto, 2001), mientras las descripciones sugeridas contienen más muletillas, hacen mayor referencia a operaciones cognitivas y presentan menos detalles sensoriales y más autorreferencias, siendo más semánticas o internas (Manzanero, 2001; Miotto, 2001).

Por contraparte, las descripciones basadas en hechos reales presentan más características de externalidad, son más episódicas o reales, poseen más información sensorial referida, por ejemplo, a las cualidades de color, tamaño, forma, textura, olores, sabores, entre otros, así como también información contextual referida a los datos espaciales y temporales del entorno del suceso (Fabian, 2001; Manzanero, 2001; Miotto, 2001). Asimismo, es importante destacar que la información posterior a un suceso afecta la información referencial, es decir las características de las descripciones de memoria; sin embargo la información de tipo sensorial es difícil de modificar, por lo tanto, cuando se incorpora información falsa aumentan los indicadores de la elaboración del recuerdo (características de descripciones sugeridas) (Manzanero, 2001).

Cabe hacer notar, además de lo anterior, que específicamente en lo referido a los testimonios asociados a la ocurrencia de agresiones sexuales, habitualmente la experiencia de las víctimas que han experimentado situaciones abusivas en la esfera de la sexualidad es tan intensa y las afecta de manera tan directa y profunda “que se quedan grabadas en su memoria y aún después de mucho tiempo todavía pueden ser reconstruidas” (Undeutsch, 1954 citado en Fabian 2001; p. 68).

En el análisis de veracidad del relato, se utiliza de modo referencial el sistema de evaluación de la credibilidad de los testigos y su testimonio, denominado Análisis de Validez del Testimonio (SVA), el cual se fundamenta en la metodología propuesta por Udo Undeutsch (1982, 1984, 1988). Este es un complejo sistema de evaluación que permite inferir respecto a la credibilidad de un testimonio de manera posterior al análisis cualitativo del mismo, a través de un método más o menos sistematizado, que incluye como elemento central el Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA)

(Fabian, 2001; Contreras & Maffioletti, 2002; Steller & Boychuk 1992, citado en Miotto, 2001). Esta técnica, en los últimos años ha sido ampliamente difundida en Europa y América, y consiste en la evaluación de criterios generales, específicos, referentes al contenido, a la motivación y a las características de la agresión (Alonso-Quecuty, 1994; Fabian, 2001; Querejeta, 1999; Steller & Kohenken, 1989).

2. VALORACIÓN DEL DAÑO Y DE LA DINÁMICA ABUSIVA

A partir de la experiencia del equipo en la realización de evaluaciones solicitadas por los Tribunales de Justicia, su contribución a los procesos investigativos del Ministerio Público, y la consiguiente participación en juicios orales, se ha considerado que la utilización de criterios de credibilidad discursiva no resulta suficiente para establecer la veracidad o verosimilitud de un relato.

Al respecto, la valoración pericial final para dar respuesta a interrogantes respecto de un fenómeno como la agresión sexual, requiere la consideración y por consiguiente, el conocimiento cabal previo de las dinámicas complejas que operan, tanto por parte del autor como de la víctima y el contexto que los rodea, y que requieren ser comprendidas para el esclarecimiento de un delito puntual. Así, se incorpora en el análisis respecto de cada caso, y por lo tanto en la información que entregamos en el informe final, la descripción de las dinámicas que han actuado en el origen de la agresión, en su mantención en el tiempo, en la forma y el proceso de develación, así como en el daño asociado a ésta, en miras a contribuir a hacer comprensibles, para los actores del proceso investigativo y judicial, sucesos muchas veces incomprensibles.

De esta manera, a través de los conocimientos y herramientas de que dispone la victimología y la psicología clínica, se da respuesta a interrogantes que habitualmente se presentan en el proceso investigativo, respuesta que muchas veces pasa por la descripción del funcionamiento psicológico de las víctimas, así como de las características de vulnerabilidad previas, tanto individuales como de sus contextos de desarrollo, de la manera en que se instauran dinámicas abusivas que buscan, y consiguen, perpetuar la situación abusiva y evitar la develación, y de la magnitud y cualidad del daño derivado de estas dinámicas.

3. LA MIRADA CRIMINOLÓGICA

Un elemento central y característico de las evaluaciones periciales que se desarrollan en este Centro, dice relación con la consideración de los elementos criminalísticos de un caso a la hora de establecer la veracidad de un relato. Esta consideración se relaciona con los elementos “objetivos” establecidos en forma previa durante la investigación llevada a cabo por el Tribunal o la Fiscalía correspondiente.

De este modo, los dichos de la/el evaluada/o son contrastados con las evidencias encontradas en la investigación y que aportan información concreta y respaldada respecto de las condiciones y circunstancias en que ocurrieron los hechos que se investigan, así como de sus consecuencias materiales.

En este sentido, toda la información existente respecto del espacio físico en que habrían ocurrido los hechos, así como la vinculada a la evidencia médico-legal de

la víctima y/o el imputado, aporta antecedentes concretos que permiten contrastar la consistencia del relato de la víctima, según su cercanía o alejamiento a esta realidad material.

Del mismo modo, la consideración de las declaraciones previas de la víctima, así como de cualquier otro declarante en el proceso, incluido el imputado, permite establecer la existencia de convergencias y divergencias centrales para la determinación de la factibilidad de ocurrencia de los hechos según los señala la víctima en su relato.

Dentro de la información aportada por los distintos declarantes, resulta un elemento relevante a considerar la determinación del contexto en que se habría producido la develación y denuncia de los hechos. Este elemento aporta información que permite establecer una hipótesis respecto de la motivación asociada a la denunciada, estableciéndose la presencia o ausencia de posible instrumentalización de la misma.

Por último, la determinación de la disposición de la víctima a variar o mantener su versión respecto de la agresión sufrida, así como la identificación de la figura del autor, a partir del análisis de sus declaraciones previas en contraste con la obtenida en la evaluación, resulta un elemento de relevancia para establecer su fiabilidad como testigo. Al respecto, cabe destacar que la presencia de modificación de la versión de la víctima en el tiempo y/o frente a distintas instancias, si bien constituye un indicador de baja fiabilidad de testimonio, no necesariamente se vincula a un relato falso o de simulación. Por el contrario, una retractación, por ejemplo, podría estar vinculada ganancialmente a la necesidad de la víctima de evitar las consecuencias negativas derivadas de la develación o denuncia (internación, encarcelamiento de una figura significativa, culpabilización y rechazo familiar, etc.), haciéndose necesaria la identificación de las variables contextuales asociadas causalmente a esta modificación de versión. En este sentido, queda claro que la identificación de una evidencia criminalística, en este caso la modificación de la versión de la víctima, más que permitir por sí misma una conclusión, demanda la puesta en juego por parte del perito de sus conocimientos respecto de la dinámica de las agresiones sexuales y sus consecuencias. Este conocimiento sumado a la información obtenida en la entrevista clínico pericial, le permitirá finalmente asignarle una interpretación pericial al dato criminalístico inicial.

Finalmente, quisiéramos destacar que la incorporación de esta mirada investigativa a la evaluación clínico pericial realizada actualmente en el CAVAS Metropolitano, es resultado directo de la vinculación de este equipo profesional con el Instituto de Criminología del cual depende. Esta vinculación ha permitido la realización de una síntesis en la que convergen distintas disciplinas, resultando un elemento central el contacto diario con criminólogos y victimólogos de larga trayectoria. En este sentido, la metodología utilizada en este Centro y particularmente su enfoque criminalístico, surge del trabajo interdisciplinario realizado por psicólogos, abogados, criminólogos e investigadores policiales, enriqueciéndose así la labor que desempeñan los peritos psicólogos.

C. LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN CLÍNICO PERICIAL

En este apartado, de manera sintética, se presenta el modelo de trabajo desarrollado por el equipo de profesionales especializados en el área de la Evaluación

Clínica Forense del CAVAS Metropolitano, el cual, a partir de las demandas existentes en el ámbito nacional, se ha planteado el desafío de producir nuevos conocimientos que validen la práctica clínico pericial a través de la rigurosidad de su metodología, perfeccionando permanentemente los procedimientos utilizados.

1. ANÁLISIS CRIMINOLÓGICO DE EXPEDIENTES

Bajo los principios anteriormente expuestos, en este Centro la Evaluación Clínico Pericial se inicia con el análisis en profundidad de los antecedentes existentes en la investigación de cada caso, comenzando la labor del perito psicólogo de manera previa a la entrevista con el examinado y su acompañante (si lo hubiese y fuera necesario). Esta etapa, comprende el estudio de las constancias de autos y el análisis de las declaraciones de la presunta víctima, de los restantes testigos y del presunto victimario (Miotto, 2001). Un elemento esencial de consignar, en este punto, se refiere a la eclosión del conflicto (Contreras & Maffioletti, 2002), es decir las características, modalidades, circunstancias y consecuencias de los hechos que motivan la acción judicial (Miotto, 2001).

Para el perito psicólogo resulta necesario conocer toda la información específica de la causa, incluyendo los antecedentes acerca del origen y la progresión de la denuncia, en tanto posibilita el planteamiento de diversas hipótesis alternativas respecto al motivo de consulta (Contreras & Maffioletti, 2002), lo que permite focalizar ciertas áreas o núcleos temáticos, procurando evitar la realización de preguntas dirigidas, inapropiadas o tendenciosas (Espinoza & Venegas, 2002).

2. LA ENTREVISTA CLÍNICO-PERICIAL

De manera posterior al análisis de los antecedentes reunidos en la causa, se realiza la entrevista clínico pericial, la cual se desarrolla en tres fases. La fase inicial, que busca establecer un vínculo adecuado entre el entrevistador y el evaluado (rapport), la fase de desarrollo, que se orienta a profundizar respecto a los contenidos que se pretende abordar y, finalmente, la fase de cierre, que tiene como objetivo entregar una retroalimentación positiva al entrevistado, evitando que abandone la situación de entrevista en un estado emocional de excesiva angustia (Bull, 1994; Soria, 1994; Miotto, 2001; Espinoza & Venegas, 2002).

Dentro de la segunda fase, o fase de desarrollo, se distinguen tres instancias. En la primera se privilegia el testimonio basado en la narrativa libre y la realización de preguntas abiertas que entreguen gran cantidad de información, a través de reducidas intervenciones del perito, con el objetivo de facilitar el recuerdo libre, aumentando así la exactitud y el valor clínico de la información. Posteriormente, se facilita la entrega de información por parte del evaluado a través de preguntas específicas no sugestivas, tendientes a estimular la memoria episódica del examinado y clarificar la información recabada. Para lograr este objetivo, se utilizan técnicas generales de memoria y estrategias complementarias para el recuerdo de detalles específicos (buscar información por diferentes vías, recrear mentalmente el contexto del hecho, recordar en distinto orden, cambio de perspectiva, entre otras). Finalmente, se realizan preguntas cerradas, que implican un limitado número de respuestas y preguntas profundas que implican respuestas específicas.

Además de lo anterior, conforme a la apreciación clínica del perito y a partir de los hallazgos que surgen durante la evaluación, en cada entrevista clínico pericial se determina la aplicación de los instrumentos psicodiagnósticos estandarizados en el país, que resulten necesarios y pertinentes según la particularidad de cada caso.

Es importante señalar que un elemento fundamental de las entrevistas Clínico Periciales realizadas en este Centro, es la flexibilidad con que se aplican los criterios señalados previamente, en miras a desarrollar la entrevista a partir de la interacción con el examinado, evaluando sus capacidades cognitivas y sus competencias como testigo. Así también, se facilita un ambiente adecuado al contexto de evaluación, evitando posibles fuentes de distracción, procurando mantener estabilidad y un entorno acogedor, en el que se resguarde la seguridad del entrevistado. Esto favorece el establecimiento del rapport necesario que permite el procesamiento óptimo de la información referida a los hechos investigados (Espinoza & Venegas, 2002; Miotto, 2001; Maldowsky, 2001; Hernández & Soria, 1994; Contreras & Maffioletti, 2002).

3. LA VALORACIÓN PERICIAL FINAL

La intervención de un perito psicólogo en el proceso investigativo busca dar respuesta a la solicitud del órgano judicial respectivo, en cuanto a la determinación de la fiabilidad de un testimonio en lo que se refiere a la ocurrencia de un delito sexual y a la persona del autor o autores de éste. De esta manera se espera que al término de la evaluación realizada, el perito psicólogo se encuentre en condiciones de pronunciarse respecto a la cualidad del relato que entregó la/el examinada/o, es decir, si los hechos que narra la presunta víctima de agresión sexual corresponderían a una experiencia vivida realmente o si por el contrario son fruto de su imaginación o de la manipulación de un tercero.

Esta respuesta final surge a partir de un análisis integral de la información recabada durante el proceso de evaluación, análisis que incluye el nivel de competencia del examinado como testigo, sus posibles motivaciones para hacer una declaración falsa y el análisis de la forma y el contenido del relato, agregándose, asimismo, la evaluación de la posible existencia de daño psicosocial asociado al delito investigado (Espinoza & Venegas, 2002; Miotto, 2001; Contreras & Maffioletti, 2002). Se incluyen además en este análisis, los aspectos clínicos, victimológicos y criminológicos que faciliten la comprensión de la dinámicas a la base del delito investigado o den respuesta a las interrogantes que surjan en la investigación.

En este sentido, destaca la importancia de abordar la Evaluación Clínico Pericial de manera integral, considerando la credibilidad discursiva como un aspecto que permite analizar la fiabilidad del examinado como testigo, pero que no determina, por sí solo, el grado de probabilidad de ocurrencia del hecho investigado. En consideración de lo anterior, se incluye en los peritajes psicológicos la evaluación del posible daño psíquico asociado a agresiones sexuales, así como de los procesos psicológicos que pudieran incidir en que un examinado altere sus dichos iniciales, ya sea negando la ocurrencia del hecho o modificando la figura del autor. En este sentido, en el análisis del caso así como en la elaboración del informe, el perito pone en juego sus conocimientos disciplinarios de psicología general (procesos psicológicos básicos fundamentalmente,

atención y memoria), psicología evolutiva, psicopatología y psicodiagnóstico, así como los elementos de la psicología del testimonio, la criminalística y el derecho penal.

D. ESTADÍSTICAS DE LA LABOR PERICIAL EN EL CAVAS METROPOLITANO

A continuación se presentarán los resultados de un estudio de tipo descriptivo en el cual se sistematizó la información existente en relación al total de Evaluaciones Clínico Periciales realizadas en el CAVAS Metropolitano por solicitud del Ministerio Público, en el período comprendido entre Diciembre del año 2000 y Julio del año 2003 (Alhambra & Miranda, 2003).

La muestra del estudio se encuentra conformada por 154 Informes Clínico Periciales correspondientes a niños (as), adolescentes y adultos que fueron presuntamente víctimas de agresiones sexuales, realizaron la denuncia, o alguien lo hizo por ellos, realizándose entonces en el Centro, por demanda de las autoridades competentes, en este caso Fiscalías, un análisis de veracidad de sus relatos.

Las variables consideradas para la investigación fueron clasificadas operacionalmente, distinguiendo aspectos relacionados con los examinados y con las conclusiones de los peritos. Estas últimas referidas específicamente a la valoración de la validez de los testimonios que entregaban los examinados en su calidad de víctimas.

De los examinados se consideró la edad, el sexo y el tipo de delito que denunció y da origen a la investigación (violación, estupro y abuso sexual).

De las conclusiones presentadas en los Informes Clínico Periciales se seleccionó la información referida a la veracidad del testimonio analizado, el cual fue definido como Veraz o No Veraz. Dentro de la categoría No Veraz se incluyen los resultados presentados como Retracción, Existencia de Indicadores Psicológicos asociados a experiencias de victimización sexual y Propiamente No Veraz.

La conclusión de Veracidad implica la presencia de testimonios que cumplen con los criterios de credibilidad, presentándose de modo consistente con las diversas fuentes de información analizadas, constatándose la existencia de indicadores clínicos asociados a experiencias de agresión sexual.

De modo inverso, la conclusión de No Veracidad implica la presencia de testimonios que No cumplen con los criterios de credibilidad analizados.

Dentro de la categoría No veraz se incluye la Retracción, entendida como la variación de los dichos que entrega el examinado con respecto a su primera declaración, es decir, el cambio de la versión original ya sea modificando la figura del agresor o negando la ocurrencia del hecho abusivo (Rivera & Salvatierra, 2003.). En estos casos la No Veracidad se delimita a la credibilidad discursiva del examinado, constatándose en un alto grado de probabilidad la ocurrencia del hecho abusivo, debido a la existencia de indicadores de daño psíquico asociado específicamente a la vivencia de agresiones sexuales. Se incluye también la Presencia de Indicadores Psicológicos, entendida como la existencia de indicadores clínicos asociados a experiencias abusivas, sin un relato consistente que cumpla con los criterios de veracidad. En estos casos, la No Veracidad fue determinada por la ausencia de relato o bien por un relato que no cumple con los

criterios de veracidad, sin embargo ante la presencia de daño psíquico asociado específicamente a la esfera de la sexualidad se constata en un alto grado de probabilidad la ocurrencia del hecho abusivo. Por último se incluye el Testimonio Propiamente No Veraz, entendido como un testimonio que No cumple con los criterios de credibilidad y que no corresponde a las clasificaciones anteriores, es decir No existen indicadores psicológicos asociados a la ocurrencia del delito sexual investigado (daño psíquico), así como tampoco indicadores propios del fenómeno de la retractación.

El objetivo del estudio se centra en describir los resultados obtenidos por los Peritos de acuerdo a las variables señaladas, analizándolos a partir del marco teórico y referencial que fundamenta la metodología utilizada por el Equipo Pericial del Centro. De este modo, la investigación analiza la realidad testimonial de quienes denuncian haber vivenciado agresiones de tipo sexual y son evaluados por Peritos Psicólogos, distinguiendo los fenómenos psicológicos asociados específicamente a un discurso que no cumple con los criterios de veracidad existentes en la actualidad.

Los resultados del estudio en relación a estas variables se presentan en las siguientes tablas:

Al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación, es posible concluir que el mayor porcentaje de Evaluaciones Clínico Periciales realizadas corresponde a examinadas de sexo femenino menores de 18 años (68,17%). Esto coincide con las estadísticas respecto a la prevalencia de delitos sexuales en la población general,

Tabla Nº 1: Distribución por Edad y Sexo

Sexo/Edad	Menores de 12 años		Entre 12 y 18 años		Mayores de 18 años		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Femenino	55	35.71	50	32.46	19	12.33	124	81
Masculino	22	14.28	6	3.89	2	1.29	30	19
Total	77	50	56	36	21	14	154	100

Tabla Nº 2: Distribución por Sexo y Tipo de Delito

Sexo/Tipo de Delito	Abuso Sexual	Violación y Abuso Sexual	Violación y Abuso Sexual	Estupro	Estupro	Total	%
Femenino	57	61	4	1	1	124	81
Masculino	10	18	1	1	0	30	19
Total	67	79	5	2	1	154	—
%	44	51	3	1.3	0.65	100	

Tabla N° 3: Distribución por Sexo y Resultado del Análisis de Veracidad

Sexo / Análisis de Veracidad	Veraz	No veraz	Total	%
Femenino	106	18	124	81
Masculino	27	3	30	19
Total	133	21	154	—
%	86	14	—	100

Tabla N° 4: Casos No Veraces

Sexo / No Veracidad	Retractación	Indicadores psicológicos	Propiamente No veraz	Total %
Femenino	7	8	3	18 86
Masculino	0	0	3	3 14
Total	7	8	6	21 100
% del Total del Universo	4.5	5.1	3.8	— 14

Tabla N° 5: Resultado del Análisis de Veracidad en Casos Menores de 12 años

Sexo / Análisis de Veracidad	Veraz	No veraz	Total	%
Femenino	44	11	55	71.4
Masculino	20	2	22	28.6
Total	64	13	77	—
%	83	17	—	100

Tabla N°6: Resultado del Análisis de Veracidad en Casos entre 12 años y 18 años

Sexo / Análisis de Veracidad	Veraz	No veraz	Total	%
Femenino	45	5	50	89
Masculino	5	1	6	11
Total	50	6	56	—
%	89	11	—	100

Tabla N° 13: Resultado del Análisis de Veracidad
en Casos mayores de 18 años

Sexo / Análisis de Veracidad	Veraz	No veraz	Total	%
Femenino	17	2	19	90
Masculino	2	0	2	10
Total	19	2	21	—
%	90	10	—	100

tanto nacional como internacional (Nahuelpan, 2002; Larraín, Vega y Delgado, 1997; MINSAL, 1998b; Glaser & Frosh, 1997; Smith & Bentovim, 1994; MINSAL, 1998b; Del Campo, 1998; CAVAS, 2000d). Del mismo modo, el mayor porcentaje de evaluaciones realizadas corresponde a investigaciones seguidas por los delitos de violación y abuso sexual, lo que concuerda con las estadísticas de denuncias por delitos sexuales existentes en el ámbito nacional (CAVAS, 2000d; Nahuelpan, 2002).

A partir de los hallazgos en el universo estudiado es posible concluir que de los peritajes realizados a quienes denuncian haber sido víctimas de un delito sexual, el mayor porcentaje de testimonios resultó ser Veraz (86%). Por tanto, la mayoría de las personas evaluadas entregaron testimonios fiables.

Asimismo, se constata que existe un porcentaje de examinados que presentan testimonios que no cumplen con los criterios de veracidad (14%), constituyéndose éstos como testigos poco fiables dentro de un proceso de investigación judicial. No obstante, es necesario distinguir que dentro de este grupo de testigos existe un porcentaje menor que presenta un testimonio Propiamente No Veraz (3,8%) y un alto porcentaje de casos que presentan testimonios poco fiables, pero que se encuentran asociados al fenómeno de la Retracción o a la existencia de Indicadores Psicológicos de agresión sexual, en los que se constata con un alto grado de probabilidad la ocurrencia del hecho denunciado (9,6%).

De este modo, un testimonio poco fiable, no implica necesariamente un testimonio basado en hechos falsos, en tanto la veracidad se delimita a la credibilidad discursiva, la cual puede encontrarse alterada por la multiplicidad de factores que intervienen negativamente en el mundo psíquico de las víctimas de agresión sexual.

Respecto a los testimonios que No cumplen con los criterios de veracidad, analizados desde la variable sexo, es posible concluir que no existen diferencias importantes entre el sexo femenino (14,5%) y masculino (10%). Sin embargo, al analizar las formas de no veracidad según esta variable, se observa que en los examinados de sexo masculino sólo se presentan casos en que se constata la existencia de indicadores Psicológicos de Agresión Sexual (66,7%) o se determina la existencia de testimonios Propiamente No Veraces (33,3%), no presentándose el fenómeno de la retractación. En cambio, dentro del grupo de examinados de sexo femenino, se presentan las tres formas de no veracidad definidas, constituyendo los casos de testimonios Propiamente No Veraz el menor porcentaje (27,8%).

Al analizar las formas de no veracidad que presentan las examinadas de sexo femenino, según los rangos etáreos, es posible concluir que el fenómeno de la Retracción se presenta sólo en menores de 18 años de edad. Se destaca que el mayor número de casos en los que se presenta este fenómeno corresponde a niñas menores de 12 años, constituyéndose éstas como el grupo de examinados que presenta mayor riesgo de modificar sus dichos iniciales ante un proceso de investigación judicial.

En cuanto a las formas de no veracidad que presentan los examinados de sexo masculino, según los rangos etáreos, es posible concluir que la existencia de Indicadores Psicológicos de agresión sexual se encontró exclusivamente en menores de 12 años de edad. Se destaca que dentro de este rango etáreo (menores de 12 años) no se observa la presencia de testimonios retractatorios, así como tampoco testimonios propiamente no veraces.

De lo anterior, se desprende que los examinados de sexo masculino, menores de 12 años, presentan un testimonio poco fiable asociado solamente a la credibilidad discursiva, constatándose en un alto grado de probabilidad la ocurrencia del delito investigado, al determinarse la existencia de daño psíquico en la esfera de la sexualidad.

En el caso de los examinados de sexo masculino entre 12 y 18 años de edad, se observa que el único caso que no cumple con los criterios de fiabilidad corresponde a un testimonio Propiamente No Veraz. Sin embargo, este caso representa un bajo porcentaje (16,65%) respecto de los resultados concluidos como veraces para examinados de este rango etáreo (83,65%). De este modo, es posible constatar que la mayoría los adolescentes de sexo masculino que refieren haber sido víctimas de agresiones sexuales al ser evaluados se presentan como testigos fiables.

Respecto a los examinados de sexo masculino mayores de 18 años, no se presentan testimonios no veraces.

Finalmente, en términos generales, es posible concluir respecto a la veracidad de las declaraciones testimoniales que no se presentan importantes diferencias según los rangos etáreos analizados, determinándose que el mayor porcentaje de testimonios entregados por presuntas víctimas de delitos sexuales cumple con los criterios de fiabilidad. De este modo, se destaca que dentro del grupo de los menores de 12 años se presenta un alto porcentaje de fiabilidad de testimonios, lo que refuerza los conocimientos que postulan que no se debe renunciar a los niños como testigos. En este sentido, los resultados obtenidos en esta investigación corroboran los planteamientos de que no existe un sustento científicamente válido que compruebe la hipótesis de que los niños y niñas presentan un mayor nivel de sugestionabilidad que los adolescentes o adultos.

Al analizar los hallazgos de esta investigación desde el marco teórico descrito, en primer lugar resulta interesante reflexionar acerca de los alcances de la Evaluación Clínico Percial realizada a presuntas víctimas de delitos sexuales, en tanto ésta se constituye en un medio de prueba dentro del proceso judicial, adquiriendo especial relevancia cuando no existen otras evidencias más que las aportadas por el examinado.

De esta forma, resulta fundamental que los peritos psicólogos que se desempeñan en el área de los delitos sexuales, posean un vasto conocimiento respecto a los diversos fenómenos asociados a las agresiones sexuales, considerando la amplia gama

de variables que se encuentran involucradas en la dinámica abusiva, tales como: la edad de la víctima, el vínculo con el agresor y sus estrategias de victimización, la frecuencia y la intensidad de las agresiones, las consecuencias que genera la develación, la reacción de las figuras significativas y las secuelas psicológicas que caracterizan a este tipo de víctimas.

En segundo lugar, analizamos la retractación como el fenómeno más significativo y complejo que se asocia a testimonios poco fiables, en tanto constituye un elemento que diferencia las formas de No veracidad según el sexo y edad del universo estudiado, presentándose exclusivamente en examinadas de sexo femenino menores de 18 años de edad.

Al respecto, se puede conjeturar, desde una perspectiva de género, que el aprendizaje de roles adquiridos en el proceso de socialización favorece el desarrollo de un estilo interaccional en donde predomina un funcionamiento basado en la subordinación de las propias necesidades en pos de la mantención de los vínculos afectivos, constituyéndose esto en un factor de vulnerabilidad ante las estrategias de manipulación afectiva utilizadas por el agresor.

Junto con ello, es posible inferir que los procesos psicológicos generados a partir de las estrategias de victimización que vivencian mayormente las niñas y las adolescentes (dinámica de seducción, sentimientos de co-participación, culpa y vergüenza emergentes de la manipulación afectiva del autor) se produciría en ellas una distorsión respecto a la atribución de responsabilidad de los hechos abusivos, desculpabilizando al agresor. Es así como la confusión cognitiva y afectiva que presentan estas víctimas pudiese influir en la presentación de un relato retractatorio, el cual surgiría como una respuesta en dirección a la necesidad de mantener la estabilidad del mundo interno y del contexto de desarrollo. De este modo, la retractación pudiese funcionar como un mecanismo de auto y heteroprotección, en tanto le permite a la niña o adolescente, proteger su autoimagen y asimismo a las figuras significativas de su entorno cercano.

Sumado a lo anterior, la dependencia afectiva que presentan intrínsecamente los infantes permitiría comprender el hallazgo referido a que el fenómeno de la retractación se presenta mayormente en niñas menores de 12 años, etapa del desarrollo en donde la vulnerabilidad y dependencia de figuras adultas significativas, incluido en algunos casos el propio agresor, pudieran incidir directa o indirectamente en la mantención de sus dichos.

Por otra parte, las consecuencias negativas desencadenadas de manera posterior a la develación, principalmente las medidas de protección que implican la internación o el alejamiento de la niña respecto de su grupo familiar, pueden actuar como fuentes de presión inclusive mayor que la experiencia abusiva, configurándose en un factor más que incidiría en la no mantención la versión inicial.

En este sentido, la construcción de un relato retractatorio se constituiría en un intento poco adaptativo de retomar el control sobre el curso vital ante la desestabilización experimentada por los cambios desencadenados en su entorno.

Por último, respecto a los resultados obtenidos en niños menores de 12 años, es posible señalar que la ausencia del fenómeno de la Retracción y la presencia de Indicadores Psicológicos asociados a agresión sexual como única forma de No Vera-

cidad, podría asociarse a un mayor control cognitivo que restringe la externalización verbal de la experiencia abusiva, pudiendo interpretarse como una modalidad pasiva análoga a la retractación.

A partir de estos elementos se destaca la importancia de realizar futuras investigaciones en este campo, toda vez que se abren múltiples preguntas respecto a la realidad de testimonial de las víctimas y presuntas víctimas de delitos sexuales en el contexto nacional. Particularmente, resulta interesante investigar respecto a las declaraciones testimoniales evaluadas como Propiamente No Veraces, las cuales si bien representan un bajo porcentaje del universo estudiado, constituyen un área de especial interés dentro del ámbito judicial.

CAPÍTULO V

LA INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO DE CRIMINOLOGÍA

Durante sus 16 años de funcionamiento, el CAVAS ha desarrollado en forma paralela a la tarea asistencial, la labor investigativa. La premura y prioridad de la demanda asistencial ha determinado que esta labor se haya realizado con ausencia de recursos destinados a este fin y en forma no sistemática, basándose fundamentalmente en el interés y motivación de los profesionales del Centro y de sus directivos, que siempre entendieron la necesidad de avanzar en el conocimiento científico de las materias vinculadas al dominio victimológico y específicamente de las agresiones sexuales.

De este modo, la investigación realizada en el seno del Instituto de Criminología, INSCRIM, al que pertenece el Centro, ya sea por proyectos de investigación llevados a cabo por sus propios miembros, o por estudios dirigidos por algunos de éstos como profesores guía de tesis de pregrado, sin duda ha contribuido al desarrollo de la Victimología y de la Psicología Jurídica en Chile. A partir de estas investigaciones el equipo ha ido conociendo y comprendiendo cada vez más fenómenos relacionados con la criminalidad y específicamente con el delito sexual y sus consecuencias.

Como un elemento que ha sido estimulante y fortalecedor de la tarea investigativa desarrollada en el Centro, debemos destacar el importante rol que han jugado los Cuadernos de Criminología publicados por el Instituto de Criminología. El alto nivel de los trabajos nacionales e internacionales publicados en este espacio, ha sido un aporte teórico que ha alimentado nuestra concepción del fenómeno de las agresiones sexuales en un marco criminológico y victimológico, además de ser un espacio único para la publicación de trabajos en el área. Por otro lado, los distintos Congresos Iberoamericanos de Psicología Jurídica, organizados por la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica (AIPJ), organismo en el que los profesionales del CAVAS han tenido una permanente participación, han permitido el contacto regular de los profesionales del equipo con algunos de los más importantes y vigentes exponentes profesionales de la Psicología Jurídica en el mundo. Muchos de los trabajos realizados en el CAVAS han sido publicados en los anales de estos Congresos.

A continuación se presenta un catastro de los distintos trabajos realizados en el Instituto de Criminología de acuerdo a su temática.

A. ESTUDIOS Y PUBLICACIONES CRIMINOLÓGICAS

- a. ESCAFF, E. “El Papel de la Policía Ante las Víctimas del Delito”.
Revista Victimología, N° 7.1993.
- b. ESCAFF, E.; GARCÍA, F. & GONZÁLEZ, M. A. “Menores Infractores de Ley en Chile. Una Interpretación en Criminología Integrativa”.
Cuadernos de Criminología, N° 1. 1993.
- c. ESCAFF, E. “El Rol de la Policía Ante las Víctimas del Delito. La Experiencia Chilena.”
Cuadernos de Criminología, N° 1. 1993.
- d. BRAVO, M. S. “Estudio exploratorio y descriptivo de la sensación de seguridad/ inseguridad ciudadana y adopción de conductas de prevención al delito, asociadas a la percepción de los espacios del medio físico construido que presentan individuos de la comuna de Conchalí”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 1997.
- e. HUERTA, S.; MARIC, V. & RAYMENT, P. “Violencia en el Espacio Familiar: Ideología y Representaciones Sociales”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 1997.
- f. CABRERA, J. & PARRINI, R. “Sexualidad entre hombres encarcelados: género, identidad y poder”.
Memoria para optar al título de psicólogo. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 1999.
- g. MONTEDONICO, F. & PEIRANO, D. “Características Psicosociales de Jóvenes Varones Recluidos por Delitos Contra la Propiedad en la Región Metropolitana”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 1998.
- h. HUERTA, C. “Los Medios de Comunicación Social como Agentes de Victimización Secundaria”.
Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago de Chile. 2003.

B. ESTUDIOS Y PUBLICACIONES EN AGRESIONES SEXUALES

1. EL CONTEXTO JURÍDICO DE LAS AGRESIONES SEXUALES
 - a. ESCAFF, E. “La Víctima Frente al Sistema Jurídico Penal”.
Revista Victimología, N° 10. 1994.

- b. FORNO, L. "Entre el Espanto y la Ternura: Estudio descriptivo y comparativo sobre las cogniciones y sentimientos asociados a los niños (as) abusados sexualmente y los denunciantes acerca del sistema judicial".
Tesis para optar al grado de licenciado en psicología. Santiago de Chile, Universidad Diego Portales, 1994.
 - c. CHOCAIR, J. "Análisis legal de los delitos sexuales".
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 1997.
 - d. CHOCAIR, J. "Abuso sexual en Chile una perspectiva victimológica y legal".
Tesis para optar al título de abogado. Santiago de Chile, Universidad Andrés Bello. 1997.
 - e. BECAR, C. e IBACETA, F. "Abuso sexual incestuoso y sistema judicial: ¿obligatoriedad de la denuncia o estrategia y opción de intervención psicosociológica?".
Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile. 2000.
 - f. "Cartilla de Asistencial Legal Para Víctimas de Atentados Sexuales".
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 2000.
 - g. "Apuntes de Capacitación Sobre el Abuso Sexual y su Legislación en Chile".
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 2002.
 - h. GALVEZ, J. M. & MANDIOLA, S. "Estudio Descriptivo Exploratorio de Procesos Penales. Efectos y Alcances de los Peritajes en Víctimas de Delitos Sexuales en las Sentencias Definitivas de Primera Instancia".
Anales del IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Madrid, España. 2002.
2. EL AGRESOR SEXUAL
- a. CONTRERAS, L. & MAFFIOLETTI, F. "Estudio Descriptivo de Características de Personalidad, a Través del Test de Rorschach, de Sujetos que han Cometido el Delito de Violación".
Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Santiago de Chile, Universidad Diego Portales. 1997.
 - b. CHAURIYE, S. "Agresores Sexuales Intrafamiliares: un estudio descriptivo".
Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Santiago de Chile, Universidad Diego Portales. 1997.
 - c. ASENJO, F. "Estudio Descriptivo y Analítico Relacional Acerca de Agresores Sexuales: Los aportes de la teoría del vínculo a la criminología".
Memoria para optar al título de psicólogo. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 2000. Publicado en Anales del IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica, Madrid, España. 2002.

- d. ASENJO, F.; GALVEZ, J.M.; GONZÁLEZ, F. & MANDIOLA, S. “Evaluación a Ofensores Sexuales: Abordaje en Peritajes Judiciales”.
Presentado en el III Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica, Sao Paulo, Brasil. 2000.
 - e. ESCAFF, E.; ASENJO, F.; BASTÍAS, A.; GÁLVEZ, J.M.; MAFFIOLETTI, F.; MANDIOLA, S.; MESTRE, S. “Proposición de un modelo de intervención psicosocial para adolescentes que presentan conductas abusivas de carácter sexual”.
Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago de Chile. 2003.
 - f. ASENJO, F.; BASTÍAS, A.; GÁLVEZ, J.M.; MAFFIOLETTI, F.; MANDIOLA, S.; MESTRE, S. “Estudio descriptivo exploratorio de un muestra de adolescentes que presentan conductas abusivas de carácter sexual”.
Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago, Chile. 2003.
3. VARIABLES ASOCIADAS A LA AGRESIÓN SEXUAL
- a. ESCAFF, E. & SAGÜES, E. “Violencia Sexual Intrafamiliar: Un estudio descriptivo”.
Anuario de Psicología Jurídica, Madrid. 1994.
 - b. ESCAFF, E. & SALINAS M. I. “Víctimas de Violencia Sexual Intrafamiliar: variables asociadas a la victimización secundaria”.
Anales del I Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica, Santiago de Chile. 1995.
 - c. NAVARRO, C. “Patrones de Vinculación en Madres de Víctimas de Abusos Incestuosos: los peligros del vínculo”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile, 1998. Publicado en *Victimología*, N° 19. 1999.
 - d. SAT, C. & VILLAGRA, C. “Representaciones Sociales de los Atentados Sexuales en Personas de Santiago”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 2002.
4. CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES SEXUALES
- a. CORREA, A. & RIFFO, M. “Descripción y análisis de la relación víctima-autor en los delitos sexuales y su repercusión en la autoestima y el trastorno de estrés postraumático en mujeres adolescentes atendidas en el C.A.V.A.S.”.

- Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 1995.
- b. MUÑOZ, M.. “Víctimas de Agresiones Sexuales Diez años Después”.
Tesis para optar al grado de licenciada en trabajo social y al título de asistente social. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1998.
 - c. HUERTA, S. & NAVARRO, C. “Abuso Incestuoso y Alteración del Desarrollo Psicosexual: Un estudio de Caso Único”.
Anales del IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Madrid, España. 2002.
 - d. HUERTA, S.; MARIC, V. & NAVARRO, C. “Factores que Intervienen en el Impacto del Abuso Incestuoso Sobre la Víctima”.
Revista Terapia Psicológica, Vol 20(2), N° 38. 2002.
 - e. ALISTE, M.; CARRACO, E. & NAVARRO, C. “Diagnóstico Psicosocial de Menores Víctimas de Agresiones Sexuales: Un estudio descriptivo”.
Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago, Chile. 2003.
 - f. PEREIRA, P. “Estudios Clínicos a través del psicodiagnóstico de Rorschach en Víctimas de Delito Sexual”.
Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago, Chile. 2003.
5. INTERVENCIÓN EN AGRESIONES SEXUALES
- a. ESCAFF, E. “Esquemas Terapéuticos en Asistencia de Atentados Sexuales”.
Revista Victimología, N° 4. 1992.
 - b. ESCAFF, E.; GALVEZ, J. M. & FREZ, CH. “Hacia un Modelo Terapéutico para Víctimas Adolescentes de Violación por Desconocido”
Cuadernos de Criminología, N° 3. 1994.
 - c. GALVEZ, J. M. “Hacia un Modelo Terapéutico para Adolescentes Víctimas de Violación”.
Anales del I Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago, Chile. 1995.
 - d. “Guía Básica para la Intervención de Casos Clínicos en C.A.V.A.S.”.
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 2000.
 - e. HUERTA, S. & NAVARRO, C. “Programa de Prevención de Revictimización Sexual Infantil”.
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 2000.

- f. Proyecto Unidad de Familia C.A.V.A.S.
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 2002. (2002).
 - g. Proyecto Unidad de Grupo.
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 2002.
 - h. Equipo de Sistematización.
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS. 2002.
 - i. CAPELLA, C. & MIRANDA, J. “Diseño, Implementación y Evaluación Piloto de una Intervención Psicoterapéutica Grupal para Niñas Víctimas de Abuso Sexual”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 2003.
 - j. CAPELLA, C., CONTRERAS, L., GUZMÁN, L., MIRANDA, J., NÚÑEZ, L. & VERGARA, P. “Una Aproximación Clínica a las Producciones Gráficas de Niños(as) Víctimas de Agresión Sexual”.
Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago, Chile. 2003.
6. EVALUACIÓN PERICIAL EN VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL
- a. CUEVAS, C. “Simulación Infantil en Delito Sexual: un estudio de casos exploratorio descriptivo”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 2002.
 - b. RIVERA, M. & SALVATIERRA, M. “Estudio Descriptivo Comparativo Sobre las Variables que Influyen en la Retracción de los Menores, entre 4 y 16 años, que Han Sido Víctimas de Agresiones Sexuales”.
Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 2002.
 - c. CONTRERAS, L. & MAFFIOLETTI, F. “Valoración Psicojurídica de la Veracidad del Testimonio en la Evaluación del Abuso Sexual Infantil”.
Revista Praxis, N° 4, año 3. 2002.
 - d. ALHAMBRA, M. & MIRANDA, J. “Estudio descriptivo de Evaluaciones Clínicas periciales realizadas en CAVAS Metropolitano, en el contexto de la nueva Reforma Procesal Penal”.
Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago, Chile. 2003.

CAPÍTULO VI

DESAFÍOS FUTUROS

El desarrollo y crecimiento del CAVAS Metropolitano se ha producido en un contexto social y jurídico que ha cambiado su escenario de manera significativa a lo largo de estos 16 años. Es así como el reconocimiento social y la toma de conciencia respecto de la existencia y la gravedad del fenómeno de las agresiones sexuales, es hoy día una temática social presente que ha superado su carácter de tabú.

En este sentido, la situación de las víctimas y la necesidad de la reparación del daño sufrido como consecuencia de la experiencia abusiva, constituyen elementos presentes en el discurso social oficial. Este reconocimiento social, además de contribuir a la visibilización del problema, ha significado la toma de conciencia de la necesidad y derecho de ayuda por parte de las propias víctimas. Estos elementos han significado, a lo largo de estos años, un creciente aumento de la demanda por atención asistencial reparatoria especializada, viéndose los Centros victimológicos sobrepasados en su capacidad de atención.

El CAVAS Metropolitano no ha estado ajeno a esta situación, debiendo enfrentar a lo largo de su historia momentos críticos en que no ha sido fácil compatibilizar la necesidad de brindar atención a una población que demanda y requiere atención oportuna, con la capacidad real del equipo profesional.

Al respecto, este equipo, así como otros, ha debido hacer frente a la incapacidad que hasta ahora ha mostrado el sistema social para responder a la magnitud y especificidad de la demanda, asumiendo en forma paradójica como respuesta la propia sobrecarga. Es en este escenario que la temática relacionada con el cuidado del equipo y la prevención del burnout, por un lado, así como la necesidad de racionalización y restricción de la cobertura, por otro, han sido temáticas emergentes en los últimos años de desarrollo del CAVAS Metropolitano.

Es en este sentido que este equipo profesional asume como desafío permanente la generación de modelos de intervención eficientes y viables, que permitan el desarrollo de mejores estrategias reparatorias para el beneficio de las víctimas, con un acento en la calidad de los procesos más que en la cantidad. Sin embargo, estamos conscientes de que dicho logro resulta posible y viable sólo en la medida que se compatibilice con el resguardo de las condiciones de trabajo y las condiciones de intervención que favorezcan y protejan la salud mental de los profesionales que intervienen, considerando que éstos constituyen el capital más importante del Centro.

La consideración de estos puntos nos parece altamente relevante en momentos en que este Centro, junto con todo el aparato social, enfrenta para los próximos años cambios significativos en el escenario socio-jurídico que define nuestro campo y modo de intervención. Nos referimos a la implementación de la Reforma Procesal Penal en la Región Metropolitana en el año 2005 y la puesta en marcha de los Tribunales de Familia.

A. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA PROCESAL PENAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Uno de los grandes desafíos que este Centro debe enfrentar, es la implementación de la Reforma Procesal Penal en nuestro país, y sobre todo en Santiago.

En el año 2000 entró en vigencia la más profunda reforma a la administración de la justicia penal en nuestra historia legislativa. Este cambio implicó no sólo la dictación de todo un nuevo Código Procesal Penal, sino también la creación de grandes instituciones y cuerpos legales para sustentar esta nueva forma de administrar la justicia penal. Es así como se crea el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública, cambios en la estructura del Poder Judicial y una gran cantidad de reformas legales, adecuaciones a este nuevo esquema, en la Constitución Política, Código Civil, Código Penal, Leyes especiales, etc.

La Reforma Procesal Penal implica, principalmente, separar las funciones de investigación y juzgamiento (que actualmente recaen sólo en el Juez del Crimen), entregándolas a dos órganos distintos: La Investigación la realiza el **Ministerio Público** a través de los fiscales y el Juzgamiento está a cargo del **Tribunal Oral en lo Penal**, compuesto por tres jueces. Este cambio de funciones se constituye en el gran avance del tan criticado Sistema Inquisitivo (antiguo) al **Sistema Acusatorio** (nuevo).

Cabe destacar que durante la etapa de Investigación, que es dirigida por los Fiscales, la labor netamente judicial está a cargo de los **Jueces de Garantía**. Su función principal es autorizar y controlar las medidas que afecten los derechos individuales tanto del imputado como de los demás intervinientes en el procedimiento (por ejemplo, medidas cautelares, detención, prisión preventiva).

La **Defensoría Penal Pública** es el organismo que tiene a cargo la representación de los intereses de los imputados. La designación del defensor (público o privado) debe ser previa a la primera declaración que el imputado preste en la causa, lo cual demuestra el afán garantista del nuevo sistema procesal penal.

A la **Víctima**, que fue la gran olvidada del Sistema Inquisitivo, en este nuevo proceso penal se le otorga el carácter de sujeto procesal y se le reconocen expresamente ciertos derechos, como por ejemplo, entregarle información acerca del curso y resultado del procedimiento, solicitar al Juez de Garantía medidas de protección, etc.

En cuanto al procedimiento, la manera de iniciarlo es similar al proceso penal antiguo (denuncia, querrela o iniciativa del Fiscal). Una importante característica es que se contemplan distintas posibilidades de terminar el proceso antes de llegar al Juicio Oral, a fin de resolver de manera más eficiente algunos conflictos penales que no son tan trascendentes o graves.

Es así como el Ministerio Público tiene la facultad de **No Investigar**, cuando el hecho denunciado no sea constitutivo de delito o cuando se encuentre extinguida la responsabilidad penal; también puede ordenar el **Archivo Provisional** de la investigación cuando de ella no se desprendan antecedentes que permitan el esclarecimiento de los hechos; o aplicar el **Principio de Oportunidad**, que consiste en no iniciar la investigación o abandonarla cuando se trata de un hecho que por su insignificancia no compromete el interés público, siempre que la pena asignada al delito no supere los 540 días.

Ya más avanzada la investigación, se pueden producir las llamadas **Salidas Alternativas** que son:

1. La Suspensión Provisional del Procedimiento: La pide el Fiscal al Juez de Garantía, con acuerdo del imputado, siempre que la pena no exceda los tres años y el imputado no haya sido condenado anteriormente. Implica la aceptación de la participación del imputado en los hechos y no procede respecto de delitos graves. En la audiencia correspondiente el Juez de Garantía impondrá las condiciones a las que debe someterse el imputado (residir en lugar determinado, prohibir acercarse a ciertas personas, tratamiento médico, pagar indemnización, etc.)

2. Los Acuerdos Reparatorios: Procede respecto de delitos que recaen sobre bienes patrimoniales o delitos culposos sin resultado de muerte, siempre con el consentimiento de la víctima y el imputado.

De no producirse alguna de las resoluciones anteriores, se formula la **Acusación Fiscal** en una audiencia especial ante el Juez de Garantía, donde también se puede poner fin al proceso a través del **Procedimiento Abreviado**. Debe tratarse de delitos con una pena no superior a 5 años y se debe contar con el acuerdo expreso del acusado ya que implica una aceptación de los hechos de la acusación.

La etapa final del nuevo proceso, cuando corresponda, es el **Juicio Oral**. Es una audiencia oral, pública y contradictoria realizada ante 3 jueces que no han intervenido en la investigación, y en la que deben estar presentes todos los intervinientes en el proceso (Fiscales, Defensores, Imputado, Víctima, Policías, Peritos, Testigos, etc.). Ante estos jueces se presenta el caso y todas las pruebas reunidas tanto por el Fiscal como por el Defensor. Al finalizar la audiencia, los jueces deliberan y comunican su decisión.

Desde la implementación de la Reforma en las Regiones IV y IX, el CAVAS Metropolitano ha estado en estrecha colaboración con el Ministerio Público en los casos de delitos sexuales. Este trabajo conjunto ha consistido en la solicitud, por parte de los fiscales a cargo de las investigaciones, de evaluaciones y peritajes a víctimas e imputados de delitos sexuales.

Esta creciente demanda ha obligado a los integrantes del equipo pericial a desarrollar habilidades necesarias no sólo en el ámbito técnico, sino que también habilidades personales de exposición y defensa del Informe Pericial en el contexto del Juicio Oral. Comparecer a una audiencia pública en que se encuentran presentes 3 jueces, el equipo de la Fiscalía del Ministerio Público y el equipo de la Defensoría Penal, es una experiencia compleja; sobretodo cuando el perito debe enfrentar las preguntas del Fiscal, de los Jueces y la contrainterrogación del Defensor. Por lo tanto,

no basta un buen informe pericial sino va a acompañado de una buena exposición y defensa del mismo en el Juicio Oral.

Este es uno de los más importantes desafíos que debe enfrentar el Centro y, más aún, con la implementación de la Reforma en la Región Metropolitana. Este hecho obligará a nuestros peritos a adecuarse de la manera más eficaz y eficiente a los nuevos y más exigentes requerimientos que la labor pericial y asistencial implicados en el apoyo a la investigación de los delitos sexuales y violentos.

B. LOS TRIBUNALES DE FAMILIA

Otro gran desafío futuro que deberá enfrentar este Centro, es la implementación y entrada en vigencia de los tan esperados Tribunales de Familia. Actualmente se encuentra en tramitación en el Congreso Nacional, el proyecto de ley que crea y regula estos nuevos Tribunales.

La implementación de estos órganos del Poder Judicial se insertan, tal como la Reforma Procesal Penal, en el marco de la gran reforma a la justicia chilena, cuyo objetivo se centra en hacerla más eficiente, más eficaz y menos victimizante para quienes demandan su intervención.

Los Tribunales de Familia vendrán a reemplazar a los actuales Juzgados de Menores. Se crearán alrededor de 60 Juzgados sólo en la Región Metropolitana y los jueces aumentarán de 51 a 250. Las materias que serán propias de su competencia son prácticamente muy similares a las de los actuales Juzgados de Menores, a saber: filiación, adopciones, tuición, pensiones alimenticias, visitas, medidas de protección, autorizaciones especiales, entre otras.

Sin embargo, y como era de esperar, hay algunas importantes innovaciones en este sentido:

- Conocerán y resolverán los actos de **Violencia Intrafamiliar**, que actualmente están en manos de los Juzgados Civiles. Esta situación ha sido ampliamente debatida y criticada, pues al no considerarse una materia propiamente civil, se ha dificultado enormemente la eficacia en la aplicación de la ley sobre VIF y su Reglamento;
- Se instaura con mucho énfasis la **mediación**, como forma alternativa de resolución de conflictos a través de un profesional imparcial, que colabora con las partes a llegar a un acuerdo. La mediación será obligatoria en los casos de pensión alimenticia, tuición y visitas; en los demás será facultativa;
- Se incorporan **más profesionales** (psicólogos, trabajadores sociales y abogados) para apoyar técnicamente la labor judicial, mediante un consejo técnico multidisciplinario;
- El procedimiento ante los Tribunales de Familia estará basado en el principio de inmediación entre los jueces y los usuarios; es decir, existirá la posibilidad de concurrir a **audiencia orales** en que se plantearán y resolverán las situaciones de que se traten. En todo caso, dependiendo de la materia, se establece el tipo de procedimiento aplicable.

La entrada en vigencia de la ley que crea los Tribunales de Familia se espera para el segundo semestre del año 2005, siempre y cuando no se postergue por motivos presupuestarios y/o de infraestructura, tal como ocurrió con la implementación de la Reforma Procesal Penal en la Región Metropolitana.

El desafío para nuestro Centro es insertarse de la manera más eficiente dentro del nuevo sistema de administración de justicia en temas familiares. En la actualidad el CAVAS interviene, siempre a petición de los Juzgados de Menores, en juicios de visitas, medidas de protección, tuición e incluso en procesos por violencia intrafamiliar (ante Juzgados Civiles), informando a los jueces respecto de ciertos aspectos relevantes del estado psicológico de los niños y niñas que son parte de estos conflictos.

Con la implementación en Santiago de los Tribunales de Familia, a mediados del año 2005, sin duda que los requerimientos a este Centro aumentarán tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo, pues será necesario abordar y resolver de manera más rápida y eficiente los conflictos familiares realizando oportunamente las evaluaciones psicológicas y peritajes que nos soliciten.

Nuestros esfuerzos estarán por supuesto orientados a acoger de la mejor forma posible este nuevo desafío.

C. UNA REFLEXIÓN FINAL

De este modo, la implementación de estas dos grandes reformas define un contexto de alta exigencia para quienes trabajamos en la problemática de las agresiones sexuales. Por un lado, se abre y consolida un ámbito de desarrollo ligado a la Psicología Jurídica y que dice relación con nuestro accionar como organismo colaborador del sistema de justicia. En este sentido, la exigencia de niveles cada vez mayores de precisión, rigurosidad y cientificidad en nuestros informes psicológicos, resulta un requisito indispensable para consolidar el papel de la prueba psicológica como un elemento válido a la hora de determinar e impartir justicia. Esta es quizá la forma más directa en que podemos contribuir a hacer valer la perspectiva de la víctima en el escenario judicial.

Sin embargo, en este escenario de judicialización, nos resulta preocupante el rol que pudiese ocupar la asistencia, vale decir, la necesidad de trabajar en pos de la reparación de la víctima. Al respecto, el equipo del CAVAS Metropolitano trabaja desde una diferenciación de la tarea asistencial respecto de la pericial, entendiendo que entre ambas existen diferencias no sólo metodológicas sino también de intereses y perspectivas diferenciadas. En este sentido, nos parece necesario el desarrollo de políticas estatales tendientes a asegurar que las víctimas de agresiones sexuales no sólo puedan contar en el futuro con cada vez más profesionales especializados en la evaluación y elaboración de informes para el sistema judicial, sino que también garantizar que podrán acceder en forma gratuita, eficiente y oportuna a programas de intervención especializada en donde podrán contar con ayuda profesional para la recuperación del daño sufrido.

Lo anterior significa la asignación de recursos económicos que permitan financiar en forma estable programas asistenciales como el que lleva adelante este Centro, y proyectos de investigación orientados al desarrollo de nuevas y mejores estrategias de

intervención en la reparación del daño provocado por las agresiones sexuales. Junto con esto nos parece fundamental desarrollar políticas laborales tendientes a cuidar y mantener el recurso profesional y humano más importante, la experiencia, previniendo así la rotación y fuga de profesionales. Este nos parece es el único camino para favorecer y asegurar la especialización y, por lo tanto, la calidad del servicio.

Este trabajo ha pretendido dar cuenta de lo anterior. Este es el resultado de un equipo profesional que a lo largo de los años y gracias al aporte acumulativo de las distintas personas que han pasado por él, ha tenido la oportunidad de permanecer junto en la reflexión y la experiencia, desarrollando y consolidando una mirada y un “modo de hacer las cosas”, construyendo así identidad.

Con la publicación de este trabajo se espera contribuir a ampliar la discusión respecto de esta problemática que afecta a demasiadas personas, demasiados niños y niñas. Asimismo, que la experiencia de trabajo con tantas víctimas sirva a los profesionales y equipos que, al igual que nosotros, todos los días enfrentan la tarea de entregar respuestas a ellas y sus familias.

Por último, quisiéramos reiterar nuestra satisfacción por los logros obtenidos en el trabajo de colaboración con SENAME, a la vez que expresar el deseo y compromiso de continuar entregando todas nuestras capacidades y esfuerzos profesionales al servicio de la infancia maltratada y de las víctimas de delitos sexuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALISTE, M., CARRASCO, E. & NAVARRO, C. (2003). Diagnóstico Psicosocial de Menores Víctimas de Agresiones Sexuales: Un estudio descriptivo. Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica, Santiago, Chile.
2. AL-KONR, C. (2004). Comunicación Personal.
3. BARUDY, J. (1998). El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Editorial Paidós, Barcelona.
4. BARUDY, J. (2000). Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación. Ed. Galdoc, Santiago.
5. CAHILL et al (1999). Developmental, Cognitive, and Behavioral Sequelae of Child Abuse. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Vol 8, Nº 4.
6. CANTÓN DUARTE, J. & CORTÉS, M.R. (1999). Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención. Siglo XXI de España Editores, Madrid.
7. CAPELLA, C. & MIRANDA, J. (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
8. CAPELLA, C., CONTRERAS, L., GUZMÁN, L., MIRANDA, J., NÚÑEZ, L. & VERGARA, P. (2003). Una Aproximación Clínica a las Producciones Gráficas de Niños (as) Víctimas de Agresión Sexual. En Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica, Santiago, Chile.
9. C.A.V.A.S. (2002). Programa de Intervención Infanto-Juvenil C.A.V.A.S. Metropolitano: Proyecto de continuidad 2002-2003. SENAME, Programa de Maltrato Grave.
10. C.A.V.A.S. (2000) Apuntes de circulación interna para reunión clínica.
11. Código Penal Chileno.
12. CORREA, A. & RIFFO, M. (1995). Descripción y análisis de la relación víctima-autor en los delitos sexuales y su repercusión en la autoestima y el trastorno de estrés posttraumático en mujeres adolescentes atendidas en C.A.V.A.S. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
13. CRITTENDEN, P. (1997). Documento de Trabajo. Curso-Taller "Vínculos Afectivos Familiares, experiencias tempranas y psicopatología: Prevención y Tratamiento". Sociedad de Terapia Cognitiva Post-Racionalista. Santiago, Chile.
14. ESCAFF, E. (2001). Apuntes cátedra de Psicología Jurídica, Carrera de Psicología, Universidad de Chile.
15. ETCHEBERRY, A. Derecho Penal, Parte Especial, Tomo IV. Editorial Jurídica de Chile.

16. FATTAH, E. (1997a). Los roles intercambiables de víctima y victimario. En Cuadernos de Criminología nº 7. Instituto de Criminología. Policía de Investigaciones de Chile.
17. FATTAH, E. (1997b). Víctimas y victimología: los hechos y la retórica. En Victimología nº 14. Centro de Asistencia a la víctima del delito. Editorial Advocatus, Córdoba, Argentina.
18. FINKELHOR, D. (1984). Child sexual abuse: new theory and reserch. The Free Press, Nueva York.
19. FINKELHOR, D. & BROWNE, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. En American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 55 nº 4, Octubre 1985.
20. FINKELHOR, D. (1993). "Abuso sexual: análisis de los conocimientos actuales". En II Congreso Estatal sobre infancia maltratada. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, España.
21. GARCÍA ARZENO, M.E. (1993). Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
22. GARRIDO, M. Derecho Penal, Parte Especial, Tomo III. Editorial Jurídica de Chile.
23. GLASER, D. & FROSH, S. (1997). Abuso sexual de niños. Editorial Paidós, Argentina.
24. HUERTA, S., MARIC, V. & NAVARRO, C. (2002). Factores que intervienen en el impacto del abuso incestuoso sobre la víctima. Revista Terapia Psicológica, Vol 20(2), Nº 38. Stgo., Chile.
25. HUERTA, S. & NAVARRO, C. (2001). Abuso Incestuoso y Alteración del Desarrollo Psicosexual: un estudio de caso único. Anales del IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica, Marid, España.
26. HUERTA, S. & NAVARRO, C. (2001). Programa de Prevención de Revictimización Sexual Infantil. Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS.
27. KERNBERG, P. (2003). Diagnóstico de la identidad en la infancia y tratamiento del niño abusado sexualmente. Apuntes Seminario realizado en Universidad de Los Andes, Enero 2003.
28. KOTLIARENCO, M.A., CÁCERES, I., & FONTECILLA, M. (1999). Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud.
29. LARRAIN, S., VEGA, J. & DELGADO, I. (1997). Relaciones familiares y maltrato infantil. Editorial Cal&Canto, UNICEF, Chile.
30. LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (1993). "Efectos de los abusos sexuales de menores". En II Congreso Estatal sobre infancia maltratada. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, España.
31. MALACREA, M. (2000). Trauma y reparación: el tratamiento del abuso sexual en la infancia. Editorial Paidós, Barcelona.
32. MINSAL (1998a) Orientaciones técnicas y programáticas para la prevención y atención integral del maltrato infantil en los servicios de salud. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.

33. MINSAL (1998b) Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en los servicios de urgencias. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
34. MIOTTO, N. (2001) "Abuso sexual de menores. Complejidad diagnóstica". En IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica. Madrid.
35. NAHUELPAÑ, E. (2002). "Pericias de sexología forense del servicio médico legal 1990-2001". En Servicio Médico Legal, Pericias médico legales en delitos sexuales. Santiago.
36. NAVARRO, C. (1998). "Patrones de vinculación de madres de víctimas de abusos incestuosos: Los peligros del vínculo". Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
37. PERRONE, R. (1995). El abuso sexual: reflexiones y tratamiento. Revista De Familias y Terapias, Año 3, Nº 5, 22-32.
38. PERRONE, R. & NANNINI, M. (1998). Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional. Editorial Paidós, Argentina.
39. RODRIGUEZ, L. (2001). Delitos Sexuales. Editorial Jurídica de Chile.
40. RODULFO, R. (1996). El niño y el significante. Buenos Aires: Editorial Paidós.
41. ROJAS, M. (1995). Estudio exploratorio comparativo de características físicas, sociales y psicológicas entre un grupo de adolescentes víctimas de violación y un grupo de adolescentes no víctimas de violación de la Región Metropolitana. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
42. RIVERA, M. & SALVATIERRA, M. (2002). Estudio descriptivo comparativo sobre las variables que influyen en la retractación de los menores, entre 4 y 16 años, que han sido víctimas de agresiones sexuales. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
43. ROMO, M. & RIVERA, C. (2001). Evaluación de la efectividad del "Taller de desarrollo de conductas de autoprotección" para la prevención del abuso sexual infantil en niños de kinder a cuarto básico de la Comuna de Santiago. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
44. SANGRADOR, J.L. (1986). "La victimología y el sistema jurídico penal". En Jiménez, F. y Clemente, M. (compiladores). Psicología Social y Sistema penal. Editorial Alianza Madrid, España.
45. SAT, C. & VILLAGRA, C. (2002). Representaciones sociales de los atentados sexuales en personas de Santiago. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
46. SCHNEIDER, H. (1994). Temas principales y deficiencias en el actual pensamiento victimológico. En Cuadernos de Criminología nº 4. Instituto de Criminología. PICH. Santiago.
47. SERNAM (1993). La violencia sexual en Chile. Documento de trabajo Nº21, Editora Verónica Oxman. Santiago, Chile.
48. SMITH, M. & BENTOVIM, A. (1994). "Sexual abuse". En Rutter, M., Taylor, E. y Hersov, L. (eds), Child and adolescent psychiatry. Ed Blackwell Science, London.

49. UNICEF (2001). Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, Cavas. Policía de Investigaciones de Chile. En Maltrato Infantil y Abuso Sexual en Chile. Santiago, Chile.
50. ZÁRATE, R. (1993). Terapia grupal para niñas y niños de abuso sexual e incesto. Manual para facilitadoras. Ediciones Ser y Crecer, San José, Costa Rica.

Anexo N° 1

Instrumento de Registro Diagnóstico

Nombre: _____

N° Ficha: _____

Fecha (PTI): _____

Profesional Responsable: _____

Equipo de Trabajo: _____

Metodología de Evaluación: _____

I. Diagnóstico Individual

1. Desarrollo

Responder: Normal; Bajo o sobre lo esperado; alterado (breve descripción).
(Nivel de pensamiento: según Piaget).

Nivel de Pensamiento _____ Nivel psicomotor _____

Nivel intelectual _____ Desarrollo físico _____

Lenguaje _____ Desarrollo Socioemocional _____

Desarrollo Psicosexual _____

Diagnóstico General:

- Normal
- No armónico
- Bajo lo esperado
- Desviación o deterioro

2. Nivel Sintomatológico

(síntomas reactivos o no, al momento de la evaluación).

Ansioso _____

Depresivo _____

Maníaco _____

Delirio

Alucinaciones

Defectos atención/concentración

Defectos en la impulsividad

Hiperactividad

- Oposicionismo
- Auto/heteroagresividad
- Conductas disociales
- Abuso de Sustancias no indicadas O Cuál _____
- Distorsiones Cognitivas
- Síntomas disociativos
- Síntomas somatomorfos
- Alteración conducta alimentaria O Cuál _____
- Trastorno del sueño O Cuál _____
- Disfunción sexual no orgánica O Cuál _____
- Conductas evitativas
- Re-experimentación
- Hiper arousal
- Alteración en la eliminación O Enuresis O Cuál _____
 Encopresis O Cuál _____

- Alteración de la conducta sexual O Cuál _____
- Alteración en la identidad sexual O Cuál _____
- Alteración en Lenguaje O Especificar _____
 - Aprendizaje O (si es necesario) _____
 - Psicomotor _____
 - Lectoescritura _____
 - Cálculo _____

- Otro O Cuál _____

- Sin sintomatología
- Sintomatología remitida O Cuál _____

3. Nivel Estructural

Identidad (integración, diferenciación)

Mecanismos de Defensa _____

Examen de Realidad _____

- Neurótico
- Limítrofe
- Psicótico
- Psicorgánico

- Rasgos de Personalidad:
- Paranoide
- Esquizoide
- Esquizotípico
- Narcisista
- Disocial
- Limítrofe
- Histriónico
- Evitativo
- Dependiente
- Obsesivo Compulsivo
- Depresivo Distímico

II. Diagnóstico Familiar

Especificar familia nuclear, de origen, no observado.

Genograma

- Límites Difusos
- Claros
- Rígidos

- Jerarquías
- Funcional
- Disfuncional

- Fronteras
- Permeable
- Impermeable

- Roles
- Rígidos
- Inadecuados
- Flexibles

* Figuras Significativas _____

* Tipos de vínculo

- Seguro
- Inseguro: ansioso – ambivalente
rechazante – evitativo
desorganizado

III. Diagnóstico Social

Condición Socioeconómica: _____

Factores de Riesgo: _____

Factores Protectores: _____

IV. Hipótesis Diagnóstica:

Descriptiva: _____
(categorial según DSM IV). _____

Dinámica: _____
(explicativa de conflictiva _____
en relación al abuso). _____

Anexo N° 2

Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)

I. Objetivos:

Objetivos / Area	Objetivos 1 (Crisis-Protección)	Objetivos 2 (Recursos)	Objetivos 3 (Elaboración)
Individual			
Familiar			
Social			

II. Tipo de Intervención:

1. Psicológica:

	Individual	Familiar	Grupal
Psicoeducativo			
Apoyo			
Psicoterapia			
Evaluación			

2. Legal:

3. Social:

4. Psiquiátrica:

5. Otros:

III. Seguimiento – Evaluación:

Tiempo / Nivel de logro	6 meses	12 meses	18 meses
Logrado			
Parcialmente logrado			
No logrado			
Reformulación			

