

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO.
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“EL APOYO PSICOSOCIAL INSTITUCIONAL A LOS NIÑOS Y NIÑAS
ABUSADOS SEXUALMENTE”**

Alumnas: Lucy Veliz R.

Jessica Villalobos H.

Profesora Guía: Mónica Vargas.

Tesis para optar al Título de Asistente Social, Santiago 2001.

“...SE PRECISAN NIÑOS PARA AMANECER,
PARA CONSTRUIR UN FUTURO IGUALITARIO
PARA TODOS...”

Mi profundo agradecimiento, a mis padres, en especial a mí madre y maestra por entregarme su sabiduría y enorme bondad y el cariño incondicional por los niños, a toda mi familia en general, a mi pareja por su amor y apoyo inamovible, a mí profesora guía Mónica Vargas, a mi compañera de tesis, por su perseverancia y voluntad, a todos ellos muchas gracias por acompañarme hasta el final en esta tarea.

Lucy Veliz Rivera.

Quiero expresar mi agradecimiento, a mis padres por entregarme todo el cariño y su incondicional apoyo para el logro de esta tarea, ya que sin ellos este sueño habría sido imposible.

A mi hermano por hacerme olvidar con la mejor de las vibras los momentos más complicados.

A mi amiga y compañera de tesis por su tolerancia y comprensión, a mi profesora guía Mónica Vargas, a mis compañeros y profesores, a todos ellos

Gracias.

Jéssica Villalobos Nuñez.

INDICE

1.-	Introducción.	1
2.-	Planteamiento del Problema.	3
3.-	Objetivos de Investigación.	9
4.-	Fundamentación.	10
5.-	Marco Metodológico.	19
 <u>Capítulo I:</u>		 28
 MARCO REFERENCIAL.		 28
1.-	Teorías en Relación al Maltrato y Abuso Sexual Infantil.	29
2.-	Características del Entorno Familiar de la Víctimas.	41
3.-	Perfil del Victimario.	42
4.-	Atención y Evolución de las Víctimas Después del Tratamiento.	44
5.-	Denuncia y Procedimientos Legales.	47
6.-	Factores que Tienden a Ocultar el problema del Abuso Sexual de Niños y Niñas.	49
7.-	Síntomas en los Niños y Niñas que Permiten Detectar Agresiones Sexuales.	51
8.-	Factores que Contribuyen a Aumentar el Riesgo de Agresiones.	52

<u>Capítulo II:</u>	57
ASPECTOS LEGALES:	57
1.- Tipos de Maltrato.	62
2.- Factores que inciden en el Incesto.	68
<u>Capítulo III:</u>	73
Areas de Intervención del SENAME en el Maltrato y Abuso Sexual Infantil.	73
1.- Areas de Intervención de la Corporación OPCION.	78
2.- Antecedentes Generales del Centro de Tratamiento y Diagnostico Pudahuel (CTD).	82
3.- Antecedentes Generales Centro de Diagnóstico Ambulatorio (CODA).	84
4.- Antecedentes Generales del Centro de Protección Infanto Juvenil (CEPIJ).	87
<u>Capítulo IV:</u>	91
Antecedentes Relevantes.	91
1.- Antecedentes de Investigaciones de Abuso Sexual Infantil.	96
2.- Vínculo de la Víctima con el Agresor.	98

<u>Capítulo V:</u>	103
1.-ENFOQUE SISTEMICO:	104
<u>Capítulo VI:</u>	113
Análisis y Tabulación de los datos.	114
1.- Análisis y Tabulación de los Datos.	116
1.1.- Categorías de respuestas, cuestionario a Trabajadores Sociales.	116
1.2.- Categorías de respuestas, cuestionario a Psicólogos.	148
1.3.- Primer análisis de datos de la Escala de Likert a Trabajadores Sociales.	173
1.4.- Primer análisis de datos de la Escala de Likert a Psicólogos.	179
1.5.- Segundo análisis de datos de la Escala de Likert a Trabajadores Sociales.	188
1.6.- Segundo análisis de datos de la Escala de Likert a Psicólogos.	194

Conclusiones, Anexos, Bibliografía.

1.-	Conclusiones.	200
	1.1.- Propuestas desde el Trabajo Social.	207
2.-	Bibliografía.	209
3.-	Anexos.	214
	3.1.- Cuestionario Aplicado a Psicólogos.	216
	3.2.- Cuestionario Aplicado a Trabajadores Sociales.	219
	3.3.- Escala de Likert Aplicada a Psicólogos.	222
	3.4.- Escala de Likert Aplicada a Trabajadores Sociales.	226

1.- INTRODUCCION:

La investigación que presentamos a continuación tiene por objeto el abocarse al estudio de un tema extremadamente importante y actualmente, bastante público; el Abuso Sexual Infantil.

Como profesionales del área social, hemos notado que nuestro país adolece de grandes carencias en cuanto a la difusión de problemas de ésta índole, sin embargo, reconocemos igualmente que el estado, consciente de la gravedad de la situación; ha ido asumiendo un rol determinante y procediendo a la creación de nuevas políticas destinadas a la prevención y solución de dicho fenómeno, como la creación de diversas instituciones y la integración de profesionales expertos en el área. Gracias a esta actitud, nuestra sociedad se ha vuelto más permeable a la educación sexual, se han incrementado las denuncias en relación al tema y poco a poco se han ido quebrando los mitos relativos a la denuncia de irregularidades sociales como ésta.

Debido a la trascendencia de dicha problemática social y a la vulnerabilidad del sector al que afecta, consideramos de vital importancia enfocar esta investigación al conocimiento de la operatoria de las entidades públicas dedicadas a el tratamiento y solución de este problema, específicamente el trabajo de los profesionales que día a día se enfrentan con los niños sujetos a abuso sexual. En este marco, se realizó una investigación descriptivo – explicativa que hace hincapié en el apoyo psicosocial actual que los profesionales de instituciones públicas entregan a los niños y niñas que presentan problemas de abuso sexual. Con el objeto

de visualizar de manera más concreta el trabajo que realizan los profesionales dedicados a esta rama del trabajo social, se entrevistó a un grupo de Asistentes Sociales y Psicólogos.

Dentro de esta perspectiva, hemos planteado el objetivo de nuestra investigación: indagar respecto del aporte de las duplas psicosociales, poniendo especial énfasis a la labor del Trabajador Social y la de los psicólogos, pues creemos que a partir de las observaciones obtenidas en dicha labor, nos será posible constatar cuál es la contribución real del Trabajador Social dentro de la problemática del abuso sexual en niños, cuál es el aporte real de dicha disciplina y cuál es el entronque existente entre ésta, la psicología y la psiquiatría como disciplinas asociadas e interrelacionadas a la solución del problema del abuso sexual infantil.

Hemos querido enfocar nuestro estudio en esta perspectiva pues percibimos que su campo de acción está limitado y no integrado en su totalidad.

2.- TEMA DE INVESTIGACION:

“ Investigar el **Apoyo Psicosocial** actual que los profesionales de instituciones públicas y privadas pertenecientes a SENAME (Opción, CEPIJ, C.O.D.A, CTD) **entregan a los menores abusados sexualmente**”.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

No podemos negar que actualmente, nuestra sociedad se encuentra inmersa en una corriente consumista, situación que incide directamente en la calidad de las relaciones interpersonales y específicamente, en la calidad de las relaciones intrafamiliares. Es evidente para todo integrante de nuestra sociedad que día a día los conflictos familiares se agudizan y que dicha situación afecta principalmente a uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, los niños. Es así entonces como cada vez más asistimos a numerosos casos de abusos sexuales infantiles, prostitución, abusos pedofílicos a nivel extrafamiliar y abusos incestuosos a nivel familiar.

Este carácter consumista hace que nuestra cultura tenga un carácter eminentemente adultista y excluyente; en ella, se promueve el individualismo y el materialismo, condiciones que han llevado a olvidar la valorización del ser humano como tal. Debido a esta inversión valórica, nuestros niños y niñas corren el peligro de ser vivenciados como objetos de placer para compensar carencias afectivas y relacionales de los adultos.

Es importante dejar en claro que a nuestro juicio, el abuso sexual infantil deriva directamente de problemas aún no resueltos por los adultos, pues todavía existe la creencia de que los abusos sexuales son provocados

sólo por individuos enfermos, perturbados, maniáticos sexuales, etc., desconocidos de la familia y de los niños, sin embargo, la experiencia clínica y diversas investigaciones han demostrado que los autores de abusos sexuales son, en más de un 80% de los casos, adultos conocidos por el niño, y muchas veces, miembros de su familia. Esta constatación plantea un desafío cuando se trata de informar a los niños del peligro que pueden representar ciertos adultos que le rodean, (Jorge Barudy, 1999)

Otro mito generalizado es que los abusos sexuales ocurren de preferencia en familias pobres y marginales. Es cierto que existe una mayor detección en las familias pobres pues dadas las condiciones sociales y culturales en que ellas viven (alcoholismo, drogadicción, hacinamiento, entre otros) se ejerce sobre ellas un mayor control social; sin embargo, no es menos cierto que la realidad social ha demostrado que los abusos sexuales acaecen en todo tipo de familias, con independencia de su clase social, raza o cultura.

Por otra parte, investigaciones respecto al tema han revelado que las víctimas de incesto en familias pudientes, tienen menos posibilidades de ser ayudadas y protegidas, porque en dicho estrato sociocultural el abuso sexual infantil, suele resguardarse como un secreto, gozando los abusadores, de la impunidad que poseen los poderosos dentro del sistema social.

El tema del abuso infantil, se ha vuelto una problemática globalizada, de modo que ha sido objeto de numerosos estudios y explicaciones, los cuales tienen por objeto develar las razones de dicho mal para facilitarnos el tratamiento a seguir. El punto es qué hacemos nosotros como sociedad en conjunto e individualmente frente a esto.

Llevando el tema al contexto nacional, debemos señalar que existen pocos trabajos abocados al estudio del apoyo social que se le otorga a este problema. Debido a esta carencia de fuentes, nuestra investigación se enmarcará en la Región Metropolitana, específicamente en la labor de las instituciones pertenecientes al Servicio Nacional de Menores (SENAME), las que, a partir de 1990, comenzaron a abordar el tema dentro del marco establecido por la Convención Internacional de los Derechos del Niño a través de propuestas de intervención con especial acento en el principio de Protección Integral. Esto ha significado un gran salto respecto del modelo a seguir en materia de prevención, pues se ha pasado de un modelo sustentado en la Doctrina de la Irregularidad Social, a un nuevo paradigma, sustentado en la Protección Integral de los Derechos del Niño. (SENAME, 1999)

Esta Institución viene desarrollando un gran esfuerzo por contar con respuestas específicas a la demanda de atención en maltrato infantil. En el año 1996 surge un programa piloto, enfocado a tratar el tema de maltrato infantil y abuso sexual para el que se contrata a un equipo multidisciplinario compuesto por diferentes profesionales del área social, entre los que se cuentan dos Psicólogos, un sociólogo y un Criminólogo, todos ellos encargados de abordar las problemáticas de maltrato infantil **físico grave** y **abuso sexual**. Cabe mencionar que dentro de dichos profesionales no se contó con el apoyo de un Asistente Social.

Este nuevo sustento doctrinario y la naturaleza compleja y dinámica del fenómeno del Maltrato y abuso sexual infantil han introducido cambios sustantivos en el modo de realizar el trabajo con los niños(as) que ingresan a SENAME víctimas de graves transgresiones a sus derechos. Esta situación

se expresa en la ejecución de proyectos alternativos especializados en la atención de los niños(as) maltratados(as) y abusados(as) como también a sus familias. (SENAME,1999). Se ha buscado además, garantizar el derecho del niño(a) a crecer y desarrollarse al interior de su familia, debido a lo cual, se ha priorizado la mantención del vínculo familiar, tratando por ello de evitar acciones institucionalizantes de resolución y desarraigo del niño del medio familiar y social. (SENAME,1999)

Frente a esta nueva propuesta cabe preguntarse, si las nuevas orientaciones psicosociales son lo suficientemente concretas y factibles en la práctica, ya que están sustentadas en pilares teóricos que en ocasiones no son compatibles con la realidad. Nos cuestionamos además respecto de la ubicación de los distintos actores del orden público dentro de este marco institucional, es decir, cuál es el lugar que ocupan las organizaciones en redes y los sistemas profesionales.

Consideramos que la falta de organización de los diferentes niveles institucionales dedicados a dar solución a la problemática de abuso sexual, complican o agravan la situación de violencia del menor, pues las soluciones propuestas por los distintos profesionales e instituciones, muchas veces acarrearán una burocracia que afecta aún más al niño(a). Debido a esto, afirmamos que uno de los desafíos de cualquier programa de este tipo, es facilitar un proceso de organización de las instituciones mejorando los recursos profesionales que aseguren una eficacia real, la creatividad y la competencia para dar una respuesta positiva a estas instancias.

Esto ha de hacerse a través del respeto a las diferentes misiones de cada nivel, con un trabajo interdisciplinario que permita crear una dinámica colectiva que, sumando los recursos y las competencias, aporte

lo mejor de cada niño(a) y su familia. El objeto de ello, es que cada uno se sitúe en un conjunto, de manera que a través de un compromiso solidario y concentrado, se garantice el intercambio de información y la creatividad de todos los participantes de una red. El elemento fundamental que debe animar estos procesos colectivos es la acción basada en la creatividad individual asociada a una dinámica colectiva, donde los tres niveles sean igualmente relevantes.

Para llevar a cabo lo anterior, es preciso cambiar la idea de que cada profesional tiene una parte del trabajo, por la noción de que todos ellos deben trabajar juntos, participando colectivamente en la co-construcción de un modelo que permita una mejor utilización de recursos y competencias.

Todo intento de organizar una red de profesionales tiene ya un impacto preventivo sobre la violencia en la medida en que esta organización permite la emergencia de rituales entre los diferentes profesionales, contribuyendo a mejorar la gestión de su propia implicación emocional y del estrés provocado por el contenido de las situaciones de abuso sexual infantil y, por ende, previniendo la burocracia institucional. (Jorge Barudy, 1999).

De acuerdo a lo investigado en las diferentes instituciones públicas que abordan el tema del Abuso Sexual Infantil, (específicamente las pertenecientes al Servicio Nacional de Menores (SENAME) y considerando nuestra proposición anterior; observamos que la perspectiva bajo la que dichas instituciones han venido realizando la labor de apoyo a los menores que han sufrido abuso sexual es totalmente contraria a los conceptos de eficiencia y solidaridad entre los profesionales del campo. Ello puede

deberse a que dicha institución depende formalmente del Estado, razón por la que su intervención se encuentra sujeta a las políticas públicas, burocráticas de por sí.

Dicha situación, obviamente juega en contra de la realización exitosa de un proceso de intervención integral destinado a la protección real de los infantes. Debido a ello, el niño(a) sexualmente violentado pasa por diferentes procedimientos institucionales, lo que acrecienta aún más el daño y retrasa el tratamiento de recuperación y readaptación integral del menor.

Finalmente por el hecho de que el Servicio Nacional de Menores (SENAME), es pionero en tratar el tema de maltrato y abuso sexual infantil en mayor profundidad, es que surge la necesidad de preguntarnos ¿cuál es el apoyo Psicosocial real que entregan los profesionales de instituciones pertenecientes al Servicio Nacional de Menores a los niños(as) abusados sexualmente?, cuál es el apoyo psicosocial a través de duplas, y específicamente ¿cuál es la intervención del Trabajador Social, en conjunto con los demás profesionales en el tema del abuso sexual infantil?. Nos hemos planteado esta situación pues consideramos que la incursión de un profesional con el cariz que posee un trabajador social es un elemento de vital importancia para lograr que esta problemática vaya disminuyendo y que los niños y niñas afectados puedan reparar su daño físico, emocional y social.

4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- **Objetivo General:**

- Conocer el proceso de intervención Psicosocial propuesto y ejecutado por Servicio Nacional de Menores (SENAME) a los menores abusados sexualmente.

- **Objetivos Específicos:**

- 1.- Describir la orgánica Psicosocial del Servicio Nacional de Menores frente al tema de Abuso Sexual Infantil.

- 2.- Determinar de que manera se relaciona el Servicio Nacional de Menores (SENAME) con otras Instituciones (Opción, CTD, CEPIJ, C.O.D.A), que abordan esta problemática.

- 3.- Conocer las manifestaciones del apoyo psicosocial que tienen los profesionales del SENAME, tanto psicólogos como Asistentes Sociales.

- 4.- Conocer la percepción de los profesionales de instituciones pertenecientes al Servicio Nacional de Menores respecto a la intervención desarrollada en el tema del abuso sexual infantil, en relación con sus autopercepciones, percepción del otro y percepción de la intervención al interior de la institución.

- 5.- Contribuir con de propuestas de mejoramiento del sistema, a través del análisis final de los datos recogidos a los distintos profesionales.

5.- FUNDAMENTACION:

Elvira Mendoza (México, 1991), asegura que uno de los rasgos de hecho que caracteriza el proyecto neoliberal, ha sido el acentuar las desigualdades económicas y sociales, en las que el reparto de la renta, más que distribuir los productos, redistribuye pobreza. Si analizamos la realidad chilena a la luz de esta afirmación, observaremos que los problemas por los que atraviesa la infancia, se han agravado considerablemente en algunos de sus aspectos más importantes debido a la introducción de políticas neoliberales impuestas por los organismos financieros internacionales y aplicadas por la administración pública,

Asimismo y desde un contexto individual, consideramos que las causas profundas de los problemas más severos que aquejan a la infancia radican en el comportamiento de los adultos para con los menores producto de la adopción de patrones culturales dominantes y agresivos. Las actitudes de los adultos se encuentran, en gran parte de los casos, causados por las tensiones originadas debido a la adopción de políticas económicas, cuyos rendimientos no desembocan en el bienestar colectivo.

Por otra parte, el abordaje de la situación crítica en la que se encuentra la infancia a escala mundial resulta complejísima y de una magnitud inimaginable. La diversidad de causas y efectos y la frecuencia con la que se desarrolla, ha provocado no sólo un conflicto social, sino que también un peligro generacional. Este problema se gesta paulatinamente, de modo que si no reaccionamos a tiempo frente a esta situación, se producirá una degeneración paulatina del género humano. La

introducción de valores sustentados básicamente en la ambición y en general en la cultura del poder sumada a la distorsión gradual a la que aludimos desembocará en un sometimiento pacífico y silencioso.

En este proceso intervenimos además del Estado, todos los adultos (ya sea individualmente o formando parte de redes de organización) de modo deliberado o negligente, lo cual afecta fundamentalmente a las nuevas generaciones. Debido a ello, la problemática de la infancia es generalmente ignorada o soslayada por la sociedad. Ésta dirige su atención sólo a escalar posiciones económicas y de poder, privilegiando con ello, la eficiencia en el trabajo y la productividad a cualquier costo. Como vemos, los adultos también concurrimos como causas a través de la provocación directa e indirecta de segregación, pobreza, pesadumbre y caos, siendo la infancia la más perjudicada por ser la etapa de más dependencia de un patrón adulto.

Es en esta perspectiva en la que los niños(as) sufren las consecuencias de los conflictos de la sociedad adulta, los cuales se reducen principalmente a Maltrato y abuso sexual infantil.

Visto de esta forma, el abuso sexual con menores de edad puede considerarse como un fenómeno en el que solamente se encuentran involucrados el agresor y el agredido; sin embargo, lo cierto es que se trata de un complejo entrettejido de sentimientos en el que influyen de manera importante factores socio económicos y culturales. Debido a ello, la violencia sexual no puede considerarse como un hecho aislado; estas prácticas se realizan comúnmente desde una posición de poder o autoridad sobre el niño(a) y en momentos de frustración extrema debido a

trasfondos tensionales causados por conflictos que tienen relación con la historia de vida anterior del agresor.

El abuso sexual, es considerado un fenómeno de violencia, pero a pesar de su frecuencia; poco ha trascendido en el ambiente social y legal, debido quizás a que toca aspectos que están relacionados con la intimidad personal, situación por la que resulta difícil establecer estadísticamente la verdadera frecuencia de este abuso.

La violencia sexual sobre los niños(as) sigue siendo para muchos adultos un fenómeno imposible e impensable, debido a lo cual en muchas situaciones, los abusos sexuales son designados como hechos aislados o marginales respecto a los comportamientos habituales y/o a los problemas prioritarios de la sociedad.

Esta minimización de la importancia social del problema hace más difícil la toma de conciencia de su realidad y su amplitud y, por tanto, dificulta la búsqueda de soluciones efectivas para proteger y/o ayudar a los niños(as) víctimas de él.

En la búsqueda de una comprensión integral de los fenómenos del abuso sexual y del incesto, lo primero a mencionar es que ningún tema ha sido sujeto de tantos mitos y tabúes como el de la sexualidad (Foucault, 1977). En lo que concierne a la sexualidad infantil, ciertas teorías psicológicas no han ayudado a formular una visión positiva y liberadora de ella.

El lazo entre las relaciones del sufrimiento del niño(a) y la posibilidad de un traumatismo sexual real fue durante mucho tiempo negado por

psiquiatras y psicólogos. La influencia de la corriente psicoanalítica hizo que muchos de ellos diesen por sentado que la sexualidad infantil correspondía simplemente a una fantasía propia de pacientes adultos y/o de niños(as).

Para desmitificar dichas afirmaciones, presentamos a continuación las cifras obtenidas Servicio Nacional de Menores correspondientes a la realidad de la periodicidad y la ocurrencia de abuso sexual infantil en el contexto nacional.

Según datos entregados por el SENAME, durante el primer semestre del año 1998, ingresaron a los programas de esta institución 1.385, 25.383 niños. De ellos el 19,3% (4.917 niños) presentaron Maltrato Infantil, siendo ésta la principal causal de ingreso de menores a la institución (4.240 menores, correspondiente al 86,2% del total ingresado)

La proporción restante, ingresó por problemas de consumo de drogas (264 casos, 5,4%) y por infracción a la Ley (413 casos, 8,4%).

El 34,5% de estos niños ingresó a Centros de Protección Simple (1.699 casos), el 29,9% (1.470 caos) a Centros de Prevención (**incluyendo 66 casos de abuso sexual**), el 19,2% ingresó a CTD (942 casos). El 7% a programas de Colocación Familiar (344 casos), el 6,4% a Rehabilitación Conductual (316 casos), 1,6% a COD (77 casos) y un 1,4% a programas para niños y jóvenes con déficit intelectual (69 casos). Estos programas y centros, generalmente no cuentan con especialización en la atención del abuso sexual infantil, debido a que carecen de los recursos necesarios para ello y de un marco técnico que guíe la intervención. (SENAME, 1998).

La magnitud de la violencia sexual no se conoce con precisión. Las cifras de los organismos que atienden a personas agredidas sexualmente no reflejan completamente toda la realidad. En la mayoría de los casos no hay denuncias debido a que la víctima o su familia se sienten avergonzados, el agresor es un conocido o pariente, no se confía en la justicia o existe temor o rechazo a los interminables trámites que deben realizarse para llevar a cabo un proceso judicial. Debido a lo expuesto, las cifras presentadas anteriormente, significan un gran logro ya que gracias a ella es posible al menos, lograr una aproximación al porcentaje de estos delitos.

Como consecuencia de lo anterior, no existe certeza respecto al porcentaje de delitos sexuales que no son registrados por los organismos pertinentes. Se estima que entre un 75% y un 80% nunca se denuncian y que cada 25 minutos ocurre una agresión sexual que constituye delito.

No obstante, los casos que se denuncian entregan elementos para caracterizar agresores y agredidos/as. En año 1997, la sección de peritajes del Instituto Médico Legal, atendió 1.906 agresiones sexuales correspondiente sólo a la Región Metropolitana, donde los abusos sexuales a menores de un año de ambos sexos ocurrían en un 0,2% (3) y de uno a catorce años en un 66,0% (1.258).

Las cifras indican que la mayor parte de los afectados son niños de ambos sexos menores de catorce años.

Es necesario agregar que en Chile sigue la normativa internacional al considerar menores de edad a los menores de 18 años. Sobre esta base, se constata que las víctimas menores de edad alcanzan al 80% del total. Así

lo muestran las cifras del centro de atención de Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS) de la policía de investigaciones, institución en la que, en el periodo de 1987 a 1997, se atendieron en este centro a 4.345 víctimas menores de 18 años.

Para mostrar una relación entre víctima y victimario de abuso sexual infantil, se darán a conocer cifras desde el año 1987 hasta el año 1999.(C.A.V.A.S, 1999).

RELACION	FAMILIAR	CONOCIDO	DESCONOCIDO	Sin Información	TOTAL
	%	%	%	%	
1987	4,0	26,6	36,0	34,4	100,0
1988	2,2	1,4	3,9	92,5	100,0
1989	0,3	0,3	0,0	99,5	100,0
1990	29,3	44,7	26,0	0,0	100,0
1991	30,3	44,9	24,9	0,0	100,0
1992	29,6	40,3	30,1	0,0	100,0
1993	32,7	39,9	27,4	0,0	100,0
1994	38,8	37,7	23,6	0,0	100,0
1995	44,4	37,3	18,3	0,0	100,0
1996	43,1	41,1	15,8	0,0	100,0
1997	54,7	34,4	10,9	0,0	100,0
1998	49,4	37,3	13,3	0,0	100,0
1999	52,1	31,9	14,5	1,5	100,0

Las estadísticas expuestas reflejan un aumento alarmante de abuso infantil en los últimos años, hay un claro incremento de agresores, en su mayoría, personas que componen el grupo familiar, parientes cercanos o

conocidos de la familia. Éstos datos reflejan la imperiosa necesidad de reflexionar respecto a esta problemática que aqueja a la familia y por supuesto a nuestros niños(as).

En esta perspectiva, es a todas luces evidente la importancia de la protección del niño(a) y su familia y de la prevención en los programas diseñados para esta problemática. En esta labor, el trabajo social cumple un papel fundamental.

La complejidad del maltrato infantil grave exige una aproximación interdisciplinaria a su estudio, análisis e intervención, tarea que implica la especificación del rol que le compete a los profesionales del área, ya en conjunto, ya individualmente. En esta tarea, no debe excluirse ni privilegiarse ningún área. Esto es algo que depende de cada disciplina (profesional), no de las instancias donde están insertos.

Lo interdisciplinario debe ser visto como el esfuerzo deliberado y planificado tendiente a desarrollar un meta-discurso que guíe el diseño de un programa. Debe expresarse por ejemplo, en la plasticidad de los miembros del equipo para intervenir ante un caso, en la capacidad de tomar decisiones técnicas en conjunto y en la incorporación de las diferentes percepciones frente al problema con el objeto de desarrollar un lenguaje común. Visto desde esta perspectiva, el trabajo interdisciplinario implica asumir funciones profesionales que superen los límites trazados desde una óptica rígida de los roles propios de la disciplina; logrando con ello una polifuncionalidad profesional.

Con esta visión de trabajo, lo interdisciplinario dejaría de ser sólo la suma de intervenciones coordinadas entre los distintos profesionales que

actúan ante un caso específico, para convertirse en una construcción de los discursos y prácticas que guían el modelo de intervención.

Por lo anteriormente señalado, es necesario realizar un esfuerzo para concentrar en un mismo programa, acciones que permitan cubrir el mayor número de necesidades posibles; como apoyo social y psicológico, asesoría legal y otras. Con ello evitaríamos que el niño(a) y su familia deban recurrir a instancias y organismos distintos para realizar cada tipo de intervención; consecuentemente, también prevendríamos que el niño(a) reviva lo ocurrido cada vez que acuda a uno de estos servicios. Creemos que la concentración de las acciones dirigidas a obtener la superación del problema que motivó su intervención, facilitaría su seguimiento, evaluación y particularmente, el trabajo con la familia.

Dentro del proceso de democratización en el que nuestro país se ha visto inserto, se han sustituido las antiguas políticas sociales, por otras que realmente protegen la integridad de las personas y respetan los derechos humanos; sin embargo, aún se necesitan respuestas específicas a las problemáticas que más aquejan a nuestro país. Debido a ello hemos querido realizar esta investigación dentro de la perspectiva del abuso sexual infantil, centrándonos en el apoyo institucional que reciben los niños(as) maltratados y específicamente en el menor abusado sexualmente.

Con este objeto, nos hemos centrado en la evolución y actual accionar de una de las Instituciones que más ha dado cabida al tema del maltrato infantil: el Servicio Nacional de Menores (SENAME). En nuestro análisis presentaremos el nuevo paradigma de trabajo de dicha institución y sus orientaciones técnicas en cuanto al tema. Nos referiremos también a

problemas específicos relativos al abuso sexual infantil, como: de qué manera enfrentar la realidad ambigua del abuso sexual, cuál es la estrategia a seguir frente a estadísticas que cada vez van más en aumento y qué hacer frente a menores que deambulan en centros de protección, debido al estancamiento de sus casos en los Juzgados de Menores.

Nuestro objetivo como profesionales del área social, es analizar el papel que cumplen los Trabajadores Sociales insertos en estas instituciones; especialmente la situación de aquellos que, a consecuencia de la rigidez y burocracia de las políticas estatales, se encuentran imposibilitados de realizar a cabalidad su labor.

No pretendemos que este estudio sea una simple crítica al estado ni a las políticas gubernamentales que éste sustenta, sino que más bien, la instancia para realizar un acercamiento a esta problemática desde otra perspectiva: la de los profesionales que día a día se enfrentan a la dificultad de llevar a cabo la rehabilitación de los menores deprivados socioculturalmente.

Sea este trabajo, un reconocer lo que hasta ahora se ha realizado y un atisbo de lo que queda por realizar, labor en la que todos estamos involucrados.

6.- MARCO METODOLOGICO:

1.- HIPOTESIS:

" La intervención Psicosocial institucional no ha logrado alcanzar todos los objetivos estratégicos de sus programas, lo que implica una deficiente atención a los niños y niñas abusados sexualmente".

2.- PREGUNTAS DE INVESTIGACION:

1.-¿Cuál es el real apoyo psicosocial institucional que entregan a los menores abusados sexualmente?

2.- ¿Las duplas psicosociales que pertenecen a instituciones públicas (Sename, otras) realizan una intervención integral con los niños(as) abusados sexualmente?

3.- ¿En la intervención psicosocial con los menores abusados sexualmente, se obtienen resultados concretos?

3.- VARIABLES:

- **Variable Independiente:** El Abuso Sexual Infantil.

- **Variables Dependientes:**

- El Apoyo Psicólogo Institucional.

- El Apoyo del trabajo Social Institucional.

- El Apoyo Psicosocial que entrega SENAME a los menores Abusados Sexualmente.

4.- DEFINICION DE LAS VARIABLES CONCEPTUALMENTE

- **El Apoyo Psicológico Institucional:** Dar orientación y apoyo psicológico a nivel emocional, conductual al niño y su familia para dar solución a su problemática.
- **Apoyo del Trabajo Social Institucional.**

El apoyo del Trabajo Social institucional se refiere a la labor con menores en pro de mejorar su situación de violación o abuso sexual, en ese sentido se le entrega de herramientas que permiten en alguna medida solucionar necesidades, facilitando el acceso rápido y oportuno a los recursos Institucionales, Comunitarios y familiares, para satisfacer sus necesidades y mejorar su bienestar.

- **El Apoyo Psicosocial de SENAME**

El apoyo psicosocial ejecutado por SENAME, se realiza principalmente en duplas (Trabajadores sociales y Psicólogos), ambos integran sinérgicamente sus visiones desde su correspondiente disciplina, permitiendo el desarrollo de un proceso en el cual se triangulan dichas visiones.

5.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO INSTITUCIONAL: Es el apoyo entregado por psicólogos insertos en instituciones que trabajan con menores abusados sexualmente y que se da en tres niveles de atención: Individual, Grupal y Familiar.

VARIABLE	DIMENSION	Sub-Dimension	ITEMS
Apoyo Psicológico Institucional	- Individual.	<ul style="list-style-type: none"> - Al niño(as) abusado. -A la madre del niño abusado sexualmente. -Al padre del niño abusado sexualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> -¿Cómo se manifiesta el apoyo psicológico institucional individual? -¿ Cuándo se da en el niño? -¿Cuándo se da en la madre?. -¿Cuándo se da en el padre?
	-Familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Toda la familia. -A ambos padres. 	<ul style="list-style-type: none"> -¿Cómo se manifiesta el apoyo psicológico institucional a las familias? -¿Cuándo se da a toda la familia?. -¿Cuándo se da solo a ambos padres?.

	-Grupal	<p>-Grupo de menores abusados sexualmente.</p> <p>-Grupo de padres de menores abusados sexualmente.</p>	<p>-¿Cómo se manifiesta el apoyo psicológico Institucional grupal?</p> <p>-¿Se realiza con los menores?</p> <p>-¿Se da con los padres de los menores abusados?</p>
--	----------------	---	--

<p>Apoyo Trabajo Social Institucional</p>	<p>-Individual.</p>	<p>_Atención Individual en los centros. Atención individual en terreno.</p>	<p>_¿Cómo se manifiesta la atención individual en los centros? -¿Se da en los menores abusados sexualmente? -¿Se da con los padres de los menores abusados sexualmente? -¿Se da con los adultos responsables de los menores abusados sexualmente? -¿Cómo se manifiesta la atención individual en terreno? -¿Se da con los menores abusados? -¿Se da con la madre de los menores abusados? -¿Se da con el padre de los menores abusados sexualmente? -¿Se da con los adultos responsables de estos niños?</p>
	<p>-Grupal</p>	<p>-Atención grupal que se da en los centros. -Atención grupal que se da en terreno.</p>	<p>-¿Cómo se manifiesta la atención grupal en los centros?</p>

	<p>-Familiar</p>	<p>-Atención Familiar que se da en los centros.</p> <p>-Atención Familiar que se da en terreno.</p>	<p>-¿Cómo se manifiesta la atención familiar en los centros?</p> <p>-¿Se atiende al grupo familiar en su conjunto?</p> <p>-¿Cómo se manifiesta la atención familiar en terreno?</p>
	<p>-Comunitario</p>	<p>-Se trabaja con la población, organizaciones comunales y redes sociales en general</p>	<p>-¿Cómo se manifiesta el trabajo comunitario en el tema del abuso sexual infantil?</p>

DEFINICION OPERACIONAL DEL APOYO PSICOSOCIAL (SENAME): Es la atención global y responsable que comparte un trabajador social y un psicólogo inserto en una institución, a los menores abusados sexualmente, que se desarrolla individual, familiar y grulla.

VARIABLE	DIMENSION	Sub-Dimension	ITEMS
Apoyo psicosocial (SENAME)	-Individual	-Atención de casos en duplas. -Ingreso institucional del niño abusado sexualmente. -Atención individual psicológica. -Percepción individual de los profesionales. -Obstaculizadores en la intervención de ambos profesionales. -relación de su institución con otras redes.	-¿cómo ingresan los menores? -¿qué técnicas utilizan en la atención psicológica? ¿Cuál es la percepción personal de su intervención? -¿cuál es la percepción que tiene usted de labor de su dupla? -¿cuál cree usted que son los obstáculos a que se enfrentan los profesionales para realizar una mejor intervención? -¿de que manera se relaciona su institución con otras que abordan la problemática de abuso sexual?
	-Familiar	-Atención familiar en duplas	-¿se trabaja en talleres con padres?

	-Grupal	-Atención grupal en duplas.	-¿Se hacen reuniones periódicas para tratar casos? ¿Se realizan talleres de grupo, atendidos por duplas? ¿Se realizan talleres con abusadores en duplas?
--	----------------	-----------------------------	--

6.- ESTRATEGIA METODOLOGICA

TIPO DE ESTUDIO: El tipo de estudio es de carácter descriptivo-explicativo puesto que busca especificar las propiedades importantes de personas y grupos. En este caso nuestro fenómeno de análisis es conocer a través de la medición de diversos aspectos el apoyo psicosocial que reciben los menores abusados sexualmente de parte de las instituciones publicas.

Para este efecto, se han elegido una serie de conceptos y variables a medir, con el objetivo de lograr describir a través de los resultados, el fenómeno de interés como es el apoyo psicosocial que entregan las instituciones publicas (SENAME, Opción, CEPIJ, CTD, CODA) a los menores abusados sexualmente.

Por otra parte, es explicativo por que va más allá de la descripción de conceptos y fenómenos, puesto que están dirigido a establecer relaciones que impliquen entregar una atención parcelada de parte de los profesionales que abordan la problemática del abuso sexual infantil. Por tanto, este estudio es descriptivo-explicativo por que proporciona un

mayor sentido de entendimiento del fenómeno que se hace referencia, siendo este más completo y generando una mayor comprensión.

SUJETOS DE ESTUDIO: Siete Asistentes sociales y siete psicólogos que conforman duplas psicosociales pertenecientes a instituciones públicas relacionadas con SENAME, (**Opción, Centro de Transito y Diagnostico Pudahuel, CODA san Joaquín, CODA Cerro Navia, CEPIJ Lo Espejo y CEPIJ Pudahuel**)de la Región Metropolitana.

TIPO DE MUESTRA: Es de tipo "no probabilística", ya que se realizara una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características en este caso se entrevistará a siete duplas psicosociales (Asistentes Sociales- Psicólogos) pertenecientes a instituciones públicas dedicadas a esta problemática. Ya que para este tipo de estudio no se requiere tanto de una representatividad de elementos de una población, por que lo que necesitamos conocer es la opinión de estas personas a través de un cuestionario con preguntas abiertas, con de 17 preguntas abiertas para los Trabajadores Sociales y 13 preguntas para los psicólogos, además se aplico un test tipo escala de Likert, para cada profesional.

MUESTRA DE SUJETOS-TIPOS: Se utilizara este tipo de muestra, ya que nuestra investigación es de tipo cualitativo, por lo cual el objetivo de esta investigación es la riqueza, profundidad y calidad de la información más que la cantidad, en este caso se prioriza los datos entregados por profesionales expertos en el área de la infancia específicamente el tema del Abuso Sexual Infantil.

CAPITULO I
MARCO REFERENCIAL

1.- Teorías, características y factores en relación al Maltrato y Abuso Sexual Infantil.

LA SEXUALIDAD Y EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS(AS).

La formulación de una teoría completa del abuso sexual de niños(as) es un asunto complejo, por que incluye elementos relacionados con amplios procesos sociales así como también relaciones personales íntimas. Hasta cierto punto, el abuso sexual infantil es un fenómeno social vinculado a las actitudes y a las prácticas generales hacia los niños(as) y también los modos como las relaciones sexuales se hayan organizadas y reguladas en una determinada sociedad. Si bien es importante tener esto en cuenta en cualquier modelo acerca de cómo se produce el abuso, para los fines clínicos y de trabajo social resulta probablemente más útil considerar las características "microsociales", en especial la psicología de los protagonistas individuales (especialmente, el abusador) y las redes interpersonales dentro de las cuales están arraigadas. (Jorge Barudy, 1999)

1.2.- La Sexualidad de los Hombres:

La imagen más común del hombre que abusa sexualmente de las niñas es la del "viejo verde", el extraño que engaña a las jóvenes y se mete con ellas como expresión de su propia degeneración. La mayoría de las víctimas son abusadas por alguien que conocen, frecuentemente dentro de su propia familia.

Además, los abusadores son a menudo jóvenes y, en muchos casos menores de 20 años. Tampoco esta claro que todos los abusadores estén sexualmente frustrados en el sentido de no tener escapes alternativos para

sus deseos: Al menos algunos de los que tienen relaciones con niños(as) son muy promiscuos. Estas variaciones deberían despertar cierta cautela en el momento de trazar cualquier sistema simple de clasificación para describir a los abusadores; no obstante, se han realizado algunas tentativas para caracterizarlos de acuerdo con los atributos de su comportamiento o de su personalidad.

Weinberg (1955), distingue distintos tipos de abusadores:

- a).- Abusadores endogámicos**, están orientados hacia adentro, hacia sus familias sobre las cuales mantienen un lazo fuertemente posesivo.
- b).- Abusadores Psicópatas**, que tratan a todas las personas que caen sobre su poder como objetos sexuales,
- c).- Abusadores Pedofílicos**, cuya inmadurez psicológica hace que tengan una fijación sobre los niños como objetos sexuales.

Si bien esta distinción tiene cierto interés, su inconveniente es que sugiere que los niños(as) son abusados únicamente por hombres anormales, que pueden haber tenido ellos mismos antecedentes patogénicos y que son diferentes de otros hombres. De hecho, los abusadores constituyen un grupo extremadamente heterogéneo. Por ejemplo, algunos parecen estar motivados por deseos sexuales, mientras que otros están motivados por necesidades de proximidad o por agresión (Finkelhor, 1979).

1.3.-La niña seductora.

Muchos autores han señalado que los hombres que abusan sexualmente de los niños son especialmente hábiles para racionalizar sus actos en términos de provocación de sus víctimas, el poder avasallador de seducción proveniente de los niños mismos. Ocasionalmente el lenguaje es el del "padre preocupado" que encuentra una manera especial, concreta, de educar a su hija; más a menudo, es el del lenguaje del animal sexual masculino, incapaz de controlar su pasión frente al deseo.

Algunas veces el lenguaje es el de la humillación, conocido por todos los hombres, y por las mujeres como receptoras: "ella se lo buscó". Tales racionalizaciones pueden parecer extraordinarias a la luz de la realidad del abuso sexual infantil ("pobre hombre, sucumbió ante la lujuria de una niña de cuatro años"), pero también se reflejan en un conjunto poderoso de representaciones contemporáneas que van desde la pornografía cruda de las revistas para hombres hasta la más sofisticada de algunos libros de arte "y de literatura seria". La niña seductora no es, por lo tanto, una invención desesperada y autoservida de los hombres que abusan de niños; es una persistente imagen cultural en la cual abrevan los hombres.

Ella vincula los actos de algunos hombres (que abusan sexualmente) a los deseos de otros hombres (que en su fantasía hacen lo mismo). (Jorge Barudy, 1999).

Dada la difusión de la fantasía de la niña seductora, quizá no deba sorprendernos descubrir en la literatura profesional sobre el abuso sexual infantil (sobre el incesto específicamente) también a demostrado una

tendencia a "culpar a la víctima". Finkelhor (1979) identifica dos grupos de teorías vinculadas que han dominado la literatura; ambas señalan que los atributos de los niños (varones y niñas) estimulan su victimización sexual. El primero de ellos corre exactamente paralelo con las fantasías descritas, si bien a la explicación sobre la conducta del niño se le da un tinte medicinal en lugar de localizarla en sus deseos. Involucra la proposición de que algunos niños, cuyas necesidades no son cubiertas a través de los canales convencionales, descubren que pueden obtener afecto estimulando sexualmente al adulto y lo seducen activamente. El segundo tipo de teorías considera al niño menos activo, pero señala el hecho de que al ser prolongadas las relaciones incestuosas los niños (acaso debido a la perturbación) entran en colusión con ellas.

1.4.- La sexualidad de los niños.

A pesar de las críticas valederas expuestas, el psicoanálisis ha hecho una importante contribución al trabajo en el área del abuso sexual al desarrollar una explicación sofisticada acerca de la naturaleza y los orígenes de la sexualidad. Por ejemplo, el concepto de sexualidad infantil, por más que se tienda a confundir los temas de que pueda significarse con "sexual", combate significativamente la imagen romantizada de la inocencia infantil de que echo más vulnerables a los niños al negarle el acceso al conocimiento sexual.

En líneas, generales, el psicoanálisis sostiene que los niños son seres sexuales desde el comienzo de la vida, son deseos que se articulan sensualmente. Los comportamientos observados, tales como el succionar, se interpretan como la expresión de esos sentimientos sexuales internos de un modo que los hace estructuralmente análogos a los comportamientos

adultos equivalentes, por más rudimentaria que sea su forma. Así se interpreta que los niños que succionan "intensa o agresivamente" tienen sentimientos que reflejan estos actos, en este caso deseos oral-agresivos. Análogamente y el interés por las heces y el placer en contenerse o hacerse encima que demuestran muchos niños que comienzan a caminar se interpretan no como expresión de interés intelectual en fenómenos y logros nuevos sino, más profundamente, como una expresión de deseos de placer que se centran en la región anal. La famosa progresión freudiana opera de la siguiente manera: Los niños tienen impulsos sexuales que se expresan a través de modos corporales característicos de los periodos tempranos del desarrollo; comienzan por la región oral (chupar, morder) se trasladan al área anal(defecar, ensuciarse) y luego a la región fálica (actividad masturbatoria). A continuación, se supone que sigue un periodo de latencia durante el cual retroceden los deseos sexuales en tanto que el niño o la niña desarrollan sus habilidades sociales o cognitivas; esta fase llega al final en la pubertad. En este proceso, los impulsos permanecen esencialmente iguales, se desarrollan con más coherencia y son progresivamente expresados de modos más adultos.

Además del concepto general de que existe sexualidad infantil y que esta representada por diferentes modos de comportamiento, el psicoanálisis freudiano propone que existen algunas experiencias de desarrollo que surten un efecto estructurante sobre la sexualidad y la mente en general. De tales experiencias la más importante, y especialmente para el área del abuso sexual de niños es la del "complejo de edipo". La idea de Freud es razonablemente sencilla en lo que concierne, al menos, al desarrollo del varón. La sexualidad consiste en un impulso central dirigido simplemente a obtener placer y que carece de objeto: ninguna persona o cosa en especial. A través de la experiencia, el

niño descubre que algunos objetos aportan más placer que otro. La madre es el mejor de estos objetos, puesto que su actividad se centra alrededor del niño. Así sus deseos sexuales se dirigen hacia la madre.

En el estadio fálico del desarrollo, este aspecto se refleja en un deseo de desplazar al padre y de poseer a la madre sexualmente. Sin embargo, la traducción de este deseo a la acción es imposible porque transgrediría el tabú del incesto; específicamente, el deseo por la madre es opuesto a la autoridad paterna, en la fantasía del niño representada como amenaza de castración. La obediencia a esta amenaza, esto es terror dentro del "complejo de castración", resulta en la renuncia a su pasión (la reprime) y la identificación con el padre. Fundamentalmente, en esta explicación el tabú del incesto no es visto como natural, no obstante su aparente universalidad de una u otra forma; es, de hecho, un deseo incestuoso que crea la necesidad del tabú universal. La sexualidad masculina normal, en consecuencia, resulta de renunciar a otras formas posibles de sexualidad; esta construida sobre la represión de sentimientos incestuosos "naturales" más que una expresión de la naturaleza misma. (Jorge Barudy, 1999)

1.5.- CONSECUENCIAS DE LAS AGRESIONES.

Sintomatología Presentada Por Las Víctimas.

Escaff y Sagüés pudieron apreciar que la mayoría de las víctimas presentaba una apariencia estable y tranquila cuando ingresaban al Centro de Acogida, sin exhibir, en primera instancia, todos los síntomas que habitualmente se esperan. Ello se explica porque los menores han sido abusados en forma reiterada y por largo tiempo, el método empleado por el agresor ha sido intimidatorio, por otra parte, se tarda mucho tiempo también antes de denunciar los hechos o pedir ayuda psicológica

especializada. Además, cuando el abuso proviene de un miembro de la familia, sé atenta también contra todo el sistema de creencias de la víctima y contra la confianza depositada en los adultos. Sólo un análisis detallado de su situación personal, permitirá detectar los importantes trastornos que provocan las agresiones sexuales (Escaff y Sagüés).

Desde un punto de vista psicológico, esa actitud de la víctima es perfectamente explicable, puesto que ella está "haciendo uso de mecanismos adaptativos, como una manera de mantener la coherencia interna de su organización de significados personales, ante una experiencia altamente perturbadora y discrepante con la imagen consciente de sí mismo y del mundo que tenía antes de sufrir la agresión". De la misma manera, el estudio de Escaff y Sagüés descarta toda posibilidad de creer (opinión popular, sin fundamento) que las víctimas de una agresión sexual padecen de algunos trastornos severos de personalidad. "Ellas generalmente son personas normales; muy escasamente padecen de trastornos orgánicos o intelectuales". No obstante, los autores insisten "un análisis más preciso acerca de sus rasgos característicos, que se encuentran dentro de la normalidad, nos indica que predominan la escasa asertividad, su autoestima es baja, se describen más bien como introvertidas, tímidas e inhibidas" (Escaff y Sagüés, s/f.); sin embargo, cabe interrogarse si estas peculiaridades no formarán parte de la sintomatología posterior a las agresiones, que crean trastornos en la personalidad de la víctima.

En relación a las consecuencias de las agresiones, las investigadoras, Rona y Moya, reconocen que fueron de diversos tipos, a veces difíciles de clasificar. Se constataron, no obstante, repercusiones psíquicas que consistieron principalmente en trastornos del sueño (9/15= 60%), temores

de distintas clases y un trastorno emocional de predominio depresivo, que se pesquisó en seis pacientes, de los cuales una niña de ocho años hizo una tentativa de suicidio. Se observaron además, trastornos emocionales no específicos; trastornos de conducta, más bien, acentuación de trastornos de conducta previos; en un caso se produjo enuresis secundaria y un niño, portador de debilidad mental, presentó un cuadro reactivo mixto, emocional y conductual. El detalle de los trastornos se aprecia en la siguiente tabla:

1.6.- Síntomas más frecuentes en los pacientes que sufrieron agresión sexual.

	Cantidad	%
1.- Tipo ansioso:		
Trastornos del sueño	9	60.0
Temores Fóbicos	3	20.0
A salir solo	3	20.0
A los hombres	2	13.3
Al agresor	6	40.0
Ansiedad	2	13.3
2. Tipo conductual:		
Irritabilidad	7	46.6
Agresividad	5	33.3
inquietud	5	33.3
3. -Tipo depresivo:		
Tristeza, desánimo	6	40.0
Alejamiento de coetáneos	6	40.0

Falta de concentración	7	46.6
Baja de rend. escolar	6	40.0
Rechazo escolar	3	20.0
Rechazo a las persona	2	13.3
Ideación suicida	2	13.3
Tentativa de suicidio	1	6.6
4. Manifestaciones físicas:		
Disminución del apetito	2	13.3
Dolores diversos	3	20.0
Cefaleas	4	26.6
Enuresis	1	6.6

(Rona y Moya, 1989).

En los trastornos de ansiedad constatados por Escaff y Sagüés, el estrés postraumático, se presentó en el 79,17% de los casos (19/24), de los cuales 58% presentaba recuerdos recurrentes, cerca del 32% (7/22) manifestó haber tenido pesadillas. En relación con los trastornos por angustia, presentaron, en proporción variable, disnea, mareos, temblor, dolor o molestias precordiales, adormecimiento, miedo a volverse loco o perder el control y enuresis secundaria (Escaff y Sagüés).

El impacto y la sintomatología en la víctima y su entorno familiar varían, entre otros, de acuerdo a la proximidad afectiva y física de; agresor con la víctima y su familia; al status de poder económico y familiar que tenga el agresor; a la percepción de control de la situación de la víctima; al poder que la víctima atribuya al agresor; al estilo de personalidad de la víctima, a las redes de apoyo con que cuente la familia, etc. (CAVAS).

En relación a los síntomas posteriores al abuso sexual, merece un comentario la evidencia de comportamientos sexuales inadecuados, como vestirse o actuar provocativamente, hacer comentarios o preguntas de contenido sexual inesperadas para su edad. Los efectos inmediatos son esencialmente: sentimiento de culpa, rabia y odio a sí mismo; sentimientos de angustia, vergüenza, humillación, temor y confusión que pueden ser de gran intensidad; comportamientos antisociales de carácter agresivo, fugitivo y delictual (CAVAS).

"Los efectos a largo plazo también son importantes, en niñas adolescentes puede darse: promiscuidad sexual, fugas de hogar, prostitución y trastornos ginecológicos psicosomáticos (...) En la adultez, la mujer puede sufrir frigidez o dispareunia, o llegar a la prostitución, mientras que en el hombre pueden darse impotencia, incesto o pedofilia. Tanto en el hombre como en la mujer pueden encontrarse trastornos en la conducta parental. En la consulta psiquiátrica las mujeres adultas dan con cierta frecuencia antecedente de haber sufrido violación o abuso sexual en su niñez. También es cierto que algunas personas sometidas a este tipo de trauma pueden llegar a ser adultos bien adaptados, o sea, la secuela psiquiátrica no es ineludible" (Rona y Moya, 1989).

Escaff y Sagüés determinaron que, en un tercio de sus víctimas, (11/33), algún integrante del grupo familiar, mayoritariamente la madre, ya había sufrido una agresión sexual a lo largo de su vida (Escaff y Sagüés).

En el caso de los niños que están en el período de la adolescencia, las agresiones pueden provocar problemas muy complejos. Dado que en esta etapa la sexualidad tiene una importancia de primer orden, tanto en las preocupaciones de la niña(o) y en las transformaciones psicológicas

normales, las experiencias sexuales condicionan, sin ninguna duda, interacciones futuras que pueden ser positivas o negativas. En este período, la sexualidad se relaciona con la autoimagen y la percepción que los adolescentes tienen con sus pares y progenitores. Una de las tareas importantes, de esta etapa, es la integración de la sexualidad de manera congruente y, en lo posible, sin conflictos ni perturbaciones que interfieran con otros aspectos de su desarrollo. La existencia de relaciones sexuales satisfactorias está ligada a la posibilidad de una "intimidad", es decir, a un desarrollo de una verdadera relación con el otro. Las experiencias negativas son productoras de anomalías en la vivencia de la sexualidad y un trauma provocado por una agresión sexual, puede causar graves trastornos en el desarrollo (CAVAS, s/f).

Entre los efectos de una agresión en adolescentes -mujeres se citan, en primer lugar, efectos disyuntivos profundos en el estado de ánimo y en otras áreas funcionales. Los investigadores del CAVAS concluyen que la reacción inicial a la agresión sexual se caracteriza por un dolor generalizado intenso, de orden psicológico, que disminuye solamente entre los tres y seis meses posteriores a la agresión, manteniéndose problemas residuales de miedo, ansiedad y depresión. Las reacciones de las abusadas se caracterizaban, por una mayor ansiedad, miedo y desconfianza, de sintomatología depresiva, desórdenes depresivos mayores, trastornos del sueño y disforia. A todos esos síntomas hay que sumar: las alteraciones del sueño y del apetito; disminución de la energía; problemas de concentración; disturbios psicomotores; ideas de culpa y de suicidio, además de desórdenes depresivos mayores.

Las investigaciones del CAVAS han concluido que en el largo plazo, una agresión sexual puede provocar perturbación de la valoración que el

sujeto tiene de sí mismo, esto es deterioro de la autoimagen y la autoestima. Entre las distorsiones cognitivas se pueden distinguir:

- a) Tendencia en la persona a evaluar sus cualidades como externas y apreciaciones maniqueas sobre sí misma, un ejemplo es la expresión muy común:

“Nadie me aceptará como mujer”;

- b) Sobregeneralizaciones en extremo negativas, se concluye arbitrariamente que si ocurrió una vez se volverá a repetir: "si fui violada esto me ocurrirá otra vez";
- c) Se produce una filtración mental que atribuye a ciertos detalles características de causalidad determinantes, distorsionando las causas el hecho y las consecuencias, por ejemplo: "la noche está hecha para delinquir...";
- d) Descalificación de lo positivo: tendencias a transformar experiencias neutras o positivas en negativas, "estoy podrida por dentro, soy la peor persona en el mundo. Desde ahora no le gustaré nunca a alguien
- e) Razonamiento emocional: Se razona y actúa a partir de emociones, por ejemplo: "no tengo ganas de hacer nada por lo tanto me quedo en cama
- f) Se asume la responsabilidad por la agresión, sin que haya base real para ello, por ejemplo: "nunca debí caminar por ahí a esa hora...";
- g) Actitud catastrófica, magnificando desproporcionadamente las situaciones al percibir el desastre total como resultado probable,

por ejemplo: "no puedo salir de la casa porque me puede ocurrir lo peor (CAVAS,s/f).

En general, se deteriora la inserción social de la víctima, provocándose una ruptura. Los investigadores dicen que las áreas más afectadas son el funcionamiento laboral y educacional, donde el período de recuperación puede extenderse hasta cerca de los ocho meses. Se interrumpen las actividades sociales y de tiempo libre durante, al menos los dos primeros meses después de; atentado. El miedo y la ansiedad, reacciones comunes a un atentado sexual, se mantienen en el tiempo durante al menos doce meses después de; ataque. Son miedos diversos: a los animales, a las relaciones interpersonales y sociales, a la soledad, a los hombres, pensamientos de terror, pérdida del control y extrema vulnerabilidad: miedos a sitios asociados con el asalto, etc. (CAVAS).

El análisis más detallado de la información ha permitido detectar casos que producto de la agresión sexual, las víctimas quedaron embarazadas. Un antecedente ilustrativo es que en todos ellos el agresor fue el padre biológico de la víctima 9,1%, 3/ 33 casos (Escaff y Sagüés).

2.-CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO FAMILIAR DE LAS VÍCTIMAS

Algunos estudios han logrado comprobar que, el caso general de maltrato infantil, se advierte con mayor frecuencia entre las familias de tipo nuclear, en un 43,48% y de familias uniparentales en un 31, 13% (OPCION, 1995).

Si bien la mayoría de los casos que acoge el CAVAS, un 76% de los casos se producen en el estrato económico bajo, un 24% de esos casos

proviene de; estrato medio bajo y medio alto. Las víctimas de los sectores altos no denuncian porque recurren a sus conocidos: médicos, abogados, y en general se observa rigurosamente el secreto (CAVAS, s/f).

Rona y Moya señalan que, en los 15 casos de abuso estudiados, las características de los padres, los rasgos psicopatológicos, revelaron que: una mayoría eran bebedores excesivos (6/15= 40%), cuatro progenitores (26.6%) presentaban alteraciones psiquiátricas importantes (dos padres y dos madres): tres con rasgos psicopáticos evidentes y uno con probable psicosis reactiva (Rona y Moya, 1989).

En otro estudio una parte mayoritaria de las víctimas vivía con al menos uno de sus progenitores, el 57,5% de las familias (19/33) correspondía a una composición familiar de tipo nuclear; un 30,3% (10/33) eran familias extendidas. Esto explica que el 90,9% de los casos (30/33) ocurrieron en el domicilio compartido por el agresor y la víctima. La generalidad de las agresiones se realizó mientras la víctima estaba a cargo de; agresor, la madre trabajaba afuera o padecía alguna enfermedad (Escaff y Sagüés).

3.- PERFIL DEL VICTIMARIO:

En relación con las razones de los maltratos, en general, hay médicos que estiman que "Aun cuando las primeras descripciones hicieron énfasis en la psicopatología de; agresor, cada vez es más evidente que ella explica un porcentaje menor de; maltrato aunque efectivamente el más severo o bizarro. En la mayoría de los casos, sin embargo la conducta agresiva es parte de una red de interacciones violentas que involucro, más allá de la dada víctima-victimario, a otros adultos significativos e incluso a otros miembros de la comunidad". En el caso del maltrato infantil en

general, la existencia de psicopatología en uno o ambos padres explica no más del 5% de todas las formas de maltrato (Novoa, 1992).

La bibliografía examinada muestra la dificultad existente para explicar los mecanismos que gatillan actitudes de agresión sexual contra niñas/os, la literatura extranjera habla de fracaso de los procesos de inhibición, presencia de distorsiones cognitivas, etc. Sin embargo, la conclusión es que la posibilidad de desentrañar este complejo fenómeno está en el estudio interdisciplinario, puesto que las indagaciones unilaterales no surten efecto y no aclaran satisfactoriamente las razones de prevalencia social de este problema (Escaff y Sagüés).

No obstante, los investigadores concluyen que en la mayoría de los casos los victimarios presentan rasgos comunes. Muy probablemente fueron víctimas de abuso sexual cuando pequeños. Muestran tendencias a sexualizar las interacciones cotidiana intra y/o extrafamiliares. Los sujetos que han tenido sucesivas convivencias se muestran más peligrosos; en esos casos el riesgo de agresión es mayor. Comúnmente demuestran escasas habilidades para relacionarse con otras personas, asociadas a débiles recursos personales como baja asertividad, escasa autoestima y poca empatía. En general presentan variadas distorsiones cognitivas, tales como: atribuir a la víctima una actitud seductora. Percibe a hijas(os), nietas(os), sobrinas(os) como propiedad privada. Cree que es el indicado para "iniciar sexualmente" a hijas(os), hijastras(os), etc. Muestra una adhesión rígida a cogniciones dependientes del estereotipo sexual masculino y una percepción excesivamente positiva de las hijas(os) y de las niñas(os) en general (CAVAS, s/f).

Las niñas(os) perciben al agresor como dotado de un poder omnipotente, creen que tiene ojos que lo siguen y lo vigilan, esto se relaciona con los miedos que siente la/ la agredida(o) (CAVAS, s/f).

4.- ATENCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DESPUÉS DE TRATAMIENTOS:

Las sugerencias a los médicos respecto de la atención y pesquisa de manifestaciones de maltrato en niños, insisten en poner la mayor atención en las manifestaciones clínicas. El examen general debería analizar la presencia de algunos de los síntomas siguientes: "desnutrición, deshidratación, diferentes grados de alteración de conciencia, retraso en el desarrollo pondoestatural, retraso psicomotor, higiene y arreglo deficiente, aspecto triste y retraído, disfórico, temeroso u hostil, mirada apagada, voz baja, búsqueda de afecto y aprobación en el entrevistador o renuencia a entregar información y ser examinado, afectividad disociada, normalidad aparente o real" (Novoa , 1992).

"El examen mental. Debe evaluar las áreas cognitivas (grado de conciencia, nivel intelectual, etc.), emocionalidad y expresión, lenguaje, psicomotricidad, contenido y forma del discurso verbal y su correlato gestual, actitud hacia el entrevistador y su entorno, coherencia con los antecedentes previos. Es imprescindible llevar registros clínicos adecuados en forma precisa y expedita" (Ibid).

En las primeras entrevistas "es necesario entregar elementos terapéuticos básicos como permitir y favorecer la catarsis, teniendo máximo cuidado en saber acoger y aceptar, sin introducir los propios juicios del examinador, pues se podrían introducir sesgos que entorpezcan severamente acciones terapéuticas posteriores" (Ibid).

"En adolescentes y escolares deben investigarse especialmente los antecedentes de amenaza o intento suicida, episodios de fuga del hogar, vagancia, uso de alcohol y drogas, precocidad o promiscuidad sexual y trastornos conductuales. Evaluación de su entorno familiar, conducta escolar, forma de ser y estado previo a episodio, condiciones socioeconómicas, descripción de la familia y otros antecedentes relevantes" (Ibid).

En relación con las lesiones provocadas por abuso sexual, Novoa dice que cualquier magulladura o lesión genital que no pueda ser atribuida a accidente, es sugerente de este tipo de agresiones y, por lo tanto, obliga al facultativo a practicar un examen anogenital cuidadoso, "suave y no agresivo, usando incluso sedación y anestesia si fuera necesario. En los casos de violación, si han pasado menos de 12 horas, deben tomarse muestras para buscar semen o flujos (las que deben enviarse a examinar junto con la ropa interior y el parte policial correspondiente). Deben buscarse y consignarse signos de vaginitis, vulvitis, uretritis recurrente, lesiones del pene o del escroto. El hallazgo de una enfermedad venérea es muy sugerente de explotación sexual. También es preciso explorar cuidadosamente la región anal en niños y niñas, buscando hipotonía del esfínter que sugiere abuso sexual recurrente u otras lesiones como fisuras, desgarros o sangramientos, haciendo el debido diagnóstico diferencial. El examen debe incluir búsqueda de lesiones bucales o genitoanales secundarias a "felatio" o "cunnilinguis" forzado. Finalmente, es muy recomendable solicitar determinación de anticuerpos para virus HIV, especialmente si el agresor es desconocido o portador de aberraciones sexuales" (Ibid).

De la misma manera, el médico insiste en la necesidad de evitar la solicitud de exceso de detalles en la descripción del episodio del abuso, previendo la fijación de traumas. Conviene, dice, solicitar al magistrado las consideraciones pertinentes, incluyendo el interrogatorio directo y aislado, evitando careos y promoviendo exámenes médico-legales apropiados (Ibid).

La evolución de los pacientes puede apreciarse al constatar que seis (40%) abandonaron el control después de una a cuatro consultas, lo que impide conocer su estado actual. Tres niños (200/o) fueron dados de alta en buenas condiciones (los tres sufrieron abusos deshonestos, no fueron violados). Cinco (33.3%) seguían en control, tres niñas, con síntomas ansioso-depresivos de larga evolución (dos sufrieron violación, y la tercera abusos deshonestos durante varios años) y dos varones siguen en control. Un menor con debilidad mental y epilepsia fue trasladado al servicio de adultos por edad, para continuar su tratamiento anticonvulsivo (Rona y Moya, 1989).

En el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, en relación, con el problema general de maltrato infantil, entre los cuales había un 38% de agresión sexual, es decir, 23 casos- del total de niños examinados, después de la atención, los menores que quedaron a cargo del padre o la madre no agresora constituyó un 49% (29 casos); con el padre o madre agresora y Control del Tribunal un 35% (21 casos), y un 11 % fue ubicado en otros hogares o instituciones (Leppe O. y Soto A., 1994).

Algunos trabajos insisten en la necesidad de la protección del menor con posterioridad al alta hospitalaria. "A este respecto debe mencionarse que se ha comprobado en ciertas experiencias que el 30% de los casos son

víctimas de un nuevo maltrato por parte de sus padres, aun durante el período de tratamiento del niño y asimismo ocurre ulteriormente, llegando hasta un 80% la repetición del maltrato de los niños en un plazo de hasta 8 meses después del alta'. (Rossetot, 1981).

5.- DENUNCIAS Y PROCEDIMIENTOS LEGALES:

Respecto del problema del abuso sexual, diversos autores estiman que el porcentaje de casos que no se denuncia llega al 75 u 80%, en el caso de los menores éste puede llegar incluso al 90%. Se infiere, entonces, que todo lo que se conoce se refiere sólo al 10 o 20% de la magnitud real del problema (CAVAS, s/f). Larraín estima que por un delito de abuso sexual contra niños que se denuncia, hay siete u ocho que no se conocen (Larraín, 1996).

En los casos recogidos en CAVAS y estudiados por Escaff y Sagüés, en el 33,3% (11/33) de los casos, las víctimas o sus representantes legales llegaron a la ratificación de la denuncia. Pero, el 30,3% (10/33) no ratificaron la denuncia. Las razones entregadas fueron de distinta índole, la de mayor frecuencia fue la presión que ejercía la propia familia para que ello no ocurriera, por motivos de orden legal y/o económico, pérdida de proveedor, principalmente. En el resto de los casos, el 36,3% (12/33) ni siquiera se planteó jamás la posibilidad de realizar dicha denuncia ante los Tribunales de Justicia (Escaff y Sagüés).

Otra de las razones argumentadas por las víctimas es "la desconfianza generalizada en el proceso penal, y muy especialmente con la ampliamente descrita segunda victimización a que es sometida la víctima, al momento de tener que relatar, en cada una de las instancias la

experiencia traumática vivida" (Escaff y Sagüés). Por lo demás, en relación con el proceso judicial habitual, la mayoría de los casos denunciados no llega a la condena de los acusados. Sólo un porcentaje apenas superior al 10% de los procesos pendientes resulta en penas y condenas para los abusadores.

En los casos de maltrato infantil examinados en Valparaíso, se determine) que del total de agresores, solamente el 13.3% fuera recluido en prisión (8 agresores), el 73% quedó bajo control del Tribunal (Leppe O., y Soto A., 1994).

En el caso general de maltrato infantil, los médicos tienen la obligación de denunciar todo caso de lesión sospechosa de haber sido producida por terceras personas, so pena de prisión o multa, según lo señala el Código Penal, en su artículo 494, párrafo 92 (Código Penal, 1984). En las situaciones de maltrato infantil la información del facultativo, del pediatra, es de suma importancia, puesto que es él quien debe denunciar los hechos a la policía civil o uniformada, para que llegue a los tribunales de justicia. "La ficha clínica, los exámenes de laboratorio y el estudio radiológico serán los medios de prueba" empleados por la justicia. La ignorancia o la negligencia son agravantes para la ley. Por otra parte, el facultativo es protegido si la sospecha no es confirmada, estimando que éste ha actuado de buena fe" (García 1991).

Las investigadoras Rona y Moya, comentan que en su universo investigado sólo 15 casos de abuso sexual en ocho años parecen señalar una baja frecuencia, pero la cifra no debe llevar a engaño, ella se explica "en parte, porque muchos padres no hacen la denuncia o si la hacen, no siempre son derivados a un servicio de psiquiatría. Por otra parte, los niños

suelen no notificar el abuso sexual: los niños más pequeños, si no desconfían del adulto, pueden considerarlo como una forma de interacción normal en él". Se destaca el temor al rechazo, sentimiento de culpa, abandono, temor a la ruptura familiar. Otras frecuentes razones son las amenazas y presiones sobre la víctima.

Es interesante destacar que un aspecto escasamente mencionado: "también hay que considerar que la experiencia puede ser gratificante para el niño, especialmente si el abuso es cometido por Pedófilos que actúan sin agresividad y que pueden recompensar al niño de diversas maneras" (Rona y Moya, 1989).

Según la ley chilena cualquier persona puede denunciar el maltrato infantil. Es alentador constatar que, tal vez poco a poco la población comienza a adquirir conciencia sobre la necesidad de la denuncia. En las denuncias al Cuartel Móvil de la Comisaría de Menores entre julio de 1992 y agosto de 1993 los denunciadores son: 17% profesores, 15% vecina, 10% servicio de salud, 10% llamada anónima, 8,8% la madre, 5,3% el padre (Larraín, 1993).

6.- FACTORES QUE TIENDEN A OCULTAR EL PROBLEMA DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑAS(OS):

Hay una cantidad de factores que contribuyen a ocultar la violencia sexual impidiendo conocer su magnitud, entre ellos:

Existe una imagen según la cual la **violencia sería un fenómeno marginal y extraño** en nuestra vida social, sus autores serían delincuentes de estratos socioeconómicos bajos y de minorías étnicas. No obstante, los estudios

comprueban que la mayoría de los casos de agresión sexual (80%) ocurre dentro del hogar y sus autores son conocidos, incluso parientes (CAVAS, estadísticas).

Además, una de 4 mujeres sufre agresiones dentro de su hogar en la Región Metropolitana de Santiago (SERNAM, 1998).

La rígida percepción cultural de los roles sexuales contribuye a justificar, omitir o negar la ocurrencia de estos delitos. La principal es la construcción de mitos o prejuicios que implican responsabilizar a las víctimas, según ello las mujeres y las niñas provocan los atentados (CAVAS, 1999).

Las investigadoras Rona y Moya dicen no advertir en su estudio ninguna incidencia del factor, destacado por la literatura y el cine, cual es la presencia de rasgos seductores en las niñas comprometidas sexualmente con padres o hermanos. La literatura, en cambio, omite el importante rol desempeñado con frecuencia por la madre. "Estos rasgos seductores en las hijas, sin embargo, no son suficientes para explicar el incesto, que no es iniciado por el niño o niña, sino por el adulto, a veces con la complicidad de la madre". Según el estudio muchas veces, las madres encubren la relación incestuoso entre padre e hija, la fomentan a veces o en caso de descubrirse, trata de minimizarla o negarla. La justificación más frecuente es la intención de mantener "la unión familiar", aún a costa de la niña. Las autoras enfatizan que muchas madres adoptan esta actitud "por intereses de tipo económico, o como una forma de evadir las relaciones sexuales con su cónyuge" (Rona y Moya, 1989).

La **estructura de poder patriarcal y sexista** que minusvalora y subordina a mujeres y niñas(os) **provoca el ejercicio del abuso de poder** y del control en el sometimiento de las agresiones sexuales (CAVAS, 1999).

La **precaria y distorsionada educación sexual** que poseen adultos y menores es un factor fundamental común en la base de las sociedades proclives al abuso sexual (CAVAS s/f).

7.-SINTOMAS EN LAS NIÑAS(OS) QUE PERMITEN DETECTAR AGRESIONES SEXUALES.

Los investigadores de CAVAS aseguran que la literatura proporciona elementos que permiten describir ciertas conductas que son más recurrentes en los casos e niñas/os que están siendo o han sido víctimas de agresiones sexuales. Estos son:

- 1.- Alteraciones en los procesos cognitivos, relacionados con el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar, como baja atención-concentración: los niños parecen idos, no escuchan; amnesia de hechos o situaciones que el niño conocía. Por ejemplo, olvida el nombre de su perro; incapacidad para aprender.
- 2.- Alteraciones motoras. Manifestaciones de hiperactividad: agitación motora, niños que no pueden permanecer quietos; hipoactividad motora: baja en la actividad física cotidiana, se expresa como desgana y/o fatiga.
- 3.- Alteraciones psicosomáticas: quejas físicas dolor de cabeza o estómago donde no existe evidencia médica.
- 4.- Alteraciones en las relaciones sociales: niños que se aíslan, no quieren compartir con sus iguales.

- 5.- Algunas alteraciones efectivas: cambios bruscos de humor. De tímidos a arrebatos de rabia sin motivo; rebeldía; niños que se exponen al peligro; miedos inespecíficos, miedo al miedo; miedos específicos: a estar solos, a dormir solos: aislamiento efectivo: niños que se encierran en su mundo; amigos imaginarios a una edad que no corresponde (más de 7 años); enuresis; encópresis; pesadillas (CAVAS, 1999).

8.- FACTORES QUE CONTRIBUYEN A AUMENTAR EL RIESGO DE AGRESIONES

En el caso del maltrato infantil en general, hay autores que proponen que "Las familias monoparentales, las que tienen varios hijos muy próximos en edad, las que sufren otras formas de violencia entre los adultos o con la comunidad y aquellas en que se abusa de alcohol o las drogas, muestran mayor riesgo de maltrato a los hijos (Novoa, 1992).

La probabilidad de ocurrencia de un caso de abuso sexual depende, en muchos casos de la relación de la víctima con el agresor. Por otra parte se evidencia que hay un mayor riesgo de agresiones cuando las familias están aisladas y no cuentan con redes de apoyo familiares, ni sociales. En esos casos es más fácil mantener mitos y distorsiones comunicacionales, sobre todo acerca de la educación sexual. Son proclives a la proliferación de abusos y agresiones aquellas familias donde se refuerzan y toleran secretos de la comunicación. Además, las familias de bajo nivel sociocultural, con muy poca educación, donde hay inestabilidad laboral o cesantía sufren de precarias condiciones de salud, higiene, vivienda y alimentación; no cuentan con personas que cuiden a los pequeños, están más expuestas a

la posibilidad de agresión. El hacinamiento y la promiscuidad son caldo de cultivo para los abusos de todo orden (CAVAS, 1999).

La bibliografía reciente insiste en la necesidad de cambios en la cultura popular capaces de crear conciencia sobre la inexactitud de una serie de "lugares comunes" que han adquirido el status de verdades, llegando a constituir mitos. Algunos de ellos:

- "La mayoría de las agresiones sexuales son cometidas por desconocidos".

La evidencia indica todo lo contrario.

- "El consumo de drogas o alcohol causa las agresiones,.. El alcohol y las drogas pueden actuar como factores de riesgo, entre muchos otros. La ingesta de estas sustancias por sí solas no son causas de agresiones sexuales.

- "Los agresores sexuales son portadores de patologías. Los escasos casos de agresores psicóticos o psicópatas que aportan las investigaciones actuales no validan tal aseveración. La mayoría de los victimarios no presenta mayor inestabilidad emocional que muchos no agresores. - "Las agresiones sexuales ocurren en su mayoría en los niveles socioculturales bajos". Si bien ocurren con frecuencia, eso no quiere decir que en los sectores de mejores ingresos no ocurran. Lo que sí es cierto es que se desconoce su real prevalencia porque los habitantes de niveles socioeconómicos altos no denuncian, resguardan su imagen, consultan médicos, psicólogos y abogados particulares, por lo tanto esos casos no ingresan a los datos estadísticos públicos.

-“Las víctimas de agresiones sexuales buscan, provocan los abusos. Es completamente inexacto. Las víctimas no buscan ser abusadas. Eso es una justificación del agresor y de la rígida ideología patriarcal que perpetúa los mitos con el objeto de conservar poder sobre seres humanos sometidos, mujeres, niños y jóvenes.

-“Los niños(as) muchas veces mienten o fantasean acerca de los abusos sexuales. Habitualmente los niños no mienten en cuestiones relacionadas con el abuso sexual, ni tampoco fabrican historias detalladas de actividades sexuales si no las han presenciado o experimentado (Rona y Moya, 1989).

-“La mayor parte de los agresores sexuales son homosexuales”. Por el contrario, la realidad demuestra que la mayoría son heterosexuales.

-“Todos los niños abusados sexualmente serán homosexuales cuando crezcan. O también: “Es más grave la violación a un niño que a una niña” son aseveraciones absolutamente falsas y negativas que sólo contribuyen a ocultar el problema o impiden su denuncia (CAVAS, 1999).

El mismo artículo señala “Resulta motivo de preocupación el desfase que existe entre la importancia que se da al tema a nivel legislativo, judicial y en la prensa en general con la consideración que se le ha dado en la Escuela de Medicina. En el área metropolitana durante el año pasado hubo establecimientos que impartieron el curso de Pediatría y que aún no han incorporado el tema del maltrato infantil, En la mayoría el tiempo asignado, considerando la importancia que tiene es insuficiente y la metodología usada no fue la más apropiada”, (Alvarez 1994).

Alvarez H, en 1994 estimaban indispensable que la malla curricular en la Escuela de Medicina debía ser actualizado, incluyendo el tema del maltrato y abuso sexual infantil en todos los cursos de Pediatría que formaban parte de la formación del pregrado. En la opinión de esos médicos, esta materia debiera ser abordada en forma multidisciplinaria. Considerarla en Bacteriología en relación a las enfermedades de transmisión sexual también deberá ser incluida en Anatomía Patológica, psiquiatría, Medicina Legal, Oftalmología y Pediatría entre otras» (Alvarez, 1994).

El estudio de 60 casos de maltrato infantil ingresados al Hospital Van Buren durante los años 1991 a 1994, permite a los médicos Leppe y Soto descubrir una parte del problema que era insospechada y les sugiere la necesidad de un manejo multidisciplinario e intersectorial en cada caso y crea la necesidad de abrir nuevas redes para el manejo posterior de estos paciente severamente dañados en lo físico y psicológico. (Alvarez, 1994).

Resulta muy interesante el enfoque prestado por algunas instituciones para abordar el problema general de; maltrato y de; abuso sexual en el marco de la atención integral y sistémica a la familia de la víctima (OPCION, 1995), asunto por demás fundamental cuando se trata de violencia intrafamiliar.

El XX Congreso de Pediatría, realizado en 1994, mostró la formación y evaluación de un equipo multidisciplinario para la prevención y tratamiento de maltrato infantil, en el área metropolitana central de Santiago, en el Hospital Clínico San Borja-Arriarán y sus siete consultorios periféricos dependientes. Este equipo, dicen los médicos, «se ha mantenido en el tiempo en base a la motivación y mística frente a ese

grave problema médico-social,,,. Este equipo hizo un trabajo previo de orientación y capacitación de los equipos a nivel primario y trabajó en el lineamiento básico para su desempeño según la realidad local; se implementó, además una coordinación con otras instituciones y fuerzas viva de la comunidad. Por otra parte, se propuso fortalecer las redes de apoyo en el nivel primario con el objeto de que los equipos de los consultorios periféricos resuelvan progresivamente sus casos, derivando a los niveles secundario y terciario de; servicio, sólo aquellos casos de mayor complejidad (Novoa , 1994).

Muy importante resulta ser el trabajo de instituciones estatales como SENAME y OPCION, Corporación privada, colaboradora de SENAME. OPCION realiza un trabajo de atención a niños y jóvenes en situación de riesgo social, aplicando un modelo de trabajo cuyo marco orientador es la Doctrina de Protección Integral a la Infancia y los Derechos de; Niño (OPCION, 1995). En los casos concretos de abuso sexual, OPCION, aplica técnicas de intervención en programas de apoyo psicosocial. Estos programas constituyen un conjunto de acciones previamente planificadas, sobre la base de un diagnóstico psicosocial, cuyo objetivo principal es fortalecer los recursos individuales y restablecer redes de apoyo en la familia, facilitando el reacomodo o cambios familiares para enfrentar la situación y otras que puedan suscitarse (OPCION, 1999).

CAPITULO II
ASPECTOS LEGALES

“La convención Internacional sobre los Derechos del Niño, fue adoptada el 20 de noviembre de 1989, por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Es la Convención Internacional ratificada por más países del globo y en el período más corto en la historia Mundial. Expresa entonces, un consenso prácticamente universal acerca de los derechos humanos de niñas, niños y jóvenes menores de 18 años, tanto en los aspectos relacionados con la ciudadanía, protección y libertades básicas, como las disposiciones relacionadas con los derechos económicos sociales y culturales” (UNICEF: 42,1995)

La convención contiene un conjunto de derechos que, en sus aspectos jurídicos y simbólicos, tienen un valor singular y ninguno es más importante que otro. Sin embargo, en el trasfondo de los artículos se reconocen cuatro principios de derechos fundamentales, que constituyen su eje central y le otorgan sentido a la Convención. Estos son:

- La no-discriminación.
- Interés superior del niño.
- El derecho intrínseco a la vida, implicando tanto la supervivencia como
 “La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, fue adoptada el 20 de Noviembre de 1989, por la Asamblea General de Naciones Unidas. Es la Convención Internacional ratificada por más países del globo y en el período más corto en la historia Mundial. Expresa entonces, un consenso prácticamente universal acerca de los derechos | desarrollo del niño.
- El derecho a la expresión (UNICEF: 42,1995).

Bajo estos principios, y en virtud de la obligación impuesta por la Constitución Política de la República a los órganos del Estado, de velar

por la promoción de los Derechos del Niño (a), en 1994 se dictan la Ley N° 19.324 que introduce modificaciones a la Ley de Menores N° 16.618, en materia de maltrato de menores; y la Ley N° 19.325, de violencia intrafamiliar. Es así, que surgen distintos tipos de maltrato infantil, clasificados según quien sea el agresor y el daño que este maltrato provoque:

MALTRATO INTRAFAMILIAR: El artículo 1° de la Ley 19.325, define el acto de violencia intrafamiliar infantil como todo maltrato que afecte la salud física o psíquica de un menor de edad que tenga respecto del ofensor la calidad de descendiente, adoptado, pupilo, colateral sanguíneo hasta el cuarto grado inclusive, o este bajo el cuidado o dependencia de cualquier de los integrantes del grupo familiar que vive bajo un mismo techo.

Dentro de esto, se incluyen por expresa disposición de la Ley las lesiones leves y las amenazas con arma de fuego y, a su vez, quedan expresamente excluidas las conductas constitutivas de delito, distinto de lesiones leves.

MALTRATO EXTRAFAMILIAR: Las modificaciones introducidas por la Ley 19.324, vienen a tratar de salvar las imperfecciones contenidas en la antigua norma sobre el tema, busca proteger a los menores de edad de cualquier maltrato resultante de una acción u omisión que produzca menoscabo en su salud física o psíquica que sufrieren de parte de otras personas, no circunscribiéndolo al ámbito familiar, aspecto en el cual, se complementa con la Ley de violencia intrafamiliar.

Los lineamientos más importantes de esta nueva normativa pueden resumirse de la siguiente forma:

- La agresión o conducta sancionada puede estar constituida tanto por acciones como omisiones.
- Basta una sola acción u omisión para configurar el maltrato, en la medida que produzca el efecto exigido.
- La conducta sancionada comprende el maltrato físico y el emocional.

MALTRATO INTRAFAMILIAR CONSTITUTIVO DE DELITO: Se aplica el procedimiento de crimen o simple delito de acción pública siempre que se verifique un delito que atenta contra la integridad física de un niño, sea constitutivo de maltrato infantil intrafamiliar o extrafamiliar (lesiones menos graves, graves, gravísimas y atentados sexuales).

Es importante señalar que el área jurídica de los Centros pertenecientes a SENAME hace uso de éstas y las demás herramientas que les confiere la Ley, dado que, a fin de interrumpir la situación de maltrato hacia el niño, apela a las facultades que la mencionada **Ley de menores N° 16.618**, otorga al juez, en el sentido de poder decidir acerca de la vida futura del menor, cuando éste se encuentra en riesgo material o moral, interponiendo cuando se hace necesario medidas de protección.

Siguiendo estos mismo principios, el Estado, además, elabora un Plan de Acción a favor de la Infancia, que comprende tres áreas: derechos a la supervivencia, derechos al desarrollo y educación y los derechos de la protección. Es en esta área, donde se contemplan las problemáticas de maltrato infantil y abuso sexual, que apunta a:

- Mejorar la protección de los niños que sufren maltrato y abuso sexual.
- Lograr un adecuado control preventivo y vigilancia epidemiológica y un diagnóstico precoz del niño y la familia susceptible de sufrir maltrato, abandonado y abuso sexual.
- Lograr una adecuada atención integral y de urgencia para las víctimas.
- Mejorar el estado integral de las familias en riesgo.
- Reducir la incidencia y prevalencia del problema.
- Mejorar y modernizar la legislación vigente.
- Elaborar una política de educación para la vida y los derechos humanos.

De acuerdo a estos lineamientos, el **Maltrato Infantil**, se entiende como toda conducta que, por acción u omisión o sexual de un menor de 18 años.

Como problemática se manifiesta en distintos ámbitos de acción en la vida social, observándose a diferentes niveles como:

3.1.- Maltrato en el ámbito institucional, en aquellas situaciones en que instituciones que atienden la población infantil aplican normas disciplinarias que lesionan la integridad física y emocional de los niños.

Maltrato en el ámbito intrafamiliar, mediante la agresión física, emocional o sexual y la cuidados necesarios para la expresión del potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los recursos para ello (Comité Maltrato Infantil, 1996).

Maltrato Social, en sus formas de explotación laboral, prostitución infantil, torturas.

Discriminación Social, instalada en la acción de las relaciones sociales, de las comunicaciones interpersonales, en el barrio, en la vida cotidiana, etc.

Una definición más reciente de **Maltrato Infantil**, es del Comité Interministerial de Maltrato Infantil, quien lo definió como:

"...una condición evitable que perjudica el bienestar biopsicosocial del niño y del adolescente que puede ser atribuida a la acción u omisión de personas, instituciones y otros. (Informe Final Comité Maltrato Infantil, 1996).

Esta definición tiene la particularidad de ser lo suficientemente amplia, permitiendo incluir en ella las diferentes formas de maltrato-social, familiar e institucional- y los diferentes tipos-físicos, emocional y sexual, y fundamentalmente un abordaje integral, preventivo y multisectorial del problema, concordando con las definiciones de la legislación referente al tema, de los diferentes sectores involucrados, particularmente de la UNICEF y la Convención sobre los Derechos del Niño.

1.- TIPOS DE MALTRATO:

Cabe señalar que el maltrato infantil presenta distintas tipologías a saber;

- **Maltrato Físico:** puede ser definido como cualquier acto no accidental que tiene como consecuencia una lesión física. Estas lesiones a menudo resultan de castigos corporales severos. En esta categoría se incluyen ataques intencionales, deliberados, tales como quemaduras, mordeduras, cortes, empujones, golpes con correa o varillas y tortura.

- **Maltrato emocional:** así como el maltrato físico puede dejar cicatrices e incapacitar a un niño(a), el maltrato emocional, en forma similar, puede dañarlo e incapacitarlo, conductual e intelectualmente. Numerosos estudios han demostrado que algunos desórdenes psicológicos severos se relacionan con actitudes y conductas parentales excesivamente distorsionadas.

En esta categoría se incluyen los ataques verbales (ej: desprecio, gritoneo, amenazas, sarcasmos), las respuestas impredecibles ej. (Inconsistencia), el humor negativo continuo, la discordia familiar constante, y la comunicación con doble mensaje.

- **Negligencia:** es el trato de cuidado entregado a un niño, por parte del padre o cuidador, y que implica daño o amenazas de daño para la salud o bienestar del menor. Muchas veces, por negligencia de un padre o cuidador, en proteger al niño se observa desnutrición severa, la que es diagnosticada médicamente. También, incluye aquellas situaciones en las que se permite que el niño(a) este en una situación de peligro para su salud. Esto incluye el no entregar, alimento, ropa, limpieza o cuidado médicos.
- **Abandono:** se considera que existe cuando los padres no proveen la supervisión que los hijos necesitan. Por ejemplo, pueden dejarlos solos durante las horas en que están fuera de la escuela y ellos no están en el hogar. Aunque estos padres pueden no verse a sí mismos como maltratadores, el dejar a niños pequeños sin supervisión constituye "abandono general", ya que en estas circunstancias son particularmente vulnerables a los accidentes, lesiones o crímenes.

Abuso Sexual: consiste en cualquier tipo de actividad sexual de un adulto con un niño(a), desde su posición de poder o autoridad. Así el niño(a) se ve involucrado en actos sexuales que, por su etapa de desarrollo no es capaz de evaluar y comprender en sus contenidos y consecuencias. Incluye la violación, la violación sodomita, el incesto, los abusos deshonestos, la corrupción y la explotación sexual (prostitución, pornografía).

Los abusos sexuales pueden consistir en "coito", contacto "anal-genital", manoseos o un encuentro con un exhibicionista. Otros han ampliado la definición para incluir cualquiera actividad que produzca gratificación en el abusador.(Beker y Duncan, 1985)

Algunas definiciones incorporan las normas sociales o el concepto de desarrollo y la capacidad del niño(a) para consentir el contacto sexual. Entre ellas la más influyente es la de Schechter y Roberge (1976):

"Se define el abuso sexual como la participación de niños dependientes o niños(as) de desarrollo inmaduro y adolescentes en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar un consentimiento informado o que violan los tabúes sociales de los roles familiares."

Por otro lado, la definición de abuso sexual infantil provista por SCOSAC (1984) de forma práctica anuda a varios hilos presentes en todas las otras definiciones, y merece ser citada en su totalidad:

"Cualquier niño(a) por debajo de la edad de consentimiento puede considerarse como haber sido sexualmente abusado cuando una persona sexualmente madura, por designio o por descuido de sus responsabilidades

sociales o específicas en relación con el niño(a), ha participado o permitido su participación en cualquier acto de una naturaleza sexual que tenga el propósito de conducir a la gratificación sexual de la persona sexualmente madura. Esta definición es procedente aunque este acto contenga o no una coacción explícita por cualquier medio, aunque comporte o no contacto físico o genital, sea o no iniciado por el niño(a), y aunque sea o no sea discernible el efecto pernicioso en el corto plazo.”

Por lo anterior, se hace necesario definir los distintos ámbitos de violencia sexual infantil que se da en el entorno social, donde podemos diferenciar los **abusos sexuales extrafamiliares** y los **abusos sexuales intrafamiliares**.

En el primero se refiere cuando el agresor no pertenece al medio familiar del niño(a). En este caso es toda la familia de la víctima que es sacudida por el abuso de uno de sus miembros infantiles. El adulto agresor puede ser un sujeto totalmente desconocido por el niño y los demás miembros de su familia, o algún conocido que pertenece al entorno del niño. Los abusos sexuales extrafamiliares determinan una dinámica clínica diferente a la que se crea cuando los abusos ocurren al interior de la familia. Cuando el abusador es alguien desconocido, los niños tienen al menos, por la distancia relacional entre ellos y su agresor, la posibilidad de vivirse como víctimas del abuso, por ejemplo cuando el agresor es alguien conocido como es el caso de la agresión pedofílica, la víctima es envuelta en una confusión relacional en donde la ilusión de ser amada y la experiencia de abuso se entremezclan y dan origen a los sentimientos de vergüenza y culpabilidad. (Barudy, Maltrato Infantil “Ecología Social: prevención y Reparación” (1999).

Dentro de esta misma línea existen **los abusos sexuales perpetrados por un sujeto conocido por la familia;**

Se trata de niños(as) agredidos sexualmente por un adulto que pertenece a su círculo social, y que por lo tanto es conocido por la familia. En muchos casos, estos delincuentes sexuales ocupan un lugar privilegiado que les da un acceso directo a los niños; por ejemplo, son profesores, monitores de clubes juveniles, sacerdotes, catequistas, etc., por su rol de carácter social y su poder son depositarios de la confianza de los padres.

En otras situaciones, se trata de sujetos que se infiltran en las familias ganándose la confianza de los adultos para lograr fácilmente el acceso de futuras víctimas.

Estos "abusadores sexuales obsesivos" o "delincuentes sexuales obsesivos" (GROTH, 1978), son mayoritariamente sujetos del sexo masculino que presentan una atracción sexual principal y casi exclusivamente hacia los niños.

Estos sujetos evitan las relaciones sexuales con adultos, y cuando las tienen se sienten insatisfechos o se excitan con fantasías pedófilas.

Para seducir a los niños utilizan el cariño, la persuasión, la mentira o la presión psicológica. A diferencia de los abusadores sexuales que utilizan la violencia física, éstos se aprovechan de su posición de autoridad y de la confianza que "se ganan" de los padres para crear poco a poco un clima "de familiaridad" con ellos, y sobre todo con la víctima. De una manera solapada y engañosa, estos sujetos invitan a los niños a participar en actividades sexuales.

Este tipo de abusadores se identifica de una manera perversa con los niños adaptando fácilmente sus comportamientos a los de su víctima y ofreciéndoles relaciones gratificantes y sin frustración. Por otra parte, estos sujetos eligen a sus víctimas entre niños que sufren las carencias socio-psicoafectivas en razón de una fragilidad familiar y/o social. Sus víctimas provienen, por ejemplo, de familias monoparentales con dificultades sociales, de padres divorciados, de familias emigrantes con problemas de integración, o de familias con niños adoptados, etc. Los abusadores pedófilos atribuyen a sus actos una finalidad altruista y, además, usurpan una parte de la función parental, adoptando un rol de pseudo-parentalidad hacia sus víctimas.

En todos los casos, el pedófilo envuelve a su víctima en una relación falsa, que es presentada como afectiva y protectora. Al manipular al mismo tiempo la confianza familiar, el niño es doblemente cosificado, primero por su abusador y luego por sus propios padres, que sacrifican su rol protector a la relación con este individuo, que muy a menudo ejerce una verdadera fascinación tanto en sus víctimas como en los miembros de la familia, a quienes infiltra convirtiéndose en un personaje, agradable, simpático, servicial y atento con todos. (Jorge Barudy, 1999)

Por otro lado están **los abusos sexuales intrafamiliares;**

Para hablar de "abuso sexual intrafamiliar", es decir, un abuso cometido contra un niño por un miembro adulto de la familia, el autor utiliza indistintamente el término *abuso sexual incestuoso*, para dar a entender que tanto el abusador como el niño(a) víctima están vinculados por lazos familiares, y el término *agresión incestuosa* para insistir sobre el carácter

forzado de la situación. Los abusos sexuales intrafamiliares son el resultado de una multiplicidad de factores que bloquean o perturban los mecanismos naturales que regulan la sexualidad al interior de una familia.

Para una familia, la regularización de una pulsión sexual, así como la estructuración de las interacciones sexualizadas entre adultos y niños, es una de las tareas fundamentales para asegurar su preservación. A este respecto, la reflexión clínica conduce a constituir un modelo explicativo de los mecanismos que protegen a los niños del acoso sexual de los adultos principalmente al interior de la familia.

2.- Factores que inciden en el incesto:

En su práctica clínica el autor ha encontrado una inspiración sistémica, donde se ha interesado en encontrar los puntos de articulación entre los factores biológicos, sociales y culturales que caracterizan el incesto.

Así distinguiremos a los adultos que abusan por que no poseen "una emoción" que les frene la excitación sexual provocada por el cuerpo de un niño(a), de aquellos abusadores que lo hacen por que no integraron la norma social o el tabú cultural que el incesto que lo prohíbe. En muchos casos, estos dos factores van juntos (Cyrulnik, 1989,1991,1993).

A partir de esta distinción podemos separar las causas del incesto de una familia en dos grupos:

- Un primer grupo e causas son aquellas ligadas a trastornos del proceso biológico de "impregnación", que provocan a su vez trastornos

fundamentales de la experiencia biológica del apego y de la familiaridad.

- El segundo grupo corresponde a trastornos de la integración de la norma del "tabú del incesto" como consecuencia de una alteración del proceso de socialización.

Las familias sexualmente abusivas o incestuosas, en ella la finalidad biológica fue pervertida por ciertos adultos, lo que se expresa en comportamientos y propósitos abusivos de carácter sexual sobre uno o varios niños(as), con esto el autor se refiere a que estamos frente a un fenómeno de "cosificación" sexual del niño, que es utilizado por los adultos, ya sea para curar sus experiencias carenciales o vengarse de los traumatismo sufridos en su infancia. En esta dinámica, los niños no son solamente explotados sexualmente sino que no se benefician de aportes socioculturales y materiales de calidad para crecer sanamente. (Barudy 1999).

La historia relacional o la ontogenesis familiar del abuso sexual incestuoso corresponde a una cultura familiar singular. Los abusos incestuosos pueden considerarse como modalidades homeostáticas, es decir, estrategias del sistema familiar, construidas a lo largo de las generaciones para resolver conflictos y problemas transgeneracionales, manteniendo un sentido de cohesión y pertenencia.

Los abusos incestuosos se desarrollan en el interior de la intimidad familiar, protegidos por el secreto y la ley del silencio, el incesto aparece a luz pública a través de la divulgación de los abusos por parte de la víctima, lo implica una crisis para el conjunto de la familia así como para su entorno, sistemas profesionales incluidos.

El autor, se refiere al concepto de abusos incestuosos relacionado con el silencio que nace dentro de la familia al ocurrir estos hechos, esto se da principalmente por una solidaridad disfrazada que existe dentro de estos núcleos familiares ambiguos, es decir, la integridad de los más débiles de la familia (niños y niñas) pasa a un segundo plano o en ocasiones casi no existe, no esta adquirido como norma, ni menos como valores dentro del núcleo familiar. Por otro lado, esto no significa que justifique los abusos incestuosos intrafamiliares, más que nada **Barudy** argumenta una especie de explicación y posibles respuestas a estos hechos dañinos.

Los actos incestuosos protegidos por la ley del silencio:

Durante este periodo se puede decir que el sistema familiar se encuentra en "equilibrio" y que los abusos sexuales son parte de las modalidades homeostaticas que los miembros de una familia utilizan para mantener su cohesión y sus sentimientos de pertenencia. Por lo tanto se pueden distinguir tres fases de este periodo; (Barudy, 1999)

La fase de seducción:

En este primer periodo el abusador(a) manipula la dependencia y la confianza de su víctima, incitándola a participar en los actos abusivos que él presenta como un juego o como comportamientos normales y sanos entre padres e hijas o adultos y niños. El abusador prepara el terreno tomando precauciones para no ser descubierto, y elige el momento y el lugar en que comenzara a abusar de su víctima.

Así por ejemplo la mayoría de los padres abusadores eligen una parte de sus casas para abusar de sus hijas sin correr el peligro de ser descubiertos. (Jorge Barudy, 1999).

Fase de interacción sexual abusiva:

Los gestos sexuales abusivos, lejos de ser aislados y únicos, corresponden a una diversidad de gestos que suceden el tiempo.

Un padre abusador o un pedófilo no viole directamente a su víctima, como muchas veces se cree. El coito propiamente dicho se produce en un momento bastante avanzado de la interacción sexual abusiva. Frecuentemente, el abusador comienza por gestos de exhibicionismo, paseándose semidesnudo delante de su víctima, o por ejemplo, dejando al descubierto sus órganos sexuales mientras ve la televisión sentado al lado de su hija. En otros casos, invita a su víctima a entrar en el cuarto de baño mientras se ducha, etc. Luego se agregan a estos comportamientos otros gestos "voyeuristas" en donde él solicita a su víctima que le muestre sus órganos genitales, para seguir con manoseos y posteriormente obligarla a manosear su sexo, etc.

En etapas más tardías ocurrirá la violación de la víctima, que comienza a menudo por la felación, sigue con la penetración digital del ano y la vagina, o por lo que se denomina la penetración seca, que consiste en frotar el pene en la zona anal y/o vaginal de la víctima hasta eyacular. La penetración genital o coito ocurre en la fase avanzada; es con mayor frecuencia anal que vaginal. (Jorge Barudy, 1999).

Fase de la imposición del secreto y la ley del silencio:

Este momento comienza casi juntamente con las interacciones sexuales. En la mayoría de los casos, el abusador sabe que está transgrediendo la ley, por lo tanto se protege, como todos los delincuentes, de ser descubierto. Al mismo tiempo, estos gestos abusivos le son "necesarios" como solución a otros problemas, por lo que hará todo lo necesario para continuar sin ser sorprendido. Su alternativa es imponer la ley del silencio y, para ello, todas las formulas son posibles desde la amenaza, la mentira, la culpabilización, hasta el chantaje y la manipulación psicológica.

El abusador convence a su víctima del peligro que existe para ella, para él y para su familia al divulgar lo que pasa entre ellos. El niño o la niña terminan por aceptar esta situación y se adaptan a ella para sobrevivir. Terminan por entrar en la dinámica del chantaje, con lo que obtienen favores y regalos y privilegios por parte del abusador. Esto sierra el círculo infernal en la medida en que estas respuestas adaptativas permiten la desculpabilización del abusador y, al contrario, aumentan la culpabilidad y la vergüenza del abusado. (Jorge Barudy, 1999)

CAPITULO III

AREAS DE INTERVENCION DEL SENAME EN EL MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL

El Servicio Nacional de Menores ha asumido, como institución del Estado, el que le ha otorgado la responsabilidad de operacionalizar el compromiso de atender de un modo preferencial a los niños maltratados, generando un conjunto de iniciativas de atención en el ámbito psicosocial y jurídico, mostrando, con hechos concretos, la priorización y el compromiso que el Estado de Chile tiene con el tema, el que se presentó en el Plan Nacional de la infancia, con metas para mejorar la protección de los niños que sufren maltrato y abuso sexual, lograr una adecuada atención integral y de urgencia a las víctimas, reducir la incidencia y prevalencia del problema y mejorar y modernizar la legislación vigente.

Concretamente, el SENAME desarrolla tres líneas de acción para enfrentar este problema:

Atención en Crisis:

Recibe denuncias que requieren intervención inmediata para detener situaciones de maltrato.

Se han recibido 600 llamadas telefónicas hasta septiembre de 1999. Este sistema atendió 240 casos de los cuales el 51% corresponden a violaciones o abusos, 9% incesto y 40% a maltrato.

Area Jurídica:

Programa destinado exclusivamente a su representación legal ante los tribunales del crimen. Este actúa interviniendo ante los tribunales de menores para procurar que los magistrados adopten medidas de protección adecuadas para los niños y tomando parte en

los procesos penales para sancionar a los agresores que han cometido un acto de maltrato constitutivo de delito.

A partir de 1998 existen abogados en todas las regiones del país, lo que ha permitido aumentar notoriamente la capacidad de intervenir judicialmente en casos de maltrato grave. Entre enero de 1998 y septiembre de 1999, el Sename es querellante en 752 procesos criminales en el país. De los casos el 90% corresponde a casos de abuso sexual.

Proyectos Psicosociales:

Es así como SENAME, ha venido incrementando progresivamente el número de proyectos psicosociales especializados en el tratamiento de las víctimas de maltrato infantil y sus familias, existiendo, al momento, 24 proyectos de intervención, distribuidos en 10 regiones del país. Además, durante este año, se implementarán 3 nuevos proyectos, con lo que la intervención en maltrato infantil existirá en 12 regiones.

Al mismo tiempo, se han incrementado los recursos jurídicos, a partir de abril del presente año, disponiendo todas las direcciones regionales del país de abogados destinados exclusivamente a la representación legal del niño en los juicios penales, cuya situación de maltrato sea constitutiva de delito y en la adopción de medidas de protección más adecuadas por parte de los magistrados de los tribunales de menores.

RESULTADOS GENERALES:

El conjunto de proyectos de maltrato ha atendido desde enero a julio de 1999 a 1.888 niños maltratados. Sobre una muestra de 1.292 casos, podemos hacer el siguiente análisis.

El 44% de los niños ha sufrido abuso sexual (16% violación y el 28% abusos deshonestos). El 34% ha sido víctima de maltrato físico (grave -20%, no grave 14%), el 18% ha sufrido maltrato psicológico, el 2% abandono y en el mismo porcentaje negligencia. Es importante destacar que un 64% de estos maltratos son considerados graves (maltrato físico grave, abusos deshonestos y violación). (SENAME, 1996).

Respecto de los agresores:

De acuerdo a cifras entregadas por el SENAME es el padre el agresor que aparece con más frecuencia (24%), seguido de otro familiar (19%), donde se incluyen hermanos, primos, abuelos y tíos, le madre (14%), ambos padres (13%), conviviente de la madre (11%), conocidos (9%), vecinos (7%), desconocidos (2%) y la conviviente de le madre (1%).

Es interesante destacar, respecto de los agresores, lo siguiente:

En total, el padre participa en la agresión en el 37% de los casos y la madre en el 27%. Sólo en un 2% el maltratador es desconocido del niño.

El maltrato es intrafamiliar en el 82% de los casos, constituyéndose en el núcleo familiar (madre, padre o quienes cumplen su rol) en por lo menos en el 63% de los casos.

Por otro lado existe otra institución dedicada a la protección del menor, que surge como iniciativa de la Policía de investigaciones de Chile (Instituto de criminología), la que ha creado el Centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales la cual se encarga de la atención y rehabilitación de los menores sexualmente abusados, este centro opera con distintos profesionales del área social (Psicólogos, abogados, trabajadores sociales) que entregan apoyo psicológico y legal a los niños abusados sexualmente y la familia de estos a través de terapias realizadas por psicólogos, además de asesoramiento jurídico.

Cabe señalar es una de las principales instituciones que aborda del abuso sexual sin restricciones y muestra la realidad del número de víctimas abusadas a través de cifras estadísticas que reflejan la realidad social en la que nos encontramos.

Por lo anteriormente expuesto es importante señalar que las instituciones relacionadas con el abuso sexual en niños(as) y adolescentes, presentan terapias difusas para enfrentarlo e inclusive, en la mayoría de los casos, estas no existen, en consecuencia cada uno hace lo que cree más conveniente. En muy pocos lugares se han desarrollado una real estrategia frente al problema de abuso sexual. Esto significa que, al no existir estrategias claramente definidas para enfrentar el problema no se dan las soluciones integrales requeridas. Estas soluciones deberían incluir no solo ayuda posterior a la agresión, es decir, ayuda a la víctima y castigo al

agresor, sino también un programa de sensibilización y prevención.(SENAME, 1996).

En esta perspectiva, SENAME hace un análisis de las estrategias de intervención frente al maltrato y principalmente al abuso sexual infantil, argumentando que la ayuda actual no es suficiente, que los niños y niñas continúan siendo violentados y posterior al daño abandonados. Por otro lado, anteriormente se refiere a que SENAME es una de las más importantes instituciones, que ha abordado este tema en su amplitud.

Cabe señalar, que el tema sigue vigente, los abusos aumentando y los agresores sin castigo y aún más doloroso cerca de sus víctimas, ya que estamos hablando de los propios padres o parientes cercanos, es decir, las estrategias no son suficientes, las Leyes no cubren en totalidad la integridad de los menores, por lo cual falta mucho por hacer, los medios existen también los profesionales

1.- AREAS DE INTERVENCION DE LA CORPORACION OPCION

(Institución de Derechos Humanos por la Infancia y la Adolescencia)

Identificación:

Corporación OPCION es una institución que trabaja en el campo de los Derechos Humanos, desde la perspectiva de la atención directa a los niños y niñas víctimas de violación a sus derechos. Las acciones de la institución apuntan a mediano y largo plazo a la modificación, reforma o lineamiento de las causas que originan las violaciones y los abusos a los D.D.H.H. de este sector de la población.(Opción, 1998)

Opción es una corporación privada sin fines de lucro, con personalidad jurídica por Decreto N° 972 del 25 de Julio de 1990. Inicia su trabajo de atención directa a su grupo objetivo el 1° de octubre de ese mismo año.

La corporación aspira a detectar y dar respuestas a los problemas de la infancia-adolescencia de sectores pobres y de extrema pobreza, diseñando y ejecutando con los fines de validación, modelos y metodológicas que contribuyan a mejorar la calidad de atención que se brinda a este sector de la población, así como al diseño de programas y políticas de protección especial Y Garantías.(Opción, 1998).

Opción posee distintos tipos de sistemas de atención, tales como "Centros de Diagnostico Ambulatorios", "Programa de promoción, desarrollo juvenil y prevención de delincuencia", "Sistemas de colocación familiar", "Centro infantil", "Sistema integrado de tratamiento en libertad" y "Centros de protección integral del infanto juvenil". A través de ellos y durante sus siete años de existencia, OPCION ha brindado atención psicosocial aproximadamente a 25.000 niños y niñas y a sus respectivas familias (considerando a estas últimas se trataría de 125.000 personas).(Opción, 1998).

La institución cuenta hoy con un equipo de permanente de 134 profesionales (sociólogos, asistentes sociales, antropólogos, psicólogos, terapeutas familiares, abogados), además de 89 personas que constituyen el equipo administrativo y de apoyo técnico para-profesional. (Opción, 1998).

Objetivo General Y Líneas De Trabajo:

Para cumplir con su objetivo, en un primer periodo OPCION inicia su gestión buscando contribuir, a través del diseño, ejecución y validación de modelos no convencionales de atención a la infancia y adolescencia, a la organización del sistema estatal basado en la doctrina de la "situación irregular". Este trabajo coincide con el primer gobierno de transición democrática en Chile y la necesidad reconocida de introducir cambios en la política hacia la infancia, lo cual permite y facilita la colaboración con el Estado.

En este primer periodo su objetivo era: "Contribuir a la organización del sistema actual de atención a menores, a fin de lograr una efectiva integración social de los niños y jóvenes que se encuentren en situación especial de vulnerabilidad, debido a graves carencias familiares o por tener problemas conductuales de diversa gravedad y, pertenecer a l mismo tiempo a sectores de pobreza extrema".(Opción, 1998).

En 1995 la institución elabora por primera vez un plan estratégico de trabajo que fuera modificado en 1997 y, es este último que corresponde a la realidad actual de la Corporación. Este define como misión de trabajo y gestión:

"Proponerse contribuir a generar mejores condiciones para el desarrollo integral y el ejercicio de los derechos de la niñez y juventud. A través de sus programas buscará identificar y dar respuestas efectivas a los problemas de niños, niñas y jóvenes en condiciones de pobreza, contribuyendo al diseño y ejecución de programas y políticas públicas de protección especial y garantías."

Areas De Trabajo:

Esta área considera cuatro modalidades de intervención, que se orientan a lograr reparación y restitución a víctimas a sus derechos; Desarrollar procesos socioeducativos y garantistas de Ley y, promoción de Derechos y Ejercicios de Ciudadanía.

Area Jurídica Y de Políticas Públicas:

El objetivo de esta área es contribuir al diseño, Implementación y aplicación de políticas públicas y propuestas legales en el área de protección especial y garantías, en el marco de la doctrina de protección integral a la infancia.

Area de Promoción y Participación:

Este consiste en el apoyo brindado al Comité No Gubernamental de Seguimiento a la Convención de Derechos de los Niños, lo que ha permitido la confección de tres documentos de apoyo a la elaboración de informe No Gubernamental de Seguimiento a la Convención de los derechos de los Niños, destinados al debate de las ONG que se realizará a partir de marzo de 1998. También apoyando a la misma instancia esta área ha realizado una encuesta sobre la situación de la infancia en Chile.

2.- ANTECEDENTES GENERALES DEL CENTRO TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO PUDAHUEL (CTD):

En agosto del mismo año, SENAME traspasa las administración del Centro de Observación y Diagnostico de Pudahuel a la corporación antes mencionada; su objetivo, era la atención de niños, niñas y jóvenes, de entre 3 y 18 años, que se encontraban en situación irregular y/o en conflicto con la Ley, provenientes de las comunas de Pudahuel y Quinta Normal.(Opción, 1998).

Durante el año 1991, la Corporación Opción toma la dirección del Establecimiento con un esfuerzo por mejorar la calidad de atención; pero en Enero de 1992, SENAME asume la dirección, extendiéndose hasta la fecha.

En Octubre de 1998, se reestructuran los centros de Administración Directa, pasando el C.O.D. - C.T.D. Pudahuel a ser solo un Centro de Transito y Distribución. Actualmente la sigla del Centro se define como: CENTRO DE TRANSITO Y DIAGNOSTICO.

Sistema de Atención:

El C.T.D. Pudahuel es un centro de transito y diagnostico para niños y niñas y/o jóvenes vulnerados en sus derechos, sin privación de su libertad; en el se realiza un diagnostico integral, asesoran a los Tribunales competente mediante informes y ejecutando los resultados que estos dicten; además se intenta lograr un mejoramiento en las condiciones bio-psico-sociales de los mismos.

EJEMPLO: Llega un menor acompañado por carabineros y se dirigen a estadísticas, para que el menor quede registrado; es llevado a su dormitorio (dependiendo del sexo y edad), luego la Asistente Social le hace una entrevista y es derivado al psicólogo. Posteriormente viene la entrevista con los padres o familiares.

En caso de que el menor no tenga familia, en este centro, buscan un hogar adecuado para el menor.

Objetivos Generales:

- Brindar a los niños, niñas y jóvenes de nuestro establecimiento, la satisfacción de sus necesidades bio-psico-sociales, en un ambiente cálido, afectivo y saludable.
- Realizar acciones que en su totalidad logren un entendimiento integral de los aspectos individuales, familiares y entorno relacional, oriente a contribuir en alguna medida al mejoramiento de la calidad de vida de los niños atendidos.

Objetivos Específicos:

- Entregar prestaciones de calidad respecto a las condiciones técnicas y de infraestructura del Establecimiento.
- Realizar un diagnóstico integral, participativo y multidisciplinario de nuestros niños(as) y/o jóvenes y sus sistemas familiares.
- Asesorar a los tribunales competentes mediante informes requeridos respecto de los niños(as) y/o jóvenes atendidos en nuestro centro.
- Cumplir con las resoluciones de dichos Tribunales respecto de nuestro sujeto de atención y su sistema familia.

En teoría se señala que se atiende a jóvenes vulnerados en sus derechos, que por lo investigado nos damos cuenta que ingresan menores por abuso sexual, aunque es muy bajo el porcentaje, cuando esto sucede este CTD, los envían a los CEPIJ o CAVAS, por que en esas instituciones podrán entregarle tratamiento, puesto que ellos mismo saben (CTD) que les falta mucho para realizar una intervención, por el hecho de ser un Centro de tratamiento y Diagnostico no tiene la posibilidad de realizar tratamiento o terapia.

3.- ANTECEDENTES GENERALES DE CENTRO DE DIAGNOSTICO AMBULATORIO (CODA)

Identificación:

Los programas de Opción que se inscriben dentro de este sistema a Marzo de 1998 son seis en total, cuatro de ellos en la Región Metropolitana ubicados en las comunas de San Joaquín; Lo Espejo, Pudahuel y, Cerro Navia. De esta manera en la Región Metropolitana mediante este tipo de programa la Corporación realiza una atención anual de 1.480 niños y niñas a cargo de un equipo de 56 personas donde se consideran profesionales, para-profesionales y administrativos.(Opción, 1998).

Los otros dos centros de estas características se encuentran ubicados en la VI Región, uno en la comuna de Rancagua (capital regional) y, el otro en la comuna de santa cruz. La cobertura que se alcanza en esta Región es de 560 niños y niñas al año con un equipo de 23 funcionarios.

La cobertura total en este tipo de programa es de 2.040 niños y niñas al año, donde el equipo base de trabajo esta constituido por lo general

por dos duplas de Psicólogo/Asistente Social que son quienes realizan el diagnóstico; Una dupla entre un Terapeuta Familiar/Asistente social que actúan cuando existen problemas importantes en las pautas relacionales de las familias; un sistematizador encargado de recoger el modelo de trabajo; un profesional de las Ciencias Sociales responsable de activar las redes sociales y de derivación para el traspaso de los casos, un para/profesional en cargo de las fichas de ingreso y egreso de los niños y niñas, un director de proyecto, y un equipo de apoyo administrativo.

Objetivo:

"Contribuir a la promoción y aplicación de los derechos del niño/a, mediante la realización de intervenciones diagnósticas psicosociales ambulatorias, para niños y niñas y jóvenes que hayan sido vulnerados en sus derechos y/o infractores de ley, e incorporar a parte de los casos atendidos a programas de reaparición, elaboración y apoyo utilizando, para ello las potencialidades de los individuos y la identificación y uso de redes de apoyo al proceso, validando como modelo para su transferencia".

Descripción:

Sistema de atención de tipo ambulatorio que inspira su quehacer en la Convención de los Derechos del Niño, adoptando como marco de análisis e intervención la teoría general de sistemas y el enfoque psicosocial.

La consideración del niño como sujeto de derecho y el uso del método participativo que estimula el protagonismo activo del niño y la

familia en la superación de las problemáticas que los afectan constituyen las bases primordiales de la acción de intervención.

Su accionar está centrado en la realización de diagnósticos psicosociales y de intervenciones psicosociales a nivel individual y familiar, así como la articulación de redes sociales de apoyo a los procesos de cambio en el niño y las familias que origina la intervención.

Principales Logros:

- Haberse constituido en recurso eficaz para los tribunales de menores, las instituciones y comunidad del radio de acción donde estos centros operan.
- Haber sido reconocido por el Ministerio de Justicia mediante el decreto Ley N° 1698 del 27 de Enero de 1995 como modalidad oficial de atención a la infancia, bajo el nombre de Centros de Tránsito y derivación, siendo incorporado a la red estatal. Esta modalidad también ha sido incluida en el proyecto del Ley que regirá el sistema de financiamiento de subvenciones de SENAME, por de pronto aún se les financia como proyectos de apoyo.(Opción, 1998).
- Lograr con su modalidad ambulatoria, disminuir los índices de internamiento de niños y jóvenes en situación de riesgo social.
- El haber logrado avanzar en modalidades de abordaje terapéutico para los problemas emergentes como el maltrato infantil y abuso sexual con sectores de extrema pobreza.

En este sentido, a pesar de los logros alcanzados por el CODA, estos centros aún centran su atención de menores con casos de maltrato leve e infractores del ley; pero en rigor ante la alta demanda se ven obligados a

atender casos de abuso sexual, para lo cual los profesionales de este centro no deberían intervenir, puesto que no están capacitados para realizarlo, en los CODA son pocos los casos de abuso sexual que llegan y cuando lo hacen son derivados a los CEPIJ, ya que estos son los centros especializados en atender casos de abuso sexual infantil.

Cabe señalar, que al igual que los CEPIJ, los CODA entregan atención en duplas psicosociales, pero los CEPIJ son los que realmente deberían atender los casos de abuso sexual, pero como en ocasiones no dan abasto son atendidos por duplas de los CODA, por una escasa cantidad de recursos con que cuentan estos centros para la gran demanda de casos que llegan.(Opción, 1998).

4.- ANTECEDENTES GENERALES DEL CENTRO DE PROTECCION INFANTO JUVENIL (CEPIJ).

Objetivos:

"Contribuir a la reparación del daño psicosocial que afecta a niños y niñas víctimas de abuso sexual y situaciones de maltrato grave y abuso sexual, menos grave y leve de acuerdo a los criterios establecidos por SENAME. Pertenecientes al radio de acción de las comunas y residenciales, garantizando simultáneamente la interrupción inmediata de maltrato y el fortalecimiento de los vínculos protectores y potenciadores del bienestar y desarrollo del niño en el contexto familiar y social en que se desenvuelve".

Descripción:

A través de la acción de un equipo multidisciplinario se brinda atención integral y personalizada a niños y niñas que han sido gravemente vulnerados en sus derechos, víctimas de situaciones de maltrato grave y abuso sexual, en los ámbitos de la intervención terapéutica, social y jurídica, orientada a reparar el daño emocional del niño y asegurar las condiciones adecuadas en el medio familiar y en su entorno social inmediato, que garantice la interrupción y la no-reiteración de conductas atentatorias en contra de sus derechos.

Principales Logros:

Es un sistema en el cual Corporación Opción comienza a actuar en el último trimestre del año 1997 por tanto no es posible señalar logros como en los otros sistemas de intervención.

Estos centros reciben casos por demandas espontáneas y casos calificados, son especializados en maltrato grave y abuso sexual infantil, para esto se atiende en duplas psicosociales a los menores que llegan a este centro lo cual es muy beneficio para el niño y sus familias. Por otro lado, se debe señalar que estos centros solo son dos en la Región Metropolitana, por lo tanto se les hace muy difícil atender a todos los casos que llegan, aquí el psicólogo como el trabajador social trabajan en conjunto en el tratamiento y atención del caso, para ello cuenta con el apoyo de todo el equipo que allí funciona, demás cuentan con una supervisora externa, que brinda orientación en los casos más complejos.(Opción, 1998).

Finalmente se puede señalar, que considerando los tipos de intervención que entrega SENAME, y las instituciones que financia, como son; La Corporación Opción, C.O.D.A., C.E.P.I.J. y C.T.D. podemos concluir que todas centran sus objetivos en atender de modo referencial a los niños maltratados y abusados; trabajan en el campo de los derechos del niño, desde la perspectiva de la atención directa a niños y niñas víctimas de violación a sus derechos. Por otro lado, las duplas psicosociales realizan intervenciones diagnosticas a nivel individual y familiar, se trabaja con un equipo interdisciplinario que brinda atención integral y personalizada con el fin de reparar el daño de los niños afectados.(Opción, 1998).

En este sentido, se podría decir que las áreas dañadas de los niños de una u otra forma están cubiertas, puesto que los logros que menciona cada institución no dejan de ser significativos, lo mismo sucede con los objetivos que se han planteado. No obstante, esto en la práctica no se vislumbra tan claramente ya que los casos de maltrato y abuso sexual infantil van en aumento, y van en aumento por distintas razones. Por otra parte, esto quiere decir que se está denunciando más, y que el tema ya no es tan censurado, por todas estas razones estos centros no dan abasto con la gran demanda de casos que tienen, y también se hace necesario incorporar otras metodologías que cubran otras áreas que son afectadas por el abuso, las cuales se hacen sumamente necesarias para estos niños, quizás lo que tienen que ver con la parte psicológica en todos los centros es el fuerte, sin dejar de mencionar la parte social, pero esta se ve más débil, en términos de incorporar más a la familia en el tratamiento psicológico y educativo, no solo a la madre, si no que al padre, hermanos, tíos, etc. Todos los integrantes del grupo familiar que interactúan constantemente con el menor, a las redes más cercanas de los niños, es

decir, que lo social y lo psicológico vallan unidos en pro de reparar el daño y restablecer los vínculos familiares.

CAPITULO IV
ANTECEDENTES RELEVANTES

La psicóloga Soledad Larraín considera que el abuso sexual es todavía un tema tabú en nuestra sociedad. "Es una situación mucho más frecuente de lo que el país quiere ver. De acuerdo a algunos estudios se desprende que alrededor del 10% de los niños sufren en Chile abuso sexual" (Larraín, 1996).

En 1990, en Chile la situación era prácticamente desconocida, solamente se encontraban algunas cifras en los "Anuarios Estadísticos de Pericias Médico Legales" del Ministerio de Justicia, el que consigna cifras de agresiones sólo a partir de 1979. Ese año se creó la Unidad de Ginecología Forense del Instituto Médico Legal. Aquellas cifras se referían sólo a la región metropolitana y no había registro del resto del país (Erdós, 1990).

Según el Libro de Registro de Informe de Lesiones del Instituto Médico Legal de Concepción, de los años 1966 y 1986, los informes de lesiones por actos de violencia sexual fueron 46 de un total de 2.000 informes de lesiones (2,3%) en 1966. Los informes por actos de violencia sexual fueron 120 de un total de informes de lesiones de 3.800 (3,2%) en 1986. Las agresiones se centran en el mes de enero, que incluye un 26% del total anual en 1966 y un 14,1 % del total en 1986. Los meses estivales agrupan el 56,3% de los ataques en 1966 y sólo el 28,2% en 1986.

En ambos años predominan las agresiones vespertinas y nocturnas, con un 47,7% en 1966 y un 56,6% en 1986. En ambos años se aprecia un gran predominio de víctimas jóvenes, entre 11 y 20 años de edad (56,2% y 49,1 %, en 1966 y 1986, respectivamente), seguidas por un grupo etario de 6 a 10 años (17,3%, y 26,6%, en 1966 y 1986 respectivamente). El sexo femenino es el más frecuentemente agredido, con un 93,5% en 1966 y

87,5% en 1986. Destacan la gran proporción de víctimas estudiantes, 50,5% y 65,8% respectivamente. En 1966 el 30,4% de los agredidos consultó en los dos primeros días de ocurrido el hecho, en 1986 sólo el 12,5% hizo lo mismo, aún así en 1966 el 56,40/o de las víctimas concurreó en los 8 primeros días y en 1986 este porcentaje bajó, llegando a un 53,3%. Las consultas tardías tras 15 días o más fueron de 28,2% y 31,6% en 1966 y 1986 respectivamente. Las víctimas siguen un patrón tipo: mujer, joven, casi infantil, (Muñoz. 1989).

Las denuncias en Santiago entre 1979 y 1988, tienden a mantenerse constantes, en aproximadamente mil casos por año, con una discreta alza en 1988. Esto significa que hubo más de una denuncia por día. Las denuncias más frecuentes son por violación y abusos deshonestos. Entre agosto de 1988 y marzo de 1989, se realizó un estudio prospectivo en el Departamento de Ginecología Forense del Instituto Médico Legal, en un universo de 249 pacientes de sexo femenino, menores de 20 años, que denunciaron una agresión sexual. De estos 149 casos eran agresiones únicas (violación), 59,8% y 100 correspondían a agresiones reiteradas (incesto y abusos deshonestos), 40,1 %.

El año 1992, no había cifras de prevalencia de maltrato infantil en los servicios de atención de salud; sólo había cifras parciales de población consultante. A la unidad de servicio social del Hospital de Niños Exequiel González Cortés de Santiago, que atendía, en ese entonces a una población menor de 18 años de 400.000 personas, fueron derivados un total de 979 casos de niños agredidos. El cuadro comparativo de abuso sexual y maltrato físico en ese hospital, entre 1982 y 1990 es el siguiente:

Casos de maltrato de niños registrados en el servicio de urgencia del Hospital de niños Exequiel González Cortés de Santiago

AÑO	ABUSO SEXUAL FÍSICO		TOTAL		
	Casos	%	casos	%	NÚMERO DE CASOS
1982	73	67,5	35	32,4	108
1983	72	66,0	37	33,9	109
1984	70	68,0	33	32,0	103
1985	88	64,7	48	35,3	136
1986	62	56,9	47	43,1	109
1987	61	55,9	48	44,1	109
1988	53	53,5	46	46,5	99
1989	54	56,8	41	43,2	95
1990	72	64,7	39	35,3	111
TOTAL	605	67,2	374	41,5	979 x

Durante los años 1991 a 1994 ingresaron al servicio de Pediatría del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso 60 casos de niños agredidos. Un 38 % (23 casos) correspondió a agresiones sexuales: abusos deshonestos y violaciones (Leppe).

El Programa de Maltrato Infantil del Hospital Sótero del Río, tiene constancia de 195 casos atendidos derivados de los consultorios y del Servicio de Urgencias (Alvarez P., 1991)

En una muestra estratificada de 1.904 adolescentes muestra antecedentes de maltrato físico en el 12,9% y de abuso sexual en el 8,25% de los adolescentes (Ibid).

En relación con el maltrato sufrido por menores escolarizados, una encuesta a profesores de 1° Año Básico de escuelas municipalizadas de comunas con altos índices de vulnerabilidad bio-social, se constató maltrato en el 5,7% de los niños y en el 4,2% de las niñas (Ibid).

En la población consultante del Hospital de Niños E. González Cortés, de 979 casos diagnosticados, el 38% correspondía a abuso sexual, según la Unidad de Servicio Social (Ibid).

En el Programa de Atención del Adolescente de un consultorio urbano de la Región Metropolitana, se detectaron 35 casos de abuso sexual y 12 de maltrato físico. (Ibid).

En 1993 el Plan Piloto de Maltrato Infantil de SENAME, atendió 42 casos de maltrato (Ibid).

De las 4.809 niñas los atendidos en el año 1995 en los distintos Centros Ambulatorios que mantiene la Corporación OPCION, el 17, 2% lo fueron por violencia, abuso y/o maltrato (OPCION, 1995).

Las denuncias en Comisarías de Menores fueron 11 2 entre enero y septiembre de 1993. En un 78,5% hubo abuso sexual y en un 4,5% se presentó embarazo como producto de la violación. De la misma manera

se denunciaron, al Cuartel Móvil de la Comisaría de Menores, 11 6 casos de maltrato en el hogar entre julio 1992 y agosto de 1993 (Larraín, 1993).

1.- ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES DE ABUSOS SEXUALES:

Una investigación de la Dirección de Estudios Sociológicos de la Universidad Católica de Chile, estableció que en Chile, **cada 26 minutos de comete una violación**. Entre **1987 y 1991**, el Servicio Médico Legal registró **5.555 casos de agresiones sexuales** de los cuales **el 78,70/o contra menores** (Documentación Sename, 1994.).

La 48 comisaría de Asuntos de la Familia de Carabineros, al mando de la mayor Eugenia González, informaba a la prensa a comienzos de 1995 que durante el primer año de actividades de dicho cuartel, se acogieron 2.492 denuncias de agresiones sexuales y se detuvo a 528 personas en Santiago (Documentación Sename, 1995).

- **EDAD Y SEXO DE LAS VÍCTIMAS.**
- **TIPOS DE ABUSOS.**
- **RELACIÓN AGRESOR VÍCTIMA.**

La mayoría de los abusos sexuales son cometidos contra niñas/os de muy temprana edad. "Este es otro gran tema tabú y que también se conoce en sus casos extremos" (Larraín, 1996).

Las cifras de los Anuarios Estadísticos de Pericias Médico Legales del Ministerio de Justicia entre 1979 y 1988 muestran que la mayor incidencia de denuncias por violación corresponde al grupo de niñas de 15 a 19 años,

en abusos deshonestos el grupo de 5 a 9 años y para sodomía los grupos de 10 a 14 años, aún si esta información es parcial correspondería a los datos de publicaciones extranjeras (Erdós, 1990).

Los 60 casos, ingresados entre 1991 y 1994, examinados por maltrato en el Servicio de Pediatría del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, la edad de las/os menores agredidos que predomina es la que corresponde al grupo etario de 6 a 14 años" el 88% (53/60). El agresor era mayor de edad en un 77% y un 74% de ellos tenía escolaridad básica y media completa (Leppe O., y Soto A., 1994). El tipo de lesiones fueron: físicas en un 55%; sexuales, un 38% y psicológicas 6% (Leppe O. y Soto, A., 1994).

Las estadísticas del **C.A.V.A.S., Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales**, creado en 1987. Organismo dependiente del Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones de Chile, señalan que los menores de 18 años alcanzan al 83% del total de víctimas, de las cuales los menores de 15 años pertenecen al grupo etareo de más alto riesgo (CAVAS s/f).

En el caso de las denuncias recopiladas por el Ministerio de Justicia, casi la totalidad de las pacientes eran estudiantes, solteras, sin haber iniciado su actividad sexual. Niñas de 15 a 17 años en el caso de las agresiones únicas y en niñas de 6 a 8 años en las agresiones reiteradas (Erdos, 1990).

De una manera general puede afirmarse, como lo hacen los autores, "que en la mayoría de los casos, la víctima es una menor, por lo que las caricias recibidas, provenientes ya sean del progenitor o familiar directo que vive en su propio hogar, son percibidas como muestras de afecto y

cariño. Dada la escasa información sexual de las víctimas y su desarrollo cognitivo aún en crecimiento, éstas no son capaces de diferenciar esta forma de aproximación de aquellas que tienen un carácter erótico". Por otra parte, la intimidación se efectuó siempre en un contexto de complicidad, fuera por amenaza por parte del agresor, por haber convencido a la víctima que no sería creída o que su imagen delante de la familia sería perjudicada por permitir tales abusos, o, lo más grave: la víctima entorpecería las relaciones familiares provocando una crisis de la que sería la principal responsable (Escaff y Sagüés).

En los 11 casos de maltrato 6 son denunciados al Cuartel Móvil de la Comisaría de Menores, el 52% eran mujeres, el 14% menores de dos años, el 22% tenían entre 3 y 5 años, el 24% entre 6 y 9 años y el 40% entre 10 y 18 años (Larraín, 1993).

2.- VINCULO DE LA VÍCTIMA CON EL AGRESOR.

Si se relaciona el tipo de delito con la edad de la víctima y el vínculo con el victimario, se observa que: predominan los abusos deshonestos en niños y niñas entre los 6 y los 10 años de edad y el agresor, en un 50% de los casos, es un conocido. La violación es más frecuente en niñas entre los 11 y 15 años de edad. La sodomía agravada es más común en varones de 6 a 10 años de edad y el agresor en un 54% es un conocido, sin lazos de parentesco con el menor. El incesto afecta prioritariamente a las niñas entre 11 a 15 años y el agresor es el padre, padrastro, abuelo o hermano (CAVAS, s/f). Como en otros países, la edad promedio de las víctimas es alrededor de los 8 años. (Rona y Moya, 1989).

Para los casos de Escaff y Sagüés la categoría moda_i, para ambos sexos correspondió a la de 10 a 15 años, destacándose que el 72,72% (24/33) de las víctimas 26 eran menores de 15 años (Escaff y Sagüés). Lo que ratifica la noción, conocida y divulgada por la literatura, que mientras menor sea la víctima, más probable es que el adulto agresor pertenezca al medio familiar.

Las nuevas investigaciones permiten aseverar que: "una parte importante de estos abusos, en contradicción con el estereotipo que se tiene de la agresión sexual, son efectuados por alguno de los integrantes de la familia" (Escaff y Sagüés).

Actualmente se reconoce el hecho que, durante mucho tiempo, se ha considerado la familia como una unidad cerrada, lo que impedía, por una parte, conocer las características de sus miembros y, por otra, que los conflictos ocurridos en su interior se exteriorizaran. Con el transcurso de tiempo algunas formas de violencia que ocurrían en su interior, se fueron aceptando tácitamente como normales, con la justificación de la protección de "lo privado". Ha sido mérito de los movimientos feministas, a partir de los años '60, la aceptación social de la necesidad de intervención en los casos en que la integridad de un miembro de una familia esté en peligro. Estos movimientos son pioneros en la apertura de la discusión sobre temas hasta entonces desconocidos, como son la marginación y discriminación de la mujer; la lucha por sus derechos, la actitud maniquea respecto de los roles sexuales, etc. y, en lo que nos interesa, en las agresiones al interior de la familia (Escaff y Sagüés).

No obstante, la información bibliográfica sobre el tema no es abundante. En el período comprendido entre 1980 a 1996, el primer

artículo en una publicación especializada en medicina es de 1989, un trabajo original producto del análisis retrospectivo de 15 casos de abuso sexual en niñas/os, entre 5 y 14 años, con un predominio de niñas (2/3), atendidos en el servicio de neuropsiquiatría infantil del Hospital San Juan de Dios entre enero de 1980 y marzo de 1988. Solamente 4 de los 15 padres pudieron ser entrevistados por una sola vez (Rona y Moya, 1989).

Los delitos más frecuentes son los abusos deshonestos y la violación, seguidos, en orden de frecuencia, por el de sodomía agravada, incesto, raptó y otros (CAVAS, s/f). Larraín estima que "hay mucho más. Está toda esa gama con el nombre ridículo de abusos deshonestos, como si hubiera abusos honestos. No siempre es violación o relación incestuoso, pero sí mucho abuso por exhibicionismo, por tocar los órganos sexuales, por masturbación" (Larraín, 1996).

Las doctoras Eva Rona y Gloria Moya, en su análisis retrospectivo de 15 casos de abuso sexual en niñas/os atendidos en el servicio de neuropsiquiatría del Hospital San Juan de Dios, en Santiago, en 1988, destacan el hecho que los hallazgos de esta investigación concuerdan, en general, con lo que señala la literatura extranjera y demuestran que las características de las agresiones en nuestro país se asemejan a su ocurrencia en el extranjero, a saber: la gran mayoría de abusos sexuales en niñas/os son cometido por adultos (13/15) 86.6% en este caso; (los otros dos fue una niña de 13 años que violó a otra menor de 5 años y un adolescente de 16 años que violó a un niño débil mental, de 10 años). Entre los agresores se constató un amplio predominio de familiares (9/15= 60%) y conocidos (5/15= 33.3%); se señala que cinco de los 9 familiares (55.5%) eran los padres de las víctimas, uno el padrastro y tres tíos. Sólo uno de los agresores era desconocido (6.6%) (Rona y Moya, 1989).

Escaff y Sagüés, realizaron una descripción y análisis cuantitativo de los casos de agresión sexual, cuyos victimarios eran miembros de la familia, acogidos en el CAVAS entre el 12 de enero y el 30 de junio de 1993. Se estableció que, en el período, ingresó un total de 350 casos, de éstos un 27% (95 casos) fueron víctimas de abuso sexual por un miembro de la familia, cuyo vínculo era directo o indirecto, como tíos, primos o abuelos. La muestra de la investigación se conformó con 33 casos, en todos los cuales el agresor era el padre o un familiar que residía realmente en forma habitual en el hogar de la víctima en el momento de la agresión (Escaff y Sagüés).

Los resultados del análisis de Rona y Moya, determinaron que casi todos los agresores eran adultos, amplio predominio de familiares (9/15=60%) y conocidos (5/15=33.3%). De los 9 familiares 5 eran los padres (55.5%), uno el padrastro y tres tíos. El tipo de abuso sexual fue en 7 casos violación (46,6%) y en 8 abusos deshonestos (53.3%), 3 abusos fueron cometidos por padres en sus hijas y 2 por padres en hijos, uno de estos últimos fue violación (Rona y Moya, 1989).

En otros casos, un miembro de la familia, concretamente el padre, constituyó el 50% de los agresores (16 de 33 casos) y padrastros definidos operacionalmente como convivientes de la madre o actual pareja legal de ella- 21% (7/33) (Escaff y Sagüés).

Escaff y Sagüés comprobaron que la mayoría de sus víctimas eran mujeres, 27/33 (82%) y los hombres 6/33, un 18%. El hecho de que la mayoría de las víctimas sea de sexo femenino es, también, coincidente con lo que ocurre en otros países. No obstante, en Estados Unidos la

proporción de niños que sufrían abuso sexual tendía a aumentar. En 1984 se constataba 14 mujeres por cada hombre, en 1986, la proporción era de 2,2 niñas por un varón. En este caso, 4 de los 5 varones que fueron víctimas de abuso consultaron en el transcurso de; año 1987 a 1988 (Rona y Moya, 1989).

Cuando el agresor era un familiar o conocido, el abuso sexual generalmente se repetía como ocurrió en 7 pacientes (46.6%), en algunos durante tiempo bastante prolongado, meses o años. (Rona y Moya, 1989). Entre las víctimas acogidas en el CAVAS, la agresión se repitió en el 60,6% de los casos (20/33); y en el 70,6 % (20/33) la frecuencia fue de 14 años hasta varios días (Escaff y Sagüés).

Si bien en el tipo de atentado se advierte un leve predominio de los abusos frente a las violaciones (Rona y Moya, 1989); en el caso de los casos estudiados por Escaff y Sagüés, las violaciones ocurrieron en un 60,6% (20/33), en tanto que los abusos deshonestos llegaron a un 33,3% (11/33) Escaff y Sagüés).

Los abusos deshonestos consistieron en caricias de tipo sexual, manipulación de los genitales del niño, intentos de violación no consumados y una niña y un varón que fueron obligados a mantener relaciones orogenitales (Rona y Moya, 1989). Escaff y Sagüés comprobaron que las 20 víctimas de violación lo fueron por penetración genital y/o anal y en 7 abusos deshonestos se incluía las Locaciones, frotamientos e incluso felattio. En cuanto a los hombres, dos de ellos sufrieron violación vía anal y 4 correspondieron a abusos, deshonestos (Escaff y Sagüés).

CAPITULO V
ENFOQUE SISTEMICO

I.- ENFOQUE SISTEMICO

Por último, en relación a todas las manifestaciones, causas y efectos del Abuso Sexual Infantil que se han expuesto, se hace necesario abordar este tema basándose en el modelo teórico "**Enfoque Sistémico**...el cual enfatiza que los objetivos que dirigen a una conducta sólo pueden ser entendidos totalmente, cuando hay comprensión del medio ambiente o el contexto social en que la conducta se desarrolla, ponderando el rol de la familia como una unidad dinámica psicosocial por sí misma". (Jorge Bernaves, S/F).

Una orientación sistémica nos plantea el concepto **Sistemas** cómo estos sistemas se relacionan entre sí. Operacionalmente, sistema.

"...es un orden dinámico de partes, de procesos que están en una mutua interacción".

Los sistemas nacen como propuestas de una visión reduccionista que no permitía explicar la realidad. En este sentido, Von Bertalanffy, en la década de 1920, plantea la necesidad de una teoría que explique lo común de muchas ciencias. Postuló que en estos quehaceres hay aspectos parecidos y esto produce una relación circular, a la que denominó Sistema. Una visión integral, en tanto que los acontecimientos que ocurren envuelven más que las decisiones y las acciones individuales. De lo anterior, se desprende el concepto de Sinergia, característica de los sistemas que significa que "él todo es más que la suma de sus partes".(M. Andolfy y otros, introducción familia e Individuo, dos sistemas de evolución)

Un sistema es una entidad con límites dentro de la cual se intercambia energía física y mental en una proporción mayor que a través de sus límites.

Dentro de los sistemas se presentan los sistemas abiertos y cerrados, a saber:

- **Sistemas Abiertos:** Aquellos que intercambian energía, materia, información –en algún grado- con su ambiente. Esto permite mantener de alguna forma el equilibrio continuo. Por otra parte las relaciones con el entorno admiten cambios y adaptaciones. Los sistemas abiertos serían por lo general, todos los sistemas vivos. En este tipo de sistemas se da la Neguentropía, que es la fuerza organizadora que permite el orden y la estructura.
- **Sistemas Cerrados:** Es aquel que no intercambia energía con su medio, ya sea de importación o de exportación y que no es capaz de llevar a cabo esa actividad por su cuenta. Estos estarían representados por todos los sistemas físicos. En este tipo de sistemas se da la entropía, es decir, no existen diferenciaciones dentro del sistema.

Las Características del sistema abierto pueden aplicarse también a sistemas sociales. El **Sistema Social...** "siempre está ligado a una realidad presente: escuelas, oficinas, etc., pero su funcionamiento depende de la interrelación de seres humanos". Un sistema social es creado por seres humanos con estructuras, relaciones, normas, valores, roles, comunicación, y otros. Un sistema interactúa con sus subsistemas, con otros sistemas y suprasistemas, de los cuales es parte y depende de ellos.

Este modelo integracionista con base sistémica va de la mano del concepto de **Red Social**. Elina Nora Dabas define el concepto de red social "como un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen".

Cada miembro de una familia, de un grupo o una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Los diferentes aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en pos de solucionar un problema común.

En un grupo, los componentes individuales, conforman un todo social con ciertos límites, poseen objetivos comunes, roles independientes y una subcultura distintiva.

En una red social en cambio, no todos los componentes poseen relaciones unos con otros. Es posible encontrar que algunas personas miembros de la red no se conocen entre sí, en una red sus componentes no forman un todo social y no están rodeados por un límite social común.

Las redes sociales, por lo tanto, consideradas como sistemas se clasifican en abiertas o cerradas, siendo estos los dos polos de un continuo. Las cerradas son aquellas en las cuales sus miembros mantienen relaciones con un escaso número de personas, careciendo de mayores oportunidades de establecer contactos con personas ajenas a su red actual. Esta situación puede deberse a características de su personalidad, factores que condicionan la movilidad física y social, el área geografía de residencia, o bien por sanciones de los componentes de su propia red

frente al deseo o posibilidad de establecer contactos con personas que pertenezcan a ella. (Sergio Bernaves, 1992).

Las redes y/o sistemas abiertos son más flexibles y sus integrantes pueden y se relacionan con miembros de otras redes. Este tipo de redes se ve facilitada por oportunidades de desplazamiento, ubicación geográfica de residencia, de recursos económicos de sus miembros, aspecto de personalidad y flexibilidad de los integrantes de la red para establecer contactos con individuos que no pertenezcan a ella.

La perspectiva sistémica, considera en su globalidad los subsistemas del niño(a), su familia y su entorno social. Por lo que, un **Sistema Comunidad** se orienta a estructurar redes de apoyo, tanto a nivel de organizaciones sociales e instituciones, como la creación, desarrollo y fortalecimiento de redes de apoyo personales para el sujeto de atención. Esto paralelamente con un trabajo de capacitación, sensibilización y concientización en el tema del abuso sexual infantil.

Nuestra investigación se ha enmarcado en el apoyo psicosocial institucional que se les entrega a los menores abusados sexualmente, por lo tanto nuestro marco conceptual está ligado a la **Teoría de Sistemas** como se ha mencionado anteriormente, dentro de ésta se encuentran los diversos **subsistemas o redes sociales** de la comunidad: escuelas, consultorios, jardines infantiles, centros de atención a la infancia, organizaciones comunitarias, instituciones, servicios sociales, entre otros. (Sergio Bernaves, 1992).

Como sistema social, **La familia** es considerada como una complejidad organizada, un "holen", compuesto de subsistemas en mutua

interacción, siendo más que la suma de partes individuales. Estas unidades pueden entenderse conociendo tanto los individuos como los subsistemas de la familia. Como un "holen" de personas en interacción, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes del sistema y el sistema total, que si un individuo o subsistemas familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada. A la inversa, si el sistema familiar no esta funcionando adecuadamente, los síntomas de esa disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia.(Sergio Bernaves, 1992).

De esta forma, esta teoría centra su atención en la estructura de este sistema, por cuanto la considera una variable fundamental, ya que permite observar el modo característico asumido por la familia para interactuar y cumplir sus objetivos; tomando en consideración que cada familia debe contar con una organización interna, que le permita sobrevivir y también cumplir sus mentas y funciones.

El concepto de estructura familiar corresponde a la organización de relaciones dentro de esta; por lo tanto, la estructura de relaciones de la familia, se entiende como diversos subsistemas familiares. Estos subsistemas, se pueden identificar como Subsistema conyugal, el Subsistema parental-filial y el Subsistema fraterno, en los cuales, quienes los integran, asumen diversos y complementarios roles. Desde este punto de vista, cada individuo pertenece a diversos subsistemas formados, por generación, sexo, interés o función, en los que poseen, desiguales niveles de poder, roles y habilidades diferenciadas.

Sobre la base de los subsistemas, el sistema familiar desempeña sus funciones y se diferencia a sí mismo. Así, la estructura y organización de la familia permite a sus miembros incorporarse a diversas relaciones complementarias y ejercer sus habilidades personales en distintos niveles.

Tal como se ha señalado, todo sistema familiar posee funciones y plantea demandas específicas a sus integrantes y como unidad en transformación, tiende a un permanente cambio, debiendo enfrentar la tarea de adaptarse, tanto a demandas internas como externas. Las primeras dicen relación con los cambios resultantes de los procesos de desarrollo individual y los cambios producidos en las distintas etapas del ciclo vital del sistema mismo; las segundas se refieren a los requerimientos de acomodación a las diversas instituciones con que la familia está vinculada y, en términos generales, a las presiones socioculturales originadas en el suprasistema.

En el contexto de lo ya señalado, para que la familia interactúe y logre sus objetivos, su estructura debe ser definida, elaborada, flexible y coherente; además de adecuarse, a través de las funciones de sus miembros y sus subsistemas, al medio social en que está inserta.

Por el contrario, si no se dan estas características, el sistema familiar puede volverse disfuncional y poco flexible a las demandas de los miembros que lo componen. Estos sistemas familiares, carentes de estructura definida y poco flexibles, tienden a manifestar esta disfuncionalidad mediante conductas agresivas y relaciones abusivas de poder.

Para que la organización familiar resulte "sana", se requiere que esta organización jerarquizada, que implique una descripción de los roles y una distinción de las tareas, sea clara y explícita, mas o menos aceptada por el conjunto de los miembros del sistema familiar y tener por finalidad la preservación del ciclo vital de todos ellos.(Sergio Bernaves, (1992).

En los sistemas familiares productores del maltrato y abuso sexual existen trastornos en la organización jerárquica, ya sea por que los límites no están claramente definidos o por que estándolos, no se respetan. A lo anterior, se suman las carencias en los intercambios entre la familia y su entorno. Desde un punto de vista, la supervivencia de un sistema humano y de sus miembros depende también de las posibilidades de regular la apertura y cierre de las fronteras con el entorno, lo cual se hace a través de un conjunto de interacciones que regulan los intercambios intra y extra familiar.

Es así, que en los sistemas que se produce maltrato y abuso sexual, esta frontera simbólica es disfuncional; ya sea por que se abren y cierran las fronteras cuando no corresponde o por que tienden a abrir o cerrar el sistema en todos sus intercambios.

Las familias caóticas y abiertas que funcionan con fronteras demasiado abiertas, lo hacen a menudo como adaptación a su pobreza de recursos internos y externos. Los niños no reciben los cuidados de protección que deberían y corren el riesgo de ser agredidos al interior y exterior de la familia.

Las familias cerradas y rígidas cierran sus fronteras para protegerse de posibles peligros externos o de la dinámica intrafamiliar. Los niños quedan encerrados, a menudo en un mundo familiar rígido y totalitario.

En ambos casos, la familia queda desprovista de los intercambios de energía necesarios para garantizar una vida sana a todos sus miembros.

En algunas familias los problemas están cronificados, es decir, el maltrato y el abuso sexual van progresivamente agravándose, esto implica que existiría mayor dificultad para el tratamiento de las familias, ya que las dinámicas agresivas están "instaladas" en ellas.

Cuando la situación de abuso a sido extrafamiliar, algunas familias muestran escasa capacidad protectora hacia sus miembros más vulnerables. (Sergio Bernaves (1992). Finalmente, el modelo descrito y asociado a la problemática del abuso sexual infantil, facilita lograr una aproximación al sistema familiar, a través del cual pueden ser detectados aspectos sociales, familiares y del contexto donde esta inserto el menor.

No obstante lo que este modelo trata de interpretar es la causa de ciertos efectos en la conducta de las personas, especialmente de las familias, es decir, este es un todo relacionado entre sí, en cual si una parte no funciona, tiene efecto en el resto del sistema, más que nada lo que queremos decir, que las formas de relacionarse, los modelos, pautas culturales y valoricas de cada familia tienen un efecto importante en estos niños que han sido vulnerados en sus derechos y los cuales están insertos en sistemas caóticos, con límites poco claros, o sistemas cerrados y muy rígidos. Por otro lado, también se puede relacionar con la personalidad de

los abusadores, los cuales en general fueron víctimas de violaciones, o pertenecieron a familias con estas características.

CAPITULO VI

ANALISIS Y TABULACION DE LOS DATOS

INTRODUCCION SOBRE EL PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la siguiente investigación se realizará en primera instancia una entrevista a siete Psicólogos y siete Asistentes Sociales que conforman duplas psicosociales de instituciones públicas que tienen relación con Sename, entre las que se encuentran (**OPCION, CEPIJ, CODA, CTD.**), todos pertenecientes a la Región Metropolitana.

En una segunda etapa se aplicará un cuestionario a los profesionales mencionados anteriormente con preguntas cerradas y abiertas. Las primeras contendrán categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas, es decir se presentará a los profesionales las posibilidades de respuestas y ellos deben circunscribirse a estas; las preguntas cerradas serán dicotómicas ya que contendrán dos o más alternativas de respuestas.

Por otro lado es necesario para nuestro estudio, contemplar las preguntas cerradas para precisar más los resultados.

No obstante se utilizarán preguntas abiertas, puesto también se desea profundizar en la opinión entregada por los profesionales, y de esa manera dar mayor claridad y coherencia al análisis de los resultados.

Resultados de la muestra:

Para la siguiente investigación se realizó, en una primera instancia una selección de las instituciones públicas que estuvieran en relación con la infancia, específicamente con el abuso sexual infantil, para lo cual se escogieron seis instituciones, las cuales todas tienen relación directa e indirecta con SENAME, entre las que se encuentran; CEPIJ Pudahuel,

CEPIJ Lo Espejo, CTD Pudahuel, Corporación Opción, CODA San Joaquín, CODA Cerro Navia.

En una segunda etapa se tomo contacto con las duplas psicosociales de estas instituciones, siendo un total de 14 profesionales, a los cuales les dimos a conocer nuestras intenciones que era aplicar dos instrumentos a cada profesional, el primero consistió en un cuestionario con preguntas abiertas, de tipo cualitativo, pues se deseaba profundizar en la opinión entregada por los profesionales, y de esta manera dar claridad y coherencia al análisis de los resultados.

El segundo instrumento que se aplico fue un test de Likert con el fin de obtener resultados cuantitativos del tema de investigación.

1.- ANALISIS Y TABULACION DE LOS DATOS:

1.1.- Categorías De Respuesta a Preguntas Abiertas Cuestionarios.

• TRABAJADORES SOCIALES.

Los resultados que aquí se obtuvieron fueron recogidos del cuestionario con preguntas abiertas aplicados a siete Asistente sociales y siete psicólogos, de diferentes instituciones pertenecientes a Sename.

Para este efecto la elaboración de la matriz se hizo a partir de la Operacionalización de las variables expuestas en nuestra investigación.

1.- ATENCION IINDIVIDUAL EN LOS CENTROS:

1º DIMENSION	RESPUESTAS
Atención Individual en los centros.	<p>"...hacemos entrevistas diagnosticas, cuatro, la primera generalmente con el adulto responsable y el niño..."</p> <p>"... atención individual se da en dos grandes áreas; una la psicológica que es atención individual en niños, es decir, psicoterapia individual, y la otra es la atención individual que se hace durante todo el proceso, según evaluación terapia familiar..."</p> <p>"...hay que hacer una distinción, por que las normas técnicas que tiene SENAME buscan una clasificación de maltrato, ellos (coda) no deben atender abuso, el abuso debe ser derivado a los centros especializados..."</p> <p>"...eso de pende de como llegue las familia, generalmente se hace una intervención individual al niño a ambos padres., por las</p>

distintas reacciones que pudieran tener y eso depende mucho del agresor en caso de abuso sexual y incesto y es él padre el que ha cometido el abuso están más expedita las madres para hacer trabajo individual..."

"...la atención se da la niño y si lo requiere la familia que lo necesita..."

"...la atención se le da a los niños por que es una institución que trabaja por los derechos del niño, y si se requiere dar atención a la madre, se le da a la familia en función de lo que le esta pasando al niño..."

"...la atención se da al niño o niña por que acá nosotros trabajamos con niñas, después de acogerlas se hace una entrevista, solicitamos la presencia de los papas..." "...y todo esto apoyado por un psicólogo..."

En general en la mayoría de las instituciones investigadas se realiza este proceso de atención individual de manera similar, como lo manifiesta un trabajador social "... La atención se da en los niños por que es una Institución que trabaja por los derechos del niño, y si se requiere dar atención a la madre, se le da a la familia en función de lo que le esta pasando al menor"...

Se puede señalar que en los centros, la atención individual, se da al niño víctima de violación a sus derechos, específicamente abuso sexual infantil. En esta perspectiva SENAME tiene como fundamento principal defender los derechos de los niños y niñas, para lograr una adecuada atención integral y de urgencia a las víctimas.

A esto se refiere principalmente, a que cuando los niños llegan se les entrega primero que nada una atención individual al niño, hay una atención individual a ambos padres cuando estos lo necesitan, la idea es tratar de interrumpir la situación de abuso y proteger al menor.

2.- ATENCION INDIVIDUAL EN TERRENO

2º DIMENSION	RESPUESTAS
Atención individual en terreno.	<p>“...se hace la tradicional visita domiciliaria, y también como un trabajo más socioeducativo que se realiza en terreno con la familia, tú haces medidas de control social, eso apoyado por las redes...”</p> <p>“...yo hago visitas domiciliarias (Aº Social)...existen organizaciones comunitarias que de eso se encarga el psicologo que es sistematizador, que es establecer redes con organizaciones e instituciones que tengan relación con la infancia, que nos sirva...”</p> <p>“...en algunos casos es necesario tomar medidas de protección inmediata que significa sacar al niño, ...en el caso de los CODA no hay una intervención marcadamente terapeutica o clínica, pero pone un fuerte énfasis en dar una mirada ecológica desde una perspectiva de las redes familiares-comunitarias...”</p> <p>“... se realiza visita domiciliaria para percibir una información más amplia del grupo familiar...”</p> <p>“...se hace una visita domiciliaria, pero en general no es al individuo en particular, si no que a toda la familia...”</p> <p>“...entiendo atención individual a la atención una persona, ahora quizás puede ser trabajo en redes...”</p>

Se Puede señalar que en relación a la segunda dimensión, no existe mucho trabajo en terreno de los centros, más que nada se refieren a la visita domiciliaria, la cual más que trabajo en terreno, es una observación directa del contexto familiar y habitacional donde esta inserto el niño, como por ejemplo: "...se hace la tradicional visita domiciliaria y también como un trabajo más socioeducativo, que se realiza en terreno con la familia, tu haces medidas de control social, y eso apoyado por las redes..."

En este sentido, esto es lo que se realiza, no se va a los domicilios a tratar a cada persona en forma particular, sino mas bien se realiza la visita como una manera de conocer el entorno donde se inserta el menor generando nexos con instituciones, con el propósito de que esto sirva como ayuda para el tratamiento del niño, lo cual es responsabilidad del trabajador social.

Por otra parte, cabe señalar que existe un caso muy particular que llama la atención al momento de realizar el análisis de los datos, como por ejemplo "...yo hago visita domiciliaria (Asistente Social), existen organizaciones comunitarias que de eso se encarga el psicologo que es sistematizador, que establecer redes con organizaciones e instituciones que tengan relación con la infancia...". Por lo tanto al escuchar este comentario percibimos que ciertos trabajadores sociales no se hacen cargo del rol que les compete, ya que el establecer contactos con redes es labor del asistente social, intervención que se vuelve ambigua en algunos casos, lo cual esta provocando la perdida de protagonismo para tratar temas en conjunto como duplas psicosociales.

Por otro lado, esto no quiere decir que no se realice, hay centros que se relacionan con la Comunidad, con el fin de establecer redes organizacionales e institucionales, y esa labor la realiza el trabajador social.

Es importante destacar que no se realiza trabajo comunitario de prevención directa con la población, y en otros no se realiza una intervención terapéutica clínica con los niños específicamente.

3.-ATENCIÓN GRUPAL EN LOS CENTROS

3ª DIMENSION	RESPUESTAS
Atención grupal que se da en los centros.	<p>“...lo hacemos solo cuando nosotros estamos viendo, que va a ver colaboración de parte de la familia...” ...nosotros podemos sugerir un proceso de terapia familiar u orientación familiar”</p> <p>“...no, no hay..” “...la educadora tiene otra cosa, hace trabajo grupal con los niños, toma a las duplas realiza una selección y hace tres talleres que son de derecho...”</p> <p>“...en este momento no se hace, solo individual, esta planificado pero no lo hemos implementado todavía..”</p> <p>“...no se realiza trabajo grupal aquí en este centro pues se debe tener claro que es un centro de transito y diagnostico...”</p> <p>“...en esta institución solo se da atención de caso y trabajo comunitario, solo se da en lo que es redes sociales, se esta intentando un par de proyectos para trabajar en comunidad...”</p> <p>“...no se hace trabajo social de grupo, solo atención individual</p>

Las respuestas arrojadas en esta pregunta, reflejan que trabajo social grupal no se realiza en la mayoría de los centros, en uno se dan talleres educativos de derecho, en otros se realizan terapias familiares y orientaciones.

Por otro lado, existe un entrevistado que manifiesta inquietud por realizar trabajo grupal siempre que la familia muestre colaboración, pero lo que en el fondo se estaría dando es atención al grupo familiar en su conjunto, ya sea papá, mamá, hermanos, etc. En la mayoría de los casos es la dupla psicosocial la encargada de trabajar con estos grupos, donde en un salón el psicólogo atiende algún integrante del núcleo familiar y el Asistente Social al restante, posterior a eso posiblemente los trataran a todos en su conjunto, pero esto dependera del proceso a seguir, pero en la práctica eso no se realiza, generalmente para trabajar con grupos, expresan los trabajadores sociales, se necesita mayor cantidad de recursos, tanto humanos, como materiales, ya que el trabajo grupal implica realizar un gran número de sesiones con las personas involucradas. Lo que genera un gran gasto económico, de tiempo y humano.

Cabe señalar que sólo un centro expresa tener este tipo de beneficio, pero este no lo entrega un trabajador social ni un psicólogo. El entrevistado señala "...No, no hay, una educadora hace trabajo grupal con niños, toma casos de las duplas, realiza una selección y hace tres talleres que son de derecho...", si bien es cierto esto ayuda para que los niños conozcan sus derechos no existe una forma de entregar esta atención, focalizada en el tema de interés de prevención del Abuso sexual infantil. En ese sentido, se hace más difícil abordar esta problemática, ya que como lo muestran numerosos estudios, la familia es un agente importante que puede influir positiva o negativamente, ya que esta investigación además

se refleja que en la mayoría de los casos las madres encubren la relación incestuosa entre padre e hija, la fomentan a veces y en caso de descubrirse, tratan minimizar o negar. La justificación más frecuente es la intención de mantener la "unión familiar", aún a costa de los niños. Las autoras Rona y Moya (1989) enfatizan que muchas madres adoptan esta actitud "por intereses de tipo económico" o como una forma de evadir las relaciones sexuales con su cónyuge. Es por ello y por otras razones que se hace más difícil incluir a la familia en la terapias, y mucho más formar grupos para tratar en conjunto el problema que afecta a todo el núcleo familiar.

4.- ATENCION GRUPAL EN TERRENO:

4ª DIMENSION	RESPUESTAS
Atención Grupal que se da en terreno	<p>“...lo más cercano que se ha intentado son proyectos radiales, proyectos con colegios y eso es lo más grupal, o comunitario con redes...”</p> <p>“...se ha trabajado con madres adolescentes y muy pocas han sido por abuso...”</p> <p>“...mas que atención grupal es la visita domiciliaria que se les hace a las familias, también se acude a jardines infantiles e instituciones...”</p> <p>“...no se hace trabajo grupal en terreno pero involucramos más a la familia, saber si ellos ven en el niño problema..”</p> <p>“...la asistente social hace la visita domiciliaria, hace trabajo en redes y en tribunales...”</p> <p>“... se le entrega a todo la familia si se requiere, tampoco se le da</p>

agrupos de personas, no se hace trabajo social de grupo, solo atención individual..."

En general lo que se llama trabajo grupal como tal no se realiza, la atención que se da es individual se trabaja en menor forma con la comunidad, la mayoría coincide en que "... más que atención grupal es la visita domiciliaria que se les hace a las familias, también se acude a jardines infantiles e instituciones", todo esto porque no existen recursos económicos para sobrellevar este tipo de atenciones, expresan que lo que si se ha hecho es trabajo con madres adolescentes, las que en un porcentaje mínimo de ellas es por abuso sexual, eso en términos institucionales.

Por otra parte se percibe que no ha todas las personas de distintos núcleos familiares les acomoda contar sus experiencias delante de otros, lo que limita a los profesionales en la realización de charlas y talleres tanto de prevención como de difusión con respecto al abuso sexual infantil. En ciertos colegios creen que mientras menos se sepa que un menor fue abusado al interior de la comunidad, este sufrirá menos la estigmatización negativa, con la cual después se los cataloga, por ejemplo en el colegio las madres de los otros niños muchas veces no quieren que sus hijos se junten con el otro menor, por que este "les puede enseñar sus experiencias negativas con respecto al sexo" lo que claramente da cuenta de que seguimos como sociedad sin responsabilizarnos del problema y son los profesionales del área tanto social como psicológica los que deberíamos tratar de cambiar estas situaciones.

Por lo tanto y como decía anteriormente se enfatiza solo la atención individual a los niños y al familiar más cercano " las madres" o un adulto responsable que este a cargo de el niño. Esto dice relación con las

instituciones que trabajan en este tema, en los casos concretos de abuso sexual. Por ejemplo OPCIÓN aplica técnicas de intervención en programas de apoyo psicosocial, Estos programas constituyen un conjunto de acciones previamente planificadas, sobre la base de un diagnóstico psicosocial, cuyo objetivo fundamental es restablecer redes de apoyo en la familia, facilitando el reacomodo o cambios familiares para enfrentar la situación y otras que puedan suscitarse.

5.- ATENCIÓN INDIVIDUAL O GRUPAL A LOS ABUSADORES DE NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE

5ª DIMENSION	RESPUESTAS
Atención Individual o Grupal a abusadores.	<p>“...no nunca se presentan, lo que hacemos es informar a tribunales...”</p> <p>“...lo vamos a buscar es super importante conocerlo para el proceso terapéutico y para las sanciones judiciales...”nosotros no intervenimos, fundamentalmente nosotros podemos orientar y lo podemos derivar a los CEPIJ...”</p> <p>“...cuando te encuentras con abusadores o maltratadores que reconocen su actitud de agresión con el niño, ya hay una posibilidad de intervenir con ellos, pero no es lo común, siempre se niegan y tratan de ocultar esta realidad...”</p> <p>“... en ningún caso habido caso de abusadores sexuales que han reconocido el abuso...”</p> <p>“...no, no hay grupos de abusadores, por que son muy pocos los que reconocen, lo que pasa es que para hacer un trabajo más de terapia, hay dos tipos que se pueden hacer con los abusadores, de intervención que es individual y después con la familia..”</p>

"...no pues nunca se presentan, lo que hacemos es informar a tribunales..."

"....siempre que son detectados se pasa directamente a tribunales y terapias, para esto se realiza pero muy pocas, por que es difícil que el abusador diga y acepte a decir si yo fui y háganme terapia..."

Esta dimensión es compleja ya que es difícil que un abusador reconozca su actitud de agresión, como también es muy difícil detectarlos "...siempre que son detectados se pasa directamente a tribunales y terapias, pero esto se realiza muy poco, por que es difícil que el abusador diga y acepte a decir si yo fui y háganme terapia" ya que por una parte ellos son los victimarios, que en un alto porcentaje se encuentran al interior del núcleo familiar, la mayoría de las veces no reconocen la situación de abuso de la cual ellos son los responsables y por lo tanto es muy difícil trabajar con ellos, esto hace que la denuncia se haga más complicada aún. Esto tiene relación con lo que plantea BARUDY, se refiere a la fase de imposición de el secreto y a la ley de el silencio, esta fase comienza casi conjuntamente con las interacciones sexuales, su alternativa es imponer la ley de el silencio, para ello todas las formulas son posibles desde la amenaza, la mentira, la culpabilización, hasta el chantaje y la manipulación psicológica.

El abusador convence a su víctima del peligro que existe para ella, para él y para su familia al divulgar lo que pasa. El niño o niña terminan por aceptar esta situación y se adaptan a ella para sobrevivir. Terminan por entrar a una dinámica del chantaje con lo que obtienen favores, regalos y privilegios por parte del abusador. Esto cierra el circulo infernal en la

medida en que estas respuestas adaptativas permitan la desculpabilización y la vergüenza del abusado.

Cabe señalar que en muchos casos cuando se rompe el silencio y se denuncia al abusado, se crea un nuevo conflicto, puesto que si el abusador era el sustento económico de la familia esta última sufrirá nuevamente un problema, donde en ocasiones se culpa al niño abusado de generar toda esta desgracia, de que por "tener relaciones sexuales con el abusador, ahora se encuentran en una mala situación económica", para esto dicen los profesionales de los centros existe una ayuda económica que brinda el estado para las familias que en el fondo queda a la deriva económicamente, para ello se debe seguir el procedimiento, donde el Asistente Social realiza la postulación y después de un mes la ayuda económica llega, esto si bien es cierto genera mayor tranquilidad a las familias, pero que de igual forma deben subsistir sin una entrada económica por un mes y quizás algún tiempo más.

6.- ATENCION FAMILIAR EN LOS CENTROS:

6ª DIMENSION	RESPUESTAS
Atención Familiar se da en Centros.	<p>“...hacemos un mes de diagnóstico con la familia y con el niño, se hace un informe social, uno psicológico... se hace un programa de tratamiento individualizado para el niño y para la familia que se va cumpliendo a lo largo de dos años, no es un proceso terapéutico...”</p> <p>“...no realizamos atención individual como terapia...”“...el psicólogo de acá determina si esta familia debe ser tratada por especialistas de otros centros como los CEPIJ...”</p> <p>“...cuando se considera necesario se atiende a los miembros de</p>

la familia..."

"...a veces se realizan terapias familiares en los centros..."

"...se cita a la familia..." "...en varias sesiones se ve el proceso a seguir..."

"...se hace un diagnostico y se planifica que es lo que se va hacer en las siguientes sesiones, a veces se recomienda terapias u orientaciones..."

"...acá se realizan terapias para algunos miembros de la familia..."

Lo más común expresan los trabajadores sociales es que "se haga un mes de diagnostico con las familias y con el niño, se hace un informe social y uno psicológico..." "...se hace un plan de tratamiento individualizado para el niño y la familia que se va cumpliendo a lo largo de dos años, no es un proceso terapéutico..." lo que más realizan los profesionales de estos centros es atención individual para el niño y la familia, a este último se le entrega dependiendo de la necesidad que presente el niño, si por ejemplo se requiere tratar al hermano por que es drogadicto y eso afecta al tratamiento del niño, se elabora un plan de tratamiento para el hermano.

Esto se relaciona con el objetivo de los centros de atención de Corporación OPCIÓN, como es el caso de los C.O.D.A que realizan diagnostico psicosocial y de intervenciones psicosociales a nivel individual y familiar el cual ha logrado abordar modalidades terapéuticas para los problemas como maltrato infantil y abuso sexual infantil.

Citando a Novoa, 1992 que dice que en las primeras entrevistas es necesario entregar elementos terapéuticos básicos como permitir y favorecer la catarsis, teniendo máximo cuidado en saber acoger y aceptar sin introducir sesgos que entorpezcan severamente acciones terapéuticas posteriores.

7.- ATENCIÓN FAMILIAR EN TERRENO

7ª DIMENSION	RESPUESTAS
Atención familiar en terreno.	<p>“...visita domiciliaria para corroborar si lo que dijeron las familias es cierto...”</p> <p>“...se trata de apoyar a las familias a través de redes de apoyo relacionadas con la infancia, etc...”</p> <p>“...se realiza visitas domiciliarias, se trata a toda la familia en su conjunto, tomando antecedentes que no puedan ayudar en la resolución de los casos...”</p> <p>“...para hacer un diagnóstico en forma más concreta, acudimos a los colegios consultorios, a todos los lugares donde podamos recoger más antecedentes de la familia...”</p> <p>“...se trabaja en redes con jardines infantiles y otras instituciones...” “...se hace visita domiciliaria a cada familia para constatar lo que sucedió...”</p> <p>“...se trabaja con la familia y redes comunitarias...” “...es un fuerte trabajo de los asistentes sociales ver como se relacionan al interior de la vivienda..”</p> <p>“...solo a través de visitas domiciliarias y más que nada es el psicólogo (sistematizador) que establece redes con organizaciones, además derivamos a otras comunas...”</p>

La mayoría de los profesionales entrevistados coinciden en que "...se trabaja con la familia y redes comunitarias..." "...es un fuerte trabajo de las asistentes sociales ver como se relacionan al interior de la vivienda...". El detectar como están distribuidas las camas, los dormitorios, dan luces para tener una idea del porque sucedieron los hechos, por lo tanto es importante educar a la familia, orientándolas en cuestiones básicas como es el respeto y la privacidad que se deben tener unos con otros.

Por otra parte, dice Novoa (1992), se debe tener en cuenta que en adolescentes y escolares deben investigarse especialmente los antecedentes de amenaza o intentos suicidas, episodios de fugas del hogar, vagancia, uso de alcohol y drogas, precocidad o promiscuidad sexual y trastornos conductuales. Evaluación de su entorno familiar, conducta escolar, forma de ser y estado previo a episodio, condiciones socioeconómicas, descripción de la familia y otros antecedentes relevantes.

Para esto dicen los profesionales se realizan visitas domiciliarias donde se trata a toda la familia en su conjunto, a veces se aconseja terapia para alguno de los miembros lo necesitan siempre que esto afecte al sujeto de atención que en este caso es el niño abusado sexualmente.

8.- TRABAJO COMUNITARIO PARA ENFRENTAR EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

8º DIMENSION	RESPUESTAS
Se trabaja con la población, organizaciones comunales y redes sociales en general	<p>“...se trabaja donde vive la familia y las redes comunitarias...” Este es un fuerte trabajo que realizan los asistentes sociales, también los psicólogos se integran a ver las características de vida que tienen cada familia...” ...Movilizan algunos recursos de la comuna o redes externa...”</p> <p>“...Se han hecho un par de proyectos con la comunidad un proyecto radial y con los colegios...”</p> <p>“...No se realiza, puesto que este es un centro de tránsito y diagnóstico...”</p> <p>“... mas que nada se realizan trabajos de dar orientación en terreno, en algunos casos redistribuir las camas desde lo más básico, hasta de higiene, por que tenemos casos de abuso que va aparejado a la indigencia...”</p> <p>“...no se realiza charlas ni talleres, solo se sugiere a las familias el apoyo de alguna red...”</p> <p>“...no trabajamos en contacto con otras redes en prevención de abuso, para hacer talleres es muy poco, son cosas más institucionales...”</p> <p>“... hasta donde yo se, yo llevo un año acá, el centro puede participar de un tipo de redes, pero no ha sido gestor de esto...”</p>

La mayoría de los profesionales entrevistados está de acuerdo en decir, que lo que se hace es la visita domiciliaria, es tomar contacto con otras redes e instituciones movilizándolo recursos para enfrentar el problema, pero trabajo comunitario como tal, si bien es cierto se realiza, pero en

menor cantidad. En los centros no se dan charlas ni talleres de prevención dicen que "...más que nada se realizan trabajos para dar orientación en terreno, en algunos casos redistribuir las camas desde lo más básico hasta los hábitos de higiene, porque tenemos casos de abuso que van aparejado de la indigencia...". En general lo que se realiza es trabajar con la ayuda de algunas instituciones, derivando, solicitando recursos, etc. Pero generar proyectos con toda la comunidad, solo en un centro se ha manifestado."...se han hecho un par de proyectos con la comunidad, un proyecto radial y con los colegios.."

Por otra parte, se puede señalar que si bien es cierto en los centros es poco lo que se hace existe una realidad que se ejecutó en el XX Congreso de Pediatría realizado en 1994 donde un equipo multidisciplinario trabaja en la prevención y tratamiento del maltrato infantil en el área Metropolitana Central de Santiago, en el Hospital Clínico San Borjas, Arriaran, y sus siete Consultorios Periféricos dependientes. Se implemento además una coordinación con otras instituciones y fuerzas vivas de la comunidad. Por otra parte se propuso fortalecer las Redes de Apoyo en el nivel primario con el objeto de que los equipos de los consultorios periféricos resuelvan progresivamente los casos derivando a los niveles secundarios y terciarios de los servicios, solo aquellos casos de mayor complejidad (1994).

Esto se relaciona con una de las nuevas líneas de trabajo de OPCIÓN que se refiere a que se debe facilitar los procesos en que los niños, sus familias y la comunidad sean sujetos protagónicos en la solución de sus problemas, a través de la Implementación de metodologías participativas y de base comunitarias. Es importante que exista un nexo fluido y eficiente entre las diferentes instituciones que tratan con los menores abusados

sexualmente con el objetivo de realizar un trabajo de tratamiento y solución del problema que ayuda realmente a estos menores y sus familias.

Pero la verdad es que pese a las buenas intenciones de estos lineamientos, en la practica no se da.

9.- INGRESO DEL NIÑO ABUSADO SEXUALMENTE

9ª DIMENSION	RESPUESTAS
Ingreso institucional del niño abusado sexualmente.	<p>“...se hace una primera entrevista para conocer la situación con mayor profundidad, posterior a eso se pide una entrevista con los papas...” “...Se hace un diagnostico en conjunto con el psicologo donde se evalua que es lo que se va a ser y en la mayoría de los casos se los deriva a un CEPIJ, CODA, o al CAVAS...”</p> <p>“...es una entrevista de recepción, solamente como para captar, en los casos que me ha tocado ver, los casos viene por demanda espontanea o vienen de otras redes institucionales además de los tribunales...”</p> <p>“...tenemos un esquema metodológico que parte desde la reflexión del caso, la primera entrevista donde se hace el encuadre respecto a la posibilidades de atención que tiene el centro, se trata de definir con claridad el motivo de consulta, cual es el problema que presenta...”</p> <p>...llegan por demanda espontanea y también llegan los casos calificados de tribunales u otra institución y son pasados a una dupla psicosocial”.</p> <p>“...Cuando llega calificado nosotros nos acercamos como dupla al profesional que lo esta derivando y nos entregan todos los antecedentes.</p>

	<p>"...Se hace una entrevista y se pide a los padres o adultos responsables que se entrevisten con la Asistente social o el psicólogo.</p>
--	--

	<p>"...Los casos llegan calificados de tribunales..." "...Se hace una primera entrevista al niño y luego a los padres..."</p>
--	---

En general, lo que se hace es "...una primera entrevista para conocer la situación con mayor profundidad, posterior a eso se pide una entrevista con los papas..." "...se hace un diagnostico en conjunto con el psicólogo donde se evalúa que es lo que se va a hacer, y en la mayoría de los casos se los deriva aun CEPIJ, CODA o CAVAS..."

Esto tiene que ver con el procedimiento que se realiza en los Centros de SENAME en los que ven el tratamiento psicosocial, pero es de vital importancia conocer como se da la atención en las manifestaciones clínicas, que en el fondo determinan si existe o no abuso sexual, según

NOVOA 1992, el examen general debería analizar los siguientes síntomas: Desnutrición, retroceso en el desarrollo pondoestatural, aspecto triste, etc. Búsqueda de afecto y aprobación en el entrevistador o renuncia a entregar información y ser examinado, actividad disociada, normalidad aparente o real.

Ante el conflicto ocurrido el médico insiste en la necesidad de evitar la solicitud de exceso de detalles en la descripción del episodio del abuso previniendo la fijación de traumas.

Por lo anteriormente expuesto es necesario señalar que de acuerdo a las entrevistas realizadas en los centros, los profesionales que allí trabajan son conscientes en que deben ser muy cuidadosos en la recolección de

información, puesto que argumentan que si ellos saben los antecedentes que son necesarios y que vienen del tribunal, trataran de desviar la parte indagatoria con el fin de evitar el trauma, porque además la víctima vuelve a vivir el episodio de abuso sexual.

10.- ATENCION DE CASO EN DUPLA

10ª DIMENSION	RESPUESTAS
Atención de casos en duplas.	<p>"...Ambos profesionales están juntos en la atención, posterior a eso el trabajador social realiza la Visita Domiciliaria de el caso en cuestión, ve si existen redes de apoyo para ayudar al menor, el psicólogo evalúa el coeficiente intelectual de el niño, trata los problemas psicológicos que pueda tener el menor.</p> <p>"...El caso se ingresa a diagnóstico también es atendido por una dupla, un psicólogo un Asistente social hace el diagnóstico que puede durar cuatro a cinco sesiones en la cual se le hace una entrevista individual de el niño, una evaluación psicométrica"... "Tanto en diagnóstico como terapia se trabaja en duplas".</p> <p>"...Lo más probable es que el asistente social tenga muchas más herramientas para profundizar en lo que significa el entorno social y redes que tiene la familia de el niño se van complementando y en la práctica muchos asistente sociales pasan a ser coterapias y después terapias, sin que hallan tenido quizás una formación propiamente tal, pero la práctica te va enseñando como hacerlo, entonces los énfasis los va determinando la dupla"... "Es importante todos vallan conversando, lo analicen en conjunto y aquellos que lo requieran lo van planteando al equipo".</p> <p>"...Intervenimos de acuerdo a la problemática que se presente, la labor de los psicólogos es evaluar el Coeficiente Intelectual (C.I) de el niño, y de acuerdo a esos problemas emocionales que han afectado al niño, eso lo conversamos".</p>

"...Vamos a tratar de determinar que tan afectados están, por ejemplo y que tantos recursos tienen ellos, para captar que capacidad de silencio tienen ellos".

"...El trabajo se entremezcla dependiendo de las habilidades, de las características terapéuticas de cada uno, dependiendo de el enganche con las familias se puede ir jugando en la terapia con tu dupla"... "Nosotros en alguno de los casos atendemos a niños en forma individual pero la psicoterapia así como tratamiento reparatorio lo hace el psicólogo, el tratamiento psicoterapéutico dura dos años

Lo que se quiere saber con esta pregunta, es conocer de manera más amplia lo que es la atención de casos en duplas psicosociales, la mayoría de los entrevistados esta de acuerdo en que "...ambos profesionales están juntos en la atención, posterior a eso el trabajador social realiza la visita domiciliaria del caso en cuestión, ve si existen redes de apoyo para ayudar al menor, el psicólogo evalúa el coeficiente intelectual del niño, trata los problemas psicológicos que pueda tener el niño...". En ese sentido, es el Asistente social el que está más relacionado con el entorno social del niño y su familia, de su historia, de realizar la visita domiciliaria, en cambio el psicologo hará la psicoterapia, opinan que el trabajo se va entremezclando, que cuando se ingresa un caso para realizar un diagnostico que es atendido por una dupla psicosocial, y lo más probable es que el asistente social se maneje más en el ámbito del dominio de redes y el psicólogo en la parte emocional del niño, por otra parte se puede decir que el 71,4% de los entrevistados esta de acuerdo en

que las duplas psicosociales pertenecientes a instituciones públicas funcionan eficientemente, y un 28,5% esta ni de acuerdo, ni en desacuerdo, lo que quiere decir es que en general los trabajadores sociales opinan que el desempeño en conjunto con un psicólogo hace más eficiente la atención de los casos.

11.- LA LABOR DE AMBOS CLARAMENTE DEFINIDA

11ª DIMENSION	RESPUESTAS
Atención psicosocial.	<p>"...Hay algunas confusiones, existe una tendencia a hacer de todo una cosa muy terapéutica"... "Pero como yo entiendo mi trabajo, yo siento que está delimitado, por que todo el trabajo de reconstrucción de lo social, de las redes eso es social, y es de nuestra área"... "llevamos tres años de experiencia y se ha visto que lo más que se necesita es un trabajo de control social de educación y eso ya es una cosa en la que nosotros(asistentes sociales) tenemos mucha injerencia..."</p> <p>"... Yo creo que hay dos temas super importante en esto y es que el asistente social tiene que estar capacitado para trabajar con niños y con violencia..." "...En el trabajo que se hace con duplas cuando uno es coterapeuta de el psicólogo, ahí uno utiliza las herramientas que uno tiene de la profesión..."</p> <p>"...El lenguaje está muy definido, cuando el psicólogo va a aplicar un test cat eso lo tiene que hacer ella".</p> <p>"...sí, está definida"... "Nos logramos compensar mutuamente, logramos muchos más antecedentes, se pueden cambiar criterios sobre todo en el caso mío que trabajo con un varón y joven, entonces él aporta de acuerdo a sus vivencias".</p> <p>"...En alguno de los casos, se va definiendo que parte de la</p>

intervención va a tener cada uno de los profesionales ...""...Es importante que la dupla valla conversando y analizando cada caso, por lo cual el lenguaje esta definido, las labores también. Pero en definitiva si la situación lo exige esto se entremezcla".

"...No puesto que es un tema super complejo, ya que estamos en un proceso de discusión de definir que significa que nosotros hagamos una intervención psicosocial...""...No esta super claro, lo que si esta super claro es que el psicólogo hace la evaluación psicométrica y el asistente social la visita domiciliaria, el resto se va viendo en el camino. Como va resultando en función de la dupla..."

"...Cada uno tiene su labor, pero en general siempre nos retroalimentamos...""...Nosotros somos un CTD, no hacemos terapias ni tratamientos en duplas psicosociales, lo que hacemos en conjunto es entrevistar al menor y a las familias y luego evaluar para determinar donde serán derivados..."

En relación a la pregunta se puede decir que un 57,1% no esta de acuerdo cuando se le pregunta si las duplas psicosociales realizan una intervención clara y definida, esto debido a que algunos piensan que existe una tendencia hacer de todo una cosa muy terapéutica, y aunque está claro que el psicólogo hace la evaluación psicométrica y el Asistente social hace la visita domiciliaria, si la situación lo exige esto se va entremezclando, aunque un 42,8% se muestra estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo con la pregunta ya que consideran entender que su trabajo esta delimitado puesto que la reconstrucción de lo social, de las redes, es del área del trabajo social, y se ha visto durante cierto tiempo que lo que más se necesita en estos casos son medidas de control social, de

educación y eso es algo en que los trabajadores sociales tienen plena responsabilidad, pero en general creen que si está definida, como lo expresa un trabajador social :

"...en algunos de los casos se va definiendo que parte de la intervención va a tener cada uno de los profesionales..." "...es importante que la dupla valla conversando y analizando cada caso, por lo cual el lenguaje esta definido, las labores también, pero en definitiva si la situación lo exige esto se entremezcla..."

Puesto que si la comunicación de las duplas psicosociales es reciproca logra una mayor cantidad de antecedentes.

12.- REUNIONES PERIODICAS Y DE RETROALIMENTACIÓN DE CASOS:

DIMENSION	RESPUESTAS
Reuniones de equipo.	<p>"...Existen reuniones técnicas de equipo, todas las semanas, no existe supervisión externa, pero cuando nos vemos entrampadas con algún caso lo conversamos con el equipo..."</p> <p>"...Tenemos reuniones los miércoles, presentamos casos para todo el equipo, los casos que no tenemos como seguirlos tenemos una supervisora externa que viene cada quince días".</p> <p>"... Los cuatro CODA de Santiago tienen una examinadora externa, los dos de la 6ta región no tienen".</p> <p>"...Lo que hacemos es una reunión técnica con la dupla cuando tenemos inquietudes vamos donde el jefe técnico, no tenemos examinador externo..."</p> <p>"...Tenemos examinadores externos que viene dos veces al mes, tenemos todos los viernes reuniones de equipo, y eso es un aprendizaje super importante, por que o si no te genera mucha angustia si ni lo tomas como una responsabilidad de equipo..."</p> <p>"...Nos juntamos cada 15 días para revisar casos con el equipo, tenemos supervisora externa que se especializa en estos temas..."</p> <p>"...tenemos reuniones de equipo más bien informales donde realizamos análisis de los casos, todos opinan y en conjunto tomamos decisiones..."</p>

De acuerdo al porcentaje arrojado el 100% de los Asistentes Sociales entrevistados expresó que con su dupla existen reuniones donde discuten casos e intercambian criterios, en la mayoría de los Centros las duplas tienen reuniones todas las semanas, exceptuando algunos que las realizan

de manera no tan seguidas, expresan que "...tenemos examinadores externos que vienen dos veces al mes , tenemos todos los viernes reuniones de equipo, y eso es un aprendizaje importante, porque sino te genera mucha angustia sino lo tomas como una responsabilidad de equipo...".

En ese sentido, gran parte de los Centros tiene una supervisora externa, lo que significa que una vez al mes una persona especializada en este tipo de casos revisa en conjunto con las duplas los casos más complicados en los cuales la dupla psicosocial se encuentra entrampada, para esto la supervisora externa analiza la situación y trata de encontrarle una mejor solución.

13.- ATENCIÓN GRUPAL EN DUPLAS

13ª DIMENSIÓN	RESPUESTAS
Atención grupal en duplas.	<p>"...se atiende a la familia, no se realizan talleres de grupo por una cuestión de que esta Institución es de tránsito y diagnóstico, los casos pasan rápido y son derivados a otra institución".</p> <p>"...No hay en el tema de abuso sexual todavía, siempre atendemos en duplas, de hecho siendo una familia nuclear o monoparental extendida..." "...En el diagnóstico podemos citar a siete personas que involucran a los abuelos, padre, hermanos, etc".</p> <p>"...La familia se atiende en duplas también, pero no grupo que no sea familia, y el grupo como grupo no, por que es familia y familia en función de la necesidad que tenga el niño de que se atienda a la familia.</p> <p>"...No, solo atención de casos, no ha grupos de personas, pero si a la familia en su conjunto, pero grupo por ejemplo de padres no".</p>

"...No trabajamos con grupo puesto que solo somos un centro de tránsito, por tanto no tenemos posibilidad de realizar una intervención con grupo".

"...Se ha pensado, pero no se ha implementado, solo se atiende a la familia pero no como grupo".

"...Las duplas no dan atención grupal, lo único que se hace es que una educadora da talleres a los niños pero eso sería cuento aparte".

En conclusión pudimos ver que en ninguno de los centros se realiza atención grupal de duplas, las duplas solo atienden el caso individual, o de forma más amplia a la familia, esto quiere decir que para realizar el diagnóstico podemos citar por ejemplo a personas que involucren miembros de la familia y esto será en función de la necesidad que tenga el niño; se atenderá a la familia, si esto genera un beneficio para el tratamiento de el niño. En el caso de que el padre de el menor sea alcohólico y esto dificulta que el niño viva en un ambiente tranquilo, apto para su saneamiento psicológico, se tratara al padre alcohólico, no porque este sea alcohólico, sino por que interfiere en la evolución de su hijo. Como bien lo dice un trabajador social "...la familia se atiende en duplas también, pero no un grupo que no sea familia, y el grupo como grupo, no porque es familia, y familia en función de la necesidad que tenga el niño de que se atienda a ella..."

En este sentido, los principios básicos de todos estos centros es proteger al niño y en esa línea se trabaja, se ha pensado hacer atención a grupo de duplas, pero no se ha implementado por falta de recursos materiales y humanos.

14.-PERCEPCION INDIVIDUAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

14ª DIMENSIÓN	RESPUESTAS
Percepción Individual de los trabajadores Sociales	<p>"...Yo siento que los asistentes sociales no nos hemos apropiado todavía de el tema, todavía seguimos pensando que es algo de el ámbito más psicológico y no nos hemos hecho cargo de el tema socio cultural que hay detrás, el maltrato incluso el abuso, esta entendido dentro de la dinámica social y eso es nuestro..."...los trabajadores sociales tenemos un enorme desafío en lo que es el tema de la prevención..."</p> <p>"...yo creo que aquí es super distinto a otros centros, el no estar subordinada y estar en el mismo concepto que el psicólogo, el abogado, ni a a la directora es importante, estar a un mismo nivel de intervención y difusión..."...en este lugar los asistentes sociales han superado lo que se acostumbra, hace caso y tratamiento (terapia), tenemos posibilidades de especialización que no esta en ninguna otra parte..."</p> <p>"...yo pienso que aquí falta tiempo, si tuvieran menos niños uno podría hacer mucho más cosas, como por ejemplo intervenir en cosas tan simples, como cambiar las conductas de las niñas..."...nuestra meta es siempre que los niños vuelvan a su casa..."</p> <p>"...yo diría que se han ido conformando equipos que</p>

	<p>tienen un nivel profesional de lata calidad..."</p> <p>"...acá las intervenciones son mucho más psicológicas que sociales, para mi bien, por que a mi me ha gustaba siempre la parte más psicológica..." "...otros asistentes sociales sienten que en realidad no son cien por ciento considerados, ni tienen el mismo peso que el psicologo, por que en definitiva si estas atendiendo maltrato, abuso, violación, es bastante más importante lo que pasa a nivel psicológico con el niño..."</p> <p>"...yo creo que es buena, pero siento que falta tiempo y recursos para realizar una mejor intervención..."</p>
--	---

Se puede apreciar por los resultados obtenidos, que los trabajadores sociales entrevistados consideran que su intervención personal en el ámbito del abuso sexual en general es eficiente, puesto que piensan que se han ido conformando excelentes equipos con una alta calidad profesional, ya que en estos centros tienen la posibilidad de realizar tratamientos, terapias, cuestión que estaba delimitada solo a los psicólogos, aunque otros creen que aun los trabajadores sociales no se han apropiado mucho del tema (Abuso sexual infantil) y dicen que hemos escrito poco acerca de esto, a diferencia de los psicólogos.

Dicen que nosotros tenemos un enorme desafío en lo que es prevención, ya que el abuso, el maltrato esta entendido dentro de una dinámica social, por otro lado vemos opiniones diversas de Asistentes sociales que tiene una tendencia al área más psicológica expresando "que siempre les gusto más la parte psicológica, y en términos de abuso

sexual esta persona cree que es bastante más importante lo que pasa a nivel psicológico con el niño”.

Es necesario dar a conocer que por lo investigado con los demás Asistentes sociales e incluso con los mismos psicólogos, el trabajo terapéutico con un niño abusado, será muy deficiente si no se conoce a la familia o a los adultos responsables, su entorno, su historia, etc, y eso es algo netamente particular del trabajador social.

15.- PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

15ª DIMENSION	RESPUESTAS
Percepción de los trabajadores Sociales, hacia la intervención Profesional de los Psicólogos.	<p>“...yo creo que es fundamental trabajar con él, en caso de abuso sexual, por que él esta más capacitado para realizar tratamiento a nivel psicológico...”</p> <p>“...la intervención del psicólogo es fundamental, puesto que sobre todo en estos casos necesitan principalmente la ayuda psicológica para la reparación...”</p> <p>“...la mayoría tiene un nivel de manejo fuerte, bueno, me preocupa con los psicólogos más jóvenes y es que tienen tendencia a aplicar sus esquemas teóricos de forma un poco rígida...”“...creo que es un problema de manejo, por que nosotros seguimos pensando que lo que debe primar es la concepción doctrinaria respecto a los derechos del niño y a partir de eso usar el mejor enfoque teórico que te permita hacer una mejor intervención...”</p> <p>“... mi percepción es de gran apoyo...”</p>

"...yo creo que es fundamental el trabajo del psicólogo, por que este trabajo implica un irse curando desde adentro hacia fuera..."...lo que nosotros hacemos con el psicólogo es complementarlo con la terapia familiar, para que la familia valla asumiendo el dolor, el trauma..."

Al realizar el conteo de las preguntas de la escala de Likert, pudimos constatar que la mayoría de los trabajadores sociales (85.7%) manifiestan estar de acuerdo, con respecto a que consideran que la intervención de los psicólogos, con los Asistentes Sociales es eficiente, puesto que trabajar con el (psicólogo) es necesario en caso de abuso sexual, porque tienen mayor cantidad de herramientas para realizar el tratamiento, entregar la ayuda psicológica para la reparación, por otra parte hay un sector de los entrevistados(14.2%) que opina que a pesar de que casi todos tienen un buen nivel de manejo, existe una preocupación por los psicólogos más jóvenes que tienden a aplicar sus teorías de manera muy rígida, puesto que lo importante son los derechos del niño y sobre eso usar la mejor teoría que permita hacer una intervención más eficiente del caso.

16.- OBSTACULIZADORES EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

16ª DIMENSION	RESPUESTAS
Obstaculizadores en la Intervención Psicológica.	<p>"...creo que la cantidad de casos que debe atender no permite el poder hacer una real intervención, por ser un centro de tránsito..."</p> <p>"...en ambos casos tanto trabajador social como psicólogo, es que creo que a nosotros nos falta mucho para poder hacer una intervención, siempre tenemos que estar aprendiendo..."</p>

“...cuando hay una suerte de Rigidización en los enfoques que utilizan los psicólogos...”

“...quizás la cantidad de casos, puede ser una desventaja, que uno esta más copado y no tienen la posibilidad de hacer un seguimiento...”

“...tanto para psicólogos como para trabajadores sociales, que a veces tenemos mucha cantidad de casos y no damos abasto y eso nos limita...”

“...no veo obstáculos en el rol profesional del psicólogo...”

“...lo único es que muchas veces por la cantidad de casos, no podemos insistir mucho cuando la gente no viene a la cita, por una cuestión de tiempo...”

La mayoría de los trabajadores sociales considera que los obstáculos que se le presentan a los psicólogos para un mejor desarrollo de su intervención, es la gran cantidad de casos que debe atender y que no se tiene la posibilidad de hacer un seguimiento adecuado por una cuestión de tiempo, un 71,4% de los entrevistados cree que la formación académica del psicólogo no es un obstáculo para enfrentar el tema del abuso sexual y un grupo menor que representa un 28,5% esta ni de acuerdo, ni en desacuerdo, en lo que podríamos incluir opiniones como por ejemplo, que algunos piensan que son muy rígidos en los enfoques que utilizan, que aplican las teorías al pie de la letra y son poco flexibles a la hora de buscar enfoques que se adecuen al caso.

17.- RELACION DE SU INSTITUCIÓN CON OTRAS REDES

17 º DIMENSION	RESPUESTAS
Relación de su Institución con otras Redes	<p>“...nos apoyamos en instituciones principalmente el CAVAS, CEPIJ, CODA, mantenemos una carpeta con todas las direcciones y teléfonos de los lugares que nos interesan...”</p> <p>“...derivamos a CEPIJ, recibimos casos del CAVAS, del algunos hospitales y por demanda espontanea...”</p> <p>“...gran cantidad de relación con muchas instituciones, existe una lista, una carpeta, con todas las instituciones a las cuales derivamos...”</p> <p>“...solamente CEPIJ, CAVAS, en el tema de abuso, en algunos casos con centros de diagnóstico de distintas comunas...”</p>

El 100% de los entrevistados expresó que su institución se relaciona con otras que abordan temáticas sobre abuso sexual infantil, sobre todo con CEPIJ, C.A.V.A.S, hospitales, Centro de diagnóstico de las distintas comunas, etc, lo cual quiere decir que existe un contacto permanente con redes lo que beneficia en definitiva a la población que necesita de estos servicios, es necesario comentar que incluso los profesionales de los C.O.D.A tienen reuniones con los CEPIJ como una manera de saber como van los casos que los primeros derivaron al Centro de Protección Infanto Juvenil, esto les permite a los profesionales de los C.O.D.A ir conociendo con mayor profundidad como tratar este tipo de situaciones en una posterior eventualidad.

Cabe señalar que en los CEPIJ, donde los profesionales son expertos en intervención con casos de abuso; por otra parte los C.O.D.A también atienden pero no es una labor que les competen netamente a ellos, esto quiere decir que cuando tratan casos de abuso sexual y maltrato grave, lo hacen porque no tienen un lugar donde derivarlos y obligatoriamente tienen que hacerse cargo, puesto que la demanda de casos exige que estén siempre en contacto con otras redes y además que sean capaces de enfrentar esta situación si la circunstancias lo amerita.

1.2.- Categorías De Respuestas Abiertas Cuestionario

• PSICOLOGOS:

1.- APOYO PSICOLOGICO INDIVIDUAL

1ª DIMENSION	RESPUESTOS
• Apoyo Psicológico Institucional Individual.	<p>“...lo que nosotros hacemos es tratar lo que se llama la intervención en crisis...”</p> <p>...”Solo hacemos tratamiento individual para el niño...”</p> <p>“...se acoge a la familia independiente de cómo se ha revelado la situación de abuso, y se trabaja con el niño o niña que ha sido víctima de abuso sexual y con aquel adulto que aparece como figura protectora...”</p> <p>...”Al niño , a la madre, abuelo, tíos, adulto responsable del niño...”</p> <p>“...atendemos mayoritariamente a niños derivados por instituciones (jardines, escuelas, etc.)</p> <p>“...lo que se hace aquí es hacer un diagnóstico acerca</p>

de que si el abuso sexual existe o no..."

"...el primer objetivo es la interrupción, sin interrupción en el fondo, no hay posibilidad de tratamiento..."

"...el psicólogo atiende al niño, se hace una entrevista clínica, se hace la evaluación psicométrica, que es la evaluación, el test..."

"...se hace también entrevista familiar y después en conjunto con el asistente social, se le da algún tipo de apoyo de la familia del chico y el trabajador social hace la visita domiciliaria respectiva..."

"...los psicólogos hacen un diagnóstico que consisten en un perfil de la personalidad e los chiquillos y un C.I. el cual se devuelve a los tribunales esto se hace para determinar, para que parte se va, en términos formales la intervención en este centro no existe..."

Dada las respuestas expresadas por los profesionales entrevistados, se puede señalar que el apoyo psicosocial institucional principalmente se le entrega al niño o niña, a la madre o algún adulto protector del menor. En el caso de abuso sexual lo principal es interrumpir la situación de abuso que esta sufriendo el niño(a), a partir de eso se realiza un diagnóstico de la situación para seguir con un tratamiento. Esto quiere decir, que en estos casos la labor de ambos profesionales Psicólogo y Asistente Social es imprescindible.

En el caso de SENAME, este desarrolla tres líneas de acción para enfrentar este problema; atención en crisis, área jurídica y proyectos

psicosociales, por otro lado Corporación Opción que trabaja en el área de los derechos humanos desde la perspectiva de la atención directa de los niños(as) víctimas de violación a sus derechos considera modalidades de intervención que se orientan a lograr reparación y restitución a víctimas de sus derechos, área jurídica y de políticas públicas, etc. Las demás instituciones abordadas, realizan diferentes líneas de acción como por ejemplo El C.T.D. Pudahuel es un centro de tránsito y diagnóstico para niños y niñas y/o jóvenes vulnerados en sus derechos, sin privación de su libertad; EJEMPLO: Llega un menor acompañado por carabineros y se dirigen a estadísticas, para que el menor quede registrado; es llevado a su dormitorio (dependiendo del sexo y edad), luego la Asistente Social le hace una entrevista y es derivado al psicólogo. Posteriormente viene la entrevista con los padres o familiares.

Por otro lado, el CODA centra su atención en menores que hayan sufrido maltrato leve e infractores del ley; pero en rigor ante la alta demanda se ven obligados a atender casos de abuso sexual, para lo cual los profesionales de este centro no deberían intervenir, puesto que no están capacitados para realizarlo, en los CODA son pocos los casos de abuso sexual que llegan y cuando lo hacen son derivados a los CEPIJ, ya que estos son los centros especializados en atender estos casos.

Cabe señalar, que al igual que los CEPIJ, los CODA entregan atención en duplas psicosociales, pero los CEPIJ son los que realmente deberían atender los casos de abuso sexual, pero como en ocasiones no dan abasto son atendidos por duplas de los CODA, por una escasa cantidad de recursos con que cuentan estos centros para la gran demanda de casos que llegan.

2.- APOYO PSICOLOGICO FAMILIAR

2ª DIMENSION	RESPUESTAS
<p>Apoyo Psicológico Institucional a la Familia de los Menores Abusados Sexualmente.</p>	<p>"...se les da apoyo en términos de que es una situación que perfectamente se puede manejar, terapéuticamente, que no necesariamente puede tener consecuencias catastróficas para el niño..."</p> <p>"...lo primero que hacemos es un diagnóstico individual de la situación..."</p> <p>"...cuando el abuso es intrafamiliar, lo primero que se realiza es sacar al niño del hogar, con una medida de protección..."</p> <p>"... se trabaja con la familia nuclear y además la familia extendida o con algún adulto responsable..."</p> <p>"...muchos veces los abusos son transgeneracionales, esto significa que tu empiezas a indagar en la mamá y te encuentras que ella tuvo una historia de abuso cuando era niña, entonces ahí es más fácil de hacer el enganche para que ella se ponga en el lugar de la niñita y puede tener una actitud más protectora..."</p> <p>"...acá se trabaja con un enfoque ecológico, para comprender por que se dio el abuso o el maltrato, se trabaja sobre los factores que causaron el abuso..."</p> <p>"...el objetivo es la interrupción sostenida, se hace un diagnóstico psicosocial de la familia, sesiones con los adultos protectores, en lo posible con el adulto abusador, sesiones con el niño, y en el fondo ver el nivel de daño, grado de permeabilidad de la familia ala</p>

	<p>intervención..."</p> <p>"...se hace un diagnostico individual como de daño pero también de las potencialidades y de los recursos que hay y se usa en enfoque ecológico para comprender por que se dio el abuso o el maltrato".</p>
--	---

Por las respuestas expuestas en esta dimensión, se ve reflejados que en la mayoría de los casos la atención psicológica va dirigida hacia la familia de estos niños(as), entiéndase familia por la madre, padre o adulto protector del niño, integrar a más familiares, abuelos, tíos, hermanos son solamente en casos donde se tiene una relación directa con lo ocurrido, o que sean los adultos responsables del niño, es decir, que el niño viva con ellos y no con sus padres.

En algunos centros no se realiza tratamiento psicológico con la familia, ya que solo son centros de tránsito y diagnóstico, es decir, pasan por ahí para ser calificados, o constatar si existió o no abuso.

Por otro lado, en los centros donde si se realiza atención psicológica familiar, su objetivo es la interrupción sostenida, como lo señala un psicólogo_ "...el objetivo es la interrupción sostenida, se hace un diagnóstico psicosocial de la familia, sesiones con los adultos protectores, en lo posible con el adulto abusador, sesiones con el niño, y en el fondo ver el nivel de daño, grado de permeabilidad de la familia a la intervención..."

Por otro lado se realiza un diagnóstico social de la familia, sesiones con adultos protectores en lo posible con el adulto abusador, sesiones con

el niño y en el fondo ver el nivel de daño, grado de permeabilidad de la familia para la intervención, y grado de posibilidades de intervención.

En esta perspectiva, podemos señalar que cualquier tratamiento psicológico o social se puede realizar con la familia del niño maltratado o abusado, es de suma importancia, ya que en relación al enfoque Sistémico el cual enfatiza que los objetivos que dirigen a una conducta solo pueden ser entendidos totalmente cuando hay comprensión del medio ambiente o contexto social en que la conducta se desarrolla, ponderando el rol de la familia como una unidad dinámica psicosocial por sí misma.

3.- APOYO PSICOLOGICO GRUPAL

3º DIMENSIÓN	RESPUESTAS
<p>Apoyo Psicológico Institucional Grupal.</p>	<p>"... No se han dado las condiciones como para poder hacerlo".</p> <p>"... Nosotros trabajamos con terapias grupal hacia el final de el tratamiento, y la terapia grupal esta destinada a que recuperen la confianza en el grupo de pares, que vuelva a ser niños".</p> <p>"... Terapia de grupo a los niños acá no hacemos".</p> <p>"...En general para los niños no esta recomendada".</p> <p>"... Nosotros no trabajamos en grupos todavía".</p> <p>"...realiza un taller educativo a los niños el cual es impartido por una educadora y no por un psicólogo..."</p>

"... Se realiza acá talleres sobre los derechos de el niño, por ejemplo habilidades sociales, pero yo diría que en lo terapéutico, nos hemos centrados más que en el trabajo con grupos".

"... Hemos pensado implementar talleres de niños o talleres familiares potenciando los avances de ellos mismos, pero no se han implementado aún".

Esta dimensión está totalmente definida, ya que en general en los centros donde se aplicó esta entrevista no se realiza atención psicológica grupal, aunque si está planificado pero no se ha podido realizar, por falta de recursos humanos y materiales.

Solo un centro como lo menciona un psicólogo "...se realiza un taller educativo a los niños el cual es impartido por una educadora y no por un psicólogo..."

En este sentido, es importante destacar que si existe un déficit en la atención grupal en esta problemática, ya que sería un avance significativo en lo que es atención terapéutica, como por ejemplo trabajar con madres de niños que hallan sufrido abuso, en ese sentido juntas podrían compartir sus vivencias, sus experiencias y así lograr una reparación más rápida y al mismo tiempo apoyar de mejor manera a sus hijos.

4.- TECNICAS UTILIZADAS EN LA ATENCION PSICOLOGICA

4ª DIMENSIÓN	RESPUESTAS
Técnicas Utilizadas en la Atención Psicológica.	"... Como técnicas diagnósticas se usan pruebas proyectivas, como el CAT-H y el CAT-A, el test de la familia, se trabaja mucho con caja de arena, juegos proyectivos que es analítico y los muñecos anatómicos".

"... Pinturas, greda, en el fondo cualquier instrumento que permita ver la agresión de el niño con la situación que vive".

"... Son terapias, ya, supongamos que atravesamos la fase de interrupción que logramos como profesionales y como equipo interrumpir la situación de abuso , identificamos a los adultos que lo van a proteger".

"... La interrupción y protección es terapéutico".

"...hacemos intervención en crisis con lo chicos, pero en la parte formal nosotros no debemos hacerlo".

"... Lo que nosotros hacemos son interrupciones en todo lo que tiene que ver con los acuerdos y con las decisiones que se tomen más o menos hacer el diagnóstico del funcionamiento familiar".

Según lo expuesto por los psicólogos, las técnicas más utilizadas en la atención psicológica son instrumentos como juegos, diagnósticos, bandeja de arena, muñecos anatómicos, pinturas, greda, etc., en el fondo cualquier instrumento que permita la expresión del niño o resolución de conflictos emergentes a partir de una situación deducida.

Por otro lado, existen otros profesionales que utilizan otras técnicas como terapia familiar sistémica, terapia individual de Perrone. Barudy como base para el trabajo familiar con abusadores, también tiene un plan de tratamiento individual y eso implica tres áreas que la es la interrupción,

la reparación que vendría siendo como la terapia con el niño, y lo que se llama el fortalecimiento de vínculos protectores que es el trabajo con la familia. Es importante dejar en claro, que las respuestas anteriores no significa que ellos no utilicen enfoques teóricos, es solo que algunos de los psicólogos nombraron instrumentos con los cuales trabajan con los niños, es decir, contestaron de otra forma la pregunta.

Finalmente lo que es significativo es que estamos frente a una heterogeneidad de técnicas, instrumentos, enfoques teóricos, los cuales apuntan a donde mismo, que es la interrupción del abuso y la posterior reparación del daño emocional del niño(a).

5.- INGRESO DEL NIÑO ABUSADO SEXUALMENTE

5ª DIMENSION	RESPUESTAS
Ingreso Institucional del Niño Abusado Sexualmente.	<p>“...ingresan por demanda espontanea en la mayoría de los casos...”</p> <p>“...generalmente llegan calificados, es decir, aquí ocurrió una situación de abuso o maltrato grave...”</p> <p>“...llegan de los CODA...”</p> <p>“...los casos ingresan desde los tribunales del crimen...” “...del los tribunales de menores, y de el consultorio...”</p> <p>“...llegan del centro regional de los derechos del niño, de todas las instituciones que puedan detectar casos y calificar...”</p> <p>“...por demanda espontanea pero para nosotros la experiencia ha sido mala ya que, ingresa el caso</p>

se le hace la evaluación, se trabaja para la posterior intervención, y ha sucedido que los casos no vuelven más".

En esta dimensión las respuestas varían bastante, ya que cada centro tiene distintas líneas de funcionamiento, por lo tanto distintas formas de ingresar a los niños(as). En general, en todos los centros ingresan por demanda espontánea, exceptuando el CEPIJ de Lo Espejo, en los demás si se realiza esta modalidad, en algunos centros llegan calificados, es decir, aquí se constata que ocurrió una situación de abuso sexual o maltrato grave.

Los casos llegan de los CODA, de los Tribunales de Justicia, de los Tribunales de Menores, CAVAS, en general derivados de cualquier institución que trate este tema, También en las redes comunitarias, como son los colegios, consultorios, jardines infantiles, etc.

Esto demuestra que existe, una red bastante amplia que trabaja con los niños abusados, la cual se relaciona eficientemente cuando hay que derivar casos. Por otro lado es importante destacar, que según por otros datos entregados estos centros no se relacionan periódicamente, más que nada lo hacen solo para derivar.

6.- ATENCION DE CASOS EN DUPLAS

6° DIMENSION	RESPUESTAS
Atención de Casos en Duplas.	"...esta es una pregunta muy compleja, trabajo en duplas tiene varios niveles, por que por una parte tu tienes que saber siempre hasta donde llega tu conocimiento y que en la parte de tu dupla aunque

tu lleves mil años trabajando tu no eres psicólogo, o asistente social, y hasta aquí no conozco ninguna persona que haga las dos cosas

"...nosotros hacemos el ingreso del menor casi siempre en equipo, al menos que halla una situación puntual, el ingreso es con la familia, se conoce la historia de la situación, se acuerda de que el niño este presente o no, nos presentamos con el adulto, luego hacemos un encuadre y comenzamos el trabajo individual, solo con el niño y la Asistente Social comienza un trabajo paralelo con los padres, aspectos sociales vinculados a la situación del caso, aspectos legales. La psicóloga por otro lado, realiza un diagnóstico, calificación en algunos caos, se realiza un proceso de seguimiento, a para evaluar si ocurrió o no la situación abusiva en el caso..."

"...Aquí yo creo que esta repartida la función entre los profesionales que atienden, por un lado la asistente social esta preocupada con el tema de la protección de los niños todo lo que tenga que ver con el control social ya sea a través de la escuela, o del consultorio y de la familia. Por otra parte el psicólogo tiene que ver con toda la parte terapéutica, la parte hacia donde a punta la reparación en lo terapéutico, la elaboración del trauma y ahí el psicólogo dirige la sesión y el asistente social hace el rol de coterapeuta, no es su especialización lo terapéutico pero igual hace el rol..."

<p>“...acá el proceso es el siguiente., el caso que ingresa a diagnóstico, también es atendido por una dupla, un psicólogo y un asistente social hace el diagnóstico que puede durar unas cuatro a cinco sesiones en la cual se hace una entrevista individual del niño, una evaluación psicométrica, visitas domiciliarias, con todos los antecedentes que se necesitan para hacer un diagnóstico, si el caso lo amerita es derivado a terapia, se deriva internamente a terapia familiar, tanto en diagnóstico como en terapia, se trabaja en duplas, lo que significa en la mayoría de los casos entra la dupla a atender y hacemos juntos coterapia...”</p>

Las respuestas arrojadas en esta pregunta, muestra que la atención de duplas se da en varios ámbitos y de distintas formas dependiendo de cada centro; el Trabajador Social se preocupa de la protección de los niños, se relaciona con la escuela, consultorio, y a través de la familia extensa y todo el apoyo social que el caso requiera, y el psicólogo con toda la parte terapéutica; en otros centros el ingreso del menor es en conjunto, se hace un diagnóstico y comienza el trabajo individual solo con el niño, y van trabajando paralelamente con los padres.

La Asistente Social se encarga de los aspectos sociales vinculados con el caso y aspectos legales (medidas de protección, tribunales), esto demuestra que el trabajo en duplas esta bien coordinado, pero no en todos los centros la dupla psicosocial trata el caso en conjunto, es decir, que el psicólogo a veces realiza la terapia por separado y el asistente social realizara la visita domiciliaria, pero en conclusión el caso se analiza conjunto con las duplas psicosociales.

7.- ATENCION PSICOSOCIAL CLARAMENTE DEFINIDA

7ª DIMENSIÓN	RESPUESTAS
Atención Psicosocial	<p data-bbox="509 318 1192 396">"...Se van entremezclando pero es bien importante respetar la especificidad de cada disciplina".</p> <p data-bbox="509 466 1192 690">"...Acá los psicólogos hacen terreno e intervención con las familias en la casa y van juntos con la asistente social, pero son situaciones extraordinarias ya que en la mayoría de los casos la asistente social va sola".</p> <p data-bbox="509 760 1192 985">"...La denuncia la hace la asistente social, pero eso no implica que el psicólogo valla a un domicilio junto con la asistente social, ya no sería una visita propiamente tal, sería una intervención en la casa".</p> <p data-bbox="509 1054 1192 1528">"...En el sentido de que el trabajador social no es psicólogo y la psicóloga no es asistente social, por su puesto que hay traslape o si no te estaría diciendo que no hay atención en duplas, pero si hay definición en que la parcela de cada una en la parte técnica, uno tiene que tener respeto, de preguntarme por que esto y no lo otro y es importante acordarse de eso sobre todo cuando uno lleva hartos años trabajando en eso y lo ha vivido, y uno cree que sabe".</p> <p data-bbox="509 1598 1192 1823">"...Yo creo que pasan dos cosas, una es que claramente el trabajador social y el psicólogo tienen una percepción distinta, esta claro, y en el fondo uno se va diferenciando en el trabajo que hace pero hay trabajos que se hacen de manera</p>

	<p>conjunta.”</p> <p>“...Los campos están bien delimitados en términos de funcionamiento, pero hay momentos en que se entremezclan, nosotros también hacemos visitas domiciliarias, que supuestamente lo haría solo la asistente social, yo también participo de esto, un poco para conocer la realidad familiar”.</p> <p>“...Esta claramente definida, y hay una instancia en donde se unen, que es la parte como de elaboración y sugerencia propiamente tal, como de un informe de un caso”.</p>
--	---

Por las respuestas entregadas, se traduce que la labor de ambos profesionales si esta definida, como por ejemplo:

“...en el sentido de que el Trabajador Social no es Psicólogo, y el Psicólogo no es Trabajador Social, por supuesto que hay traspase o sino te estaría diciendo que no hay atención en duplas...”

“...se van entremezclando, pero es bien importante respetar la especificidad de cada disciplina, no le pueden pedir a la Asistente Social que haga terapia, pero los psicólogos hacen terreno y hacen intervención con la familia en la casa..”

Bueno dado a estas respuestas se refleja, que esta bien definida, que cada uno de los profesionales sabe lo que tiene que hacer, pero llama la atención de que en algunos casos los Psicólogos argumentan que ellos sí pueden realizar funciones que son de la Asistente Social, como visita domiciliaria, etc. pero que al revés los Asistentes Sociales no pueden

realizar funciones que corresponden a los psicólogos, como por ejemplo terapia, esto muestra que existe una cierta contradicción, ya que los psicólogos expresaban que su labor esta clara y que nadie más la puede realizar.

8.- REUNIONES DE EQUIPO

8º DIMENSIÓN	RESPUESTAS
Reuniones de equipo.	<p>“...Nosotros hacemos reuniones de duplas en el trabajo , siempre estamos haciendo espacios para hablar de todos los casos en general o de uno en particular, nos juntamos vemos los casos que van a supervisión, etc. También tenemos reuniones técnicas de todo el equipo completo y además cada quince días tenemos supervisión externa”.</p> <p>“...Tenemos supervisión clínica externa que supervisa casos cada quince días, todos los viernes en la mañana tenemos reuniones de equipo, hay cuatro horas de el horario destinadas a reunión y más horas cuando es necesario”.</p> <p>“...Este año comenzamos ha hacer reuniones clínicas con los CEPIJ, en las reuniones clínicas con los profesionales del CEPIJ nos cuentan en que fase de el tratamiento van, nos juntamos cada dos meses”.</p> <p>“...En rigor deberían hacerse cada quince días (pero no se hacen) , pero como siempre esto funciona en torno como a la emergencia, por que siempre faltan cosas, siempre hay falencias”.</p>

<p>“...En general casi nunca se sale de lo que es el sistema, al almuerzo se puede utilizar también como un espacio para discutir casos”...“Acá no tenemos examinador externo por que hablar de algo que te encuentres entrampados no, solo lo trabajamos en reuniones de equipo”.</p>
--

Las duplas en la mayoría de los casos tienen reuniones de equipo y supervisión externa, sólo en un caso no tienen un horario definido para analizar los casos más importantes, por lo tanto esto se realiza en horario de colación o en los pasillos; en los demás centros cuentan con un horario fijo para reunirse y tomar decisiones en conjunto.

“...En general casi nunca se sale de lo que es el sistema, al almuerzo se puede utilizar también como un espacio para discutir casos”...“Acá no tenemos examinador externo por que hablar de algo que te encuentres entrampado no. sólo lo trabajamos en reuniones de equipo”.

En relación a las duplas específicamente, no están así, las reuniones son con todo el equipo, reuniones solo con duplas no se realizan en todos los centros. Por otro lado, cuando la dupla psicosocial no encuentra solución algunos de los casos pide ayuda a la supervisora externa la que brinda apoyo para la solución del caso.

9.- ATENCIÓN GRUPAL EN DUPLAS

9ª DIMENSIÓN	RESPUESTAS
Atención grupal en duplas.	<p>“...No, también se ha hecho duplas para niños pero eso lo hemos hecho entre dos psicólogos, hasta aquí no hemos hecho trabajo de grupo de duplas básicamente por que se esta atendiendo a tope, entonces no hay un espacio como para plantearse la posibilidad de trabajar en grupos de duplas con niños”.</p> <p>“...Atenciones grupales de niños no, atenciones grupales no hacemos, por que yo creo que para los niños no esta recomendado hacer terapias de grupo yo diría que para adolescentes si, y para adolescente mujeres”.</p> <p>“...No, tampoco realizamos terapias grupales solo se brinda apoyo, contención, orientación, cosas super generales”.</p> <p>“...Atención a grupos no realizamos, puesto que este es un centro que atiende casos no para tratarlos en terapias, ya que es un centro de tránsito y diagnóstico donde se atiende al niño para evaluarlo y luego realizar la derivación correspondiente”.</p>

Categorícamente no se realiza atención grupal en duplas, como por ejemplo:

“...no, solo se han hecho dupla para niños, pero se han hecho entre dos psicólogos...”

Como se mencionaba anteriormente trabajo con grupos no existe y menos atendidos por duplas psicosociales, más bien donde se ha hecho han sido por psicólogos y una terapia, pero en los demás centros no se realiza. Existen las ganas de realizar trabajo con grupos, pero falta tiempo y recursos, son algunos de los argumentos señalados.

En este sentido, por los distintos lineamientos de Sename no se ha estructurado un trabajo de grupo para que lo realicen las duplas psicosociales, esto refleja que faltan algunos proyectos u objetivos importantes como lo es el trabajo social en grupo que falta por realizar.

10.- PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE LOS PSICOLOGOS

10ª DIMENSIÓN	RESPUESTA
Percepción Individual de los Psicólogos.	<p>“...A mi básicamente me gusta mucho el trabajo lo que estamos haciendo, me gusta el hecho de que no estamos nadando en plata, estamos menos mal pagados que otros proyectos, tenemos algo de dinero para capacitación y eso es algo que me gusta mucho de acá”.</p> <p>“...En realidad el proceso que se hace aquí independiente de lo escaso, pero profundo para el niño efectivamente para reparar el daño causado y a la familia para salir del tema de el abuso. Yo me quedo contento más bien satisfecho cuando tengo la impresión y la convicción de que la situación de abuso efectivamente se interrumpió”.</p> <p>“... Yo vengo de el área privada, del área de selección de personal, yo toda la vida me he dedicado al área clínica...”...Considero que la</p>

parte consultaría si por que es mucho más complicada que en otras partes, pero tiene gratificación este trabajo, con hartos dolores de cabeza, con desgaste emocional, yo creo que nosotros venimos con un nivel de estrés bastante alto, pero es gratificante saber que de 200 niños uno puede cambiar...".

"...Me gusta mi trabajo donde estoy me he especializado, existe una buena relación de equipo".

"...Del equipo donde yo trabajo se ha movido poca gente, casi todos llevamos tres años juntos, me preocupo de lo que es autocuidado".

En relación a esta pregunta, los profesionales entrevistados se muestran satisfechos con el trabajo que ellos realizan en cada centro.

Por ejemplo "...yo me quedo contento, más bien satisfecho cuando tengo la impresión y la convicción de que la situación de abuso efectivamente se interrumpió y ese es el gran objetivo de nosotros, el tema de la reparación y el fortalecimiento de los vínculos protectores es una cosa que debería ocurrir de manera ideal inmediatamente después, pero no siempre ocurre eso..."

En esta perspectiva, es importante argumentar lo que plantea Novoa (1992), que la atención psicológica, debe tener una evolución de las víctimas después de los tratamientos, para esto señala que el examen mental debería evaluar las áreas cognitivas (grado de conciencia, nivel intelectual, etc.), emocionalidad y expresión, lenguaje, psicomotricidad, contenido y forma de discurso verbal y su correlato gestual, actitud hacia

el entrevistador y su entorno, coherencia con los antecedentes previos. Es imprescindible llevar registros clínicos adecuados en forma precisa y expedita. En este sentido, lo que el autor plantea es que el tratamiento con los niños debe ser más profundo, para que la evolución sea más favorable.

11.- PERCEPCIÓN DE LOS PSICOLOGOS HACIA LOS TRABAJADORES SOCIALES

11ª DIMENSION	RESPUESTAS
Percepción de los Psicólogos hacia la intervención Profesional de los trabajadores Sociales.	<p>“...es una impresión mía, no hablo por todo el equipo, por que acá la cosa esta bien pareja, pero hay un tema que para mi gusto, y es que hay una suerte de clasicismo se tiende a ver más la intervención del psicólogo que la del trabajador social...” “...yo valoro mucho el trabajo del asistente social, yo creo que todos los que hemos trabajado con duplas con trabajadores sociales nos ha pasado eso y yo me doy cuenta que al abrir la cosa afuera se les hace más preguntas al psicólogo...”</p> <p>“...me parece imprescindible, no podría trabajar en esto sin una asistente social, como también creo que ella no podría trabajar sin mí...”</p> <p>“...En el tratamiento de los casos, lo que en realidad les cuesta a los trabajadores sociales y nos cuesta a todos es ser firme, cuando uno recibe un caso de abuso sexual...”</p> <p>“...el apoyo del trabajador social es muy importante en lo que se refiere en conocer a los integrantes de la familia del niño, y poder obtener mayores antecedentes de la historia familiar del menor...”</p>

<p>“...en ocasiones la parte social es más importante que la parte terapéutica, es decir, sin esa parte no podemos llegar a una terapia...”</p>

En general la percepción de los Psicólogos hacia los Asistentes Sociales es buena, sólo en algunos casos se hacen observaciones sobre la intervención a nivel clínico, como por ejemplo:

“...es una impresión mía, no hablo por todo el equipo, por que acá la cosa esta bien pareja, pero hay un tema que para mi gusto, y es que hay una suerte de clasicismo se tiende a ver más la intervención del psicólogo que la del Trabajador Social...” “...yo valoro mucho el trabajo del Asistente Social, yo creo que todos los que hemos hecho trabajo en duplas con Trabajadores Sociales nos ha pasado eso y yo me doy cuenta que al mostrar la situación afuera se les hace más preguntas al Psicólogo...”

En este sentido, la profesional entrevistada se refiere, a que el trabajo del Asistente Social es menos valorado en términos de lo que las cifras e investigaciones hablan, más que nada estas se refieren al daño psicológico de los niños abusados sexualmente, o cuantos abusadores se sometieron a terapia, de la dinámica familiar, etc., es decir, la intervención del trabajador social pasa hacer un poco invisible en términos de números, pero esto no quiere decir que sea menos importante, ya que los psicólogos argumentan que sin el apoyo del asistente social sería imposible trabajar, por ejemplo, pedir medidas de protección, mandar informes a tribunales, vincular a la familia al tratamiento, esa es labor que solo lo hace el trabajador social.

12.- OBSTACULIZADORES EN LA INTERVENCION DE LOS TRABAJADOR SOCIALES

1º DIMENSION	RESPUESTAS
<p>Obstaculizadores en la Intervención de los Trabajadores Sociales.</p>	<p>“...de formación clínica, pero no se le puede pedir a un trabajador social que sepa eso, formación clínica en el sentido de atención clínica, de casos de abuso...”</p> <p>“...eso no se identifica acá, pero nos ha tocado encontrarnos con asistentes sociales de tribunales por ejemplo que les cuesta creerles a los niños, que no se preocupan realmente, de repente están más centrada en el discurso de los adultos y no creen que los hechos ocurrieron, y no se preocupan de controlar la situación a futuro...”</p> <p>“...una de las dificultades que tienen los asistentes sociales, en realidad que tenemos todos es cuando hay un caso de querrela por abuso sexual y se detiene al agresor que precisamente es el jefe de hogar, sucede que la familia se queda sin sustento, entonces esto es super difícil...”</p> <p>“...yo soy muy rígido en algunas cosas, no sacas nada con ser trabajador social y psicologo, la cosa se va entremezclando, pero en términos de conocimiento, no en términos de roles, si tu no diferencias los roles y determinas que es que, te vas a complicar...” “...nosotros definimos bien los roles y funciones, en general todo se conversa...”</p> <p>“...las responsabilidades están claramente definidas, se toman decisiones en conjunto, realizamos</p>

	<p>evaluaciones en conjunto..."</p> <p>"...yo trabajaba antes en un proyecto de abuso sexual y maltrato y el trabajador social era muy valorado principalmente relacionado con esto de ir a terreno, de mostrarte de una u otra forma el mapa familiar, de conocer a todos los integrantes de la familia..."</p> <p>"...los obstáculos están dados por la falta de vehículo, el peligro inherente a que están sometidos, ya que se tienen que ir a meter a poblaciones a determinada hora para encontrar a la familia, porque si es demasiado tarde no están o es más peligroso, yo creo que esas son labores riesgosas y no valoran mucho..."</p>
--	--

Por las respuestas arrojadas en esta dimensión, los profesionales nombran algunos de los obstáculos con los cuales se enfrentan los trabajadores sociales en su intervención, como por ejemplo:

"...de formación clínica, pero no se le puede pedir a un trabajador social que sepa eso, formación clínica en el sentido de atención clínica, de casos de abuso..."

En esta afirmación, se ve que uno de los obstáculos sería la formación académica de los Trabajadores Sociales, en el caso específico de trabajar con niños abusados, se necesita que el Asistente Social maneje un poco de terapia clínica, para hacer de coterapeuta en conjunto con el Psicólogo, lo que en la formación académica de los Asistentes Sociales no está incluido.

Por otro lado, otro obstáculo que es importante nombrar dicen los Psicólogos, es el riesgo que corren los Asistentes Sociales al realizar visitas domiciliarias en poblaciones marginales, en horarios que no son los más adecuados, esto sucede por falta de vehículo, que muchas veces los centros no tienen recursos, y esto no es valorado por todos los profesionales, y en ocasiones ya que en ocasiones es una labor peligrosa.

13.- RELACION CON OTRAS INSTITUCIONES

13ª DIMENSION	RESPUESTAS
Relación de Institución con otras Redes.	<p>“...tenemos una educadora comunitaria, que en la práctica es nuestro nexo con el mundo, y que consigue cosas increíbles con instituciones que no sabía que existían...”</p> <p>“...se trabaja con los CEPIJ Lo Espejo, Pudahuel y con el CAVAS, que son con las tres instituciones, si hay más desconozco. Por otro lado, nos relacionamos con el hogar de Cristo, dependiendo del caso, puesto que el Hogar de Cristo tiene muchos programas para las familias de escasos recursos...”</p> <p>“...SENAME, CAVAS, Municipalidades, colegios, centros de salud, nos relacionamos con todas las entidades que tengan que ver con la familia, nuestro objetivo es que la familia pueda tener una mayor participación social y visibilidad social en los casos de maltrato y abuso esas son las características principales con las familias aisladas socialmente, entonces lo social, es super importante, a veces más importante que lo terapéutico...”</p>

"...CAVAS derivamós, CEPIJ, COSAM, Hogar de Cristo y tribunales de Menores..."

"...lo que se esta tratando ahora es vincularse con PREVIF del Calvo Makena y con el CODIFA..."

"...nosotros en rigor atendemos a tres comunas, Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado, pero en realidad atendemos algún niño de Quinta Normal, Maipo, los que están cercanos y pueden viajar, también Independencia..."

En general entre las instituciones entrevistadas existe comunicación constante, esto no quiere decir, que todas se relacionen entre si, pero si lo hacen con la que más lo necesitan, es así como los CEPIJ mantiene contacto con SENAME, CAVA, Colegios, Consultorios, en realidad con todas las entidades que tengan que ver con la familia, esto quiere decir que a veces lo social es más importante que lo terapéutico, ya que en otros centros existe también un tema socioeducativos para que las familias utilicen de buena forma las redes que existen en la comuna, es decir, que la familia aprenda a ir al consultorio, etc.

Finalmente cabe señalar, que las redes institucionales encargadas de esta problemática, están en constante interacción, en todo lo referente a apoyar a las familias de los menores abusados sexualmente.

1.3.- PRIMER ANALISIS DE LOS DATOS DE LA ESCALA DE LIKER

• ASISTENTES SOCIALES:

El análisis de la escala de Likert que aquí se expone representa la opinión de siete Asistentes Sociales de centros pertenecientes a SENAME que trabajan en conjunto con un Psicólogo (duplas psicosociales) en el tema de los derechos del niño. Para el análisis de estas entrevistas se utilizó la metodología de Hernández Sampieri la que nos ayudara a entender si cada uno de los entrevistados tiene una **“Actitud favorable o desfavorable con respecto a si la intervención de las duplas psicosociales con los menores abusados sexualmente es o no eficiente”**, en esta línea reflexionamos frente a las respuestas dichas por cada uno de los profesionales en forma individual.

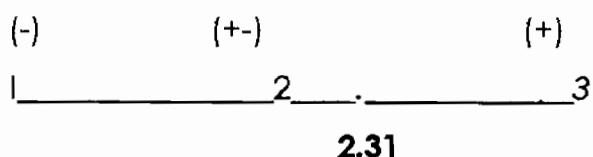
Criterios de evaluación:

3 (+)	Actitud favorable.
2(+ -)	Actitud Ni favorable, Ni desfavorable.
1 (-)	Actitud desfavorable

Los Profesionales encuestados fueron los siguientes:

1.- **Profesión:** Asistente Social

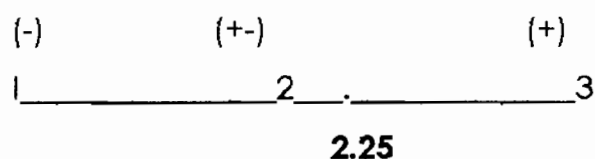
Lugar: Centro de Transito y Diagnostico, Pudahuel.



La profesional demuestra una actitud, que marca una tendencia a evaluar la intervención de las duplas de manera positiva, ya que encuentra que el trabajo de los Asistentes Sociales es eficiente al igual que la de los psicólogos y cree que la labor de estos últimos se encuentra claramente definida. Por otro lado, esta de acuerdo en decir que su institución solo se dedica a derivar casos puesto que en este centro no existe la posibilidad de hacer tratamiento o terapia a los menores y sus familias, lo que no permite realizar un trabajo más acabado con el sujeto. Es por esta situación que la Asistente Social considera que aunque se cumplen los objetivos del centro, que son el ingreso y derivación, se podría hacer más cosas si los recursos y las circunstancias se presentan.

2.- **Profesión:** Asistente Social

Lugar: Centro de Transito y Diagnóstico Pudahuel.

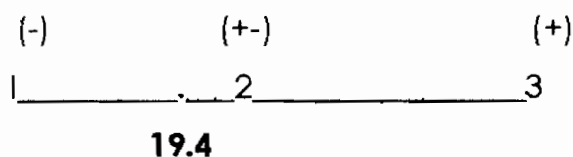


Cabe señalar, que la profesional que responde, pertenece al mismo centro que la Asistente Social anterior, por lo cual se evidencia que en general las opiniones son muy similares, puesto que refleja al igual que su

colega que las duplas psicosociales funcionan de manera medianamente eficiente, ya que su lugar de trabajo también es un centro de Tránsito y Diagnóstico donde la atención cumple los requerimientos del Centro, pero no se realiza un seguimiento de los casos, terapia, Etc.

3.- Profesión: Asistente Social.

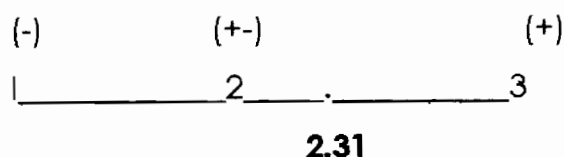
Lugar: Corporación OPCION, Providencia.



Las respuestas se inclinan por la opinión de que la intervención de las duplas psicosociales con los menores abusados sexualmente, es más bien deficiente puesto que en la gráfica se ve claramente que los resultados arrojados se encuentran bajo la media, esto se refleja en en su opinión en la cual no esta ni de acuerdo ni en desacuerdo, cuando se le consulta si las duplas psicosociales funcionan eficientemente.

4.- Profesión: Asistente Social.

Lugar: Centro de Protección Infanto Juvenil (CEPIJ) Pudahuel

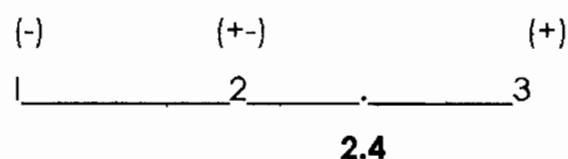


El resultado de este instrumento muestra una tendencia a considerar favorable la intervención de las duplas psicosociales, no en un 100 % pero más elevado que los resultados anteriores, ya que da una sólida respuesta

al considerar que la labor de los trabajadores sociales es muy eficiente al igual que el trabajo desarrollado por los psicólogos, esto se puede verificar además, con la entrevista que ella nos da donde comenta que para solucionar los casos de abuso sexual "...es un irse curando desde adentro hacia a fuera..." y eso lo maneja mejor el psicólogo, pero que por otra parte el Asistente Social es fundamental, puesto que se encarga de tratar todo el entorno del menor, su familia, su historia, para lo cual el trabajar en duplas es más eficiente y se logran resultados más concretos.

5.- Profesión: Asistente Social.

Lugar: Centro de Protección Infanto Juvenil (CEPIJ), Lo Espejo.



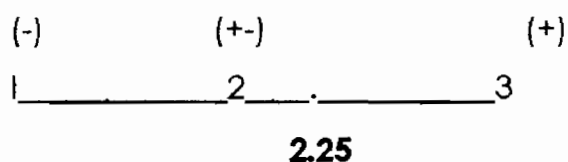
Al igual que el resultado anterior, la entrevistada cree que la intervención de las duplas psicosociales con los niños abusados sexualmente, es medianamente favorable, aunque tiene una actitud un poco más positiva.

Las similitud de respuestas contestadas, se puede traducir en que ambas profesionales provienen del los CEPIJ, donde las Asistentes Sociales tienen un mayor protagonismo en el trabajo con duplas, por lo tanto ella considera que los trabajadores Sociales y Psicólogos, realizan una buena intervención, además no ven que los obstáculos de estos últimos sean problemas de formación académica o su percepción sesgada frente a otros profesionales, si no que más bien piensa que los obstáculos de los psicólogos surgen por la alta cantidad de numero de casos que deben

atender para la cual no dan abasto, pero en general tienen una percepción positiva del trabajo de duplas psicosociales.

6.- Profesión: Asistente Social.

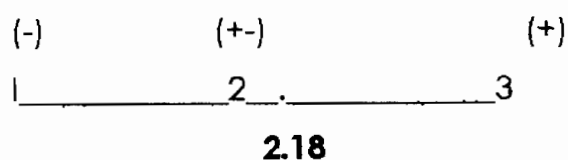
Lugar: Centro de Orientación Diagnostico Ambulatorio, CODA Cerro Navia.



De acuerdo al resultado arrojado la Asistente Social, muestra una actitud medianamente favorable a la idea de que la intervención de las duplas psicosociales es eficiente, ya más bien se inclina por contestar la pregunta N° 2 citada en el instrumento, lo que quiere decir, que no esta ni de acuerdo, ni en desacuerdo cuando se le pregunta por ejemplo si la intervención de los psicólogos con los niños(as) abusados sexualmente es eficiente. En este caso, no se define con claridad las respuestas por lo que se presume escaso conocimiento de labor que los psicólogos desempeñan, en este centro.

7.- Profesión: Asistente Social.

Lugar: Centro de Orientación diagnostico y Ambulatorio, san Joaquín.



Las respuestas de este instrumento delatan una tendencia a estar medianamente a favor con la intervención de las duplas psicosociales con los menores abusados sexualmente, pero por otra parte esta de acuerdo en que los psicólogos tienen un trabajo claro y definido en este tema, pero se contradice al señalar que no esta ni acuerdo, ni en desacuerdo con que las duplas psicosociales realizan una intervención clara y definida.

Podemos concluir, que la entrevistada tiene una tendencia al área más psicológica, puesto que defiende la posición del psicólogo al expresar que este tiene su área de intervención definida, pero cuando se pregunta si las duplas psicosociales realizan una intervención clara y definida, la respuesta de ella varía al no estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo. Lo se traduce, en que no se tiene claro cual es el campo de acción de esta profesional.

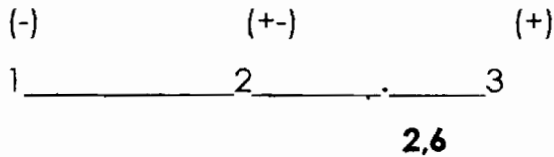
1.4.- PRIMER ANALISIS DE LOS DATOS DE LA ESCALA DE LIKERT

• PSICOLOGOS

Los profesionales encuestados son los siguientes:

1.- **Profesión:** Psicóloga.

Lugar: Centro de Orientación Diagnostico Ambulatorio(CODA), Cerro Navia.



Este cuestionario se basa en medir la actitud de esta profesional frente al tema del apoyo psicosocial institucional que se les entrega a los menores abusados sexualmente.

Por los porcentajes entregados se puede señalar que su actitud es favorable en relación al tema, es decir, considera que en las instituciones públicas evocadas a resolver estos problemas de la infancia, están realizando una intervención que en la práctica tienen resultados concretos. Por otro lado, cabe señalar que el porcentaje arrojado no está dentro de los más favorables, es decir, si su cifra hubiese sido mayor estaría dentro de una actitud muy favorable. Esto quiere decir, que también considera que existen algunas falencias que hay que superar, sobre todo en lo que se refiere al trabajo multidisciplinario, ya que su actitud frente a otros profesionales que trabajan con ella, como lo es el trabajador Social

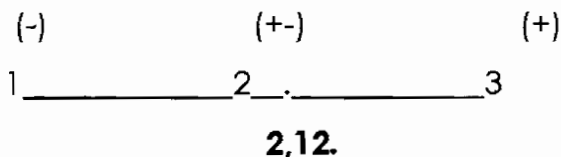
considera que esta poco definida su intervención, y que tal vez en algunas ocasiones sea un problema de formación académica.

En cuanto a su percepción de su propio lugar de trabajo, se demuestra con una actitud favorable en relación a la intervención directa de los psicólogos con los niños.

Pero si hace algunas observaciones al funcionamiento interno del centro, como lo son las duplas psicosociales en cuanto a la intervención que estas realizan, la cual no esta clara y definida frente al tema de el Abuso Sexual.

2.- Profesión: Psicólogo.

Lugar: Centro de Transito y Diagnostico, Pudahuel.



En relación a los resultados arrojados en la entrevista realizada al psicólogo del C.T.D Pudahuel, se puede señalar que su porcentaje esta dentro de una actitud no de lo más favorable, es decir, una actitud intermedia, ya que el demuestra en sus opiniones acerca sobre la intervención de los psicólogos pertenecientes a entidades públicas, que trabajan en el tema de el abuso sexual infantil, considera que no es tan eficiente, y por otro lado que no se obtienen resultados concretos y que exista burocracia, el señala estar de acuerdo con esta afirmación.

Al consultarle su percepción acerca de los asistentes sociales, él considera no estar de acuerdo en que su intervención es muy eficiente, y además señala estar de acuerdo en cuanto a que solo se limitan a la entrevista de ingreso y posterior derivación a otros profesionales. Por otro lado, al consultarle que si uno de los obstáculos con que se encuentra el trabajador social, es un problema de formación académica, él expresa estar de acuerdo con esta pregunta, pero al contrario señala que no sería un problema de poca autovaloración profesional.

En relación a su percepción acerca de el centro en el cual esta inserto su actitud se ve más cercana hacia lo favorable, lo mismo sucede con las duplas psicosociales, consideran que funcionan eficientemente, que su intervención esta clara y definida; pero que no existe una retroalimentación entre los profesionales (Psicólogo, Asistente Social) en relación a los casos.

Finalmente se puede concluir que su actitud esta cercana a lo favorable, pero hay que explicar que se produce un poco de contradicción en sus respuestas, en lo que se refiere a su opinión acerca de los asistentes sociales no es muy favorable, pero si lo es en cuanto a las duplas psicosociales, en la cual su percepción es positiva.

3.- Profesión: Psicólogo.

Lugar: Centro de orientación y Diagnostico ambulatorio, San Joaquín.

(-) (+-) (+)
 1 _____ 2 _____ 3

2.2.

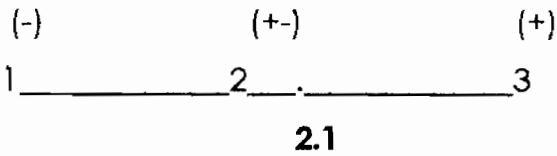
Se debe señalar en relación a los resultados obtenidos en esta entrevista, es decir el valor obtenido en la escala de Likert, que el psicólogo, tiene una actitud cercana a lo favorable hacia la intervención psicosocial con los menores abusados sexualmente. Esto se puede deducir ya que en alguna afirmaciones desfavorables hacia a este tema el se muestra de acuerdo o en una actitud intermedia, como lo es la afirmación si la intervención es muy eficiente o muy deficiente, en estas dos afirmaciones, su actitud intermedia. En otras claramente es desfavorable como lo es en la pregunta N° 3 en donde plantea que la intervención de los psicólogos es burocrática y no se obtienen resultados concretos.

Con respecto a su percepción con respecto a los trabajadores sociales es muy similar a lo anteriormente señalado, ya que no considera ni eficiente, ni deficiente en trabajo de estos profesionales.

Acerca de su actitud donde esta inserto su percepción es muy favorable. En esta perspectiva entra la opinión acerca de las duplas psicosociales que trabajan en este centro, el demuestra una actitud poco definida en lo que se refiere a la intervención de estos, no es completamente eficiente.

4.- Profesión: Psicóloga.

Lugar: Centro de tratamiento Y Diagnóstico Pudahuel.



La profesional entrevistada muestra una actitud no tan favorable de acuerdo al puntaje arrojado en la escala de Likert.

Podemos fundamentar esto con algunas afirmaciones del cuestionario, como lo es la intervención realizada por psicólogos pertenecientes a instituciones públicas con los niños(as) abusados sexualmente, el psicólogo encuestado no la considera ni eficiente, ni deficiente, por lo cual podemos decir que es regular, por otra parte opina que la atención no es burocrática y se obtienen resultados concretos. Lo mismo sucede con la respuesta hacia los trabajadores sociales acerca de la pregunta de que estos solo se limitan a entrevista de ingreso y posterior derivación a otros profesionales, el se muestra estar de acuerdo.

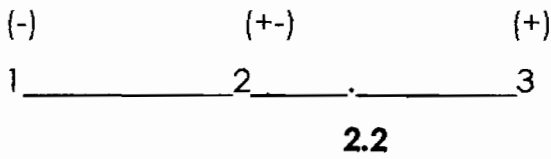
Hay algunas afirmaciones que son desfavorables para el trabajo social, como lo es que uno de los obstáculos que los trabajadores sociales tendrían en su intervención con los menores abusados sexualmente sería un problema de formación académica y poca auto valoración profesional, en donde el psicólogo de este centro señala estar de acuerdo.

Por otra parte, en lo que se refiere a que si su institución se relaciona con otras y deriva casos el se muestra con una actitud favorable, lo mismo se podría señalar en cuanto a la intervención de las duplas psicosociales

donde él considera que funcionan eficientemente, cumplen una función clara y definida y existe una retroalimentación constante entre ellos (Psicólogo- Asistente social), en lo que se refiere a los casos intervenidos en conjunto.

5.- Profesión: Psicólogo.

Lugar: Centro de Protección Infanto Juvenil CEPIJ Pudahuel.



El porcentaje arrojado en esta entrevista, esta dentro de la media, es decir, similar a otros profesionales entrevistado.

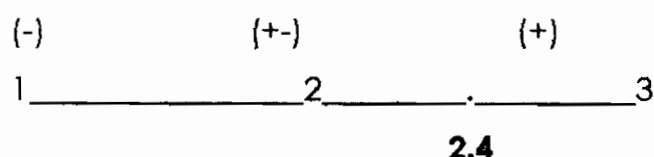
Su actitud se considera favorable según la escala Likert por cuanto a las preguntas expuestas en este cuestionario, como lo es la intervención psicosocial institucional, este demuestra estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo, lo que no es negativo; también se expresa de igual forma en relación a la intervención de los propios psicólogos, de la misma forma lo hace con los trabajadores sociales, especificando que esta ni de acuerdo, ni en desacuerdo, que su intervención estaría obstaculizada por un problema de formación académica, pero esta en desacuerdo de que sería un problema de poca valoración profesional, y lo mismo sucede en que su trabajo no esta tan claro y definido.

El resalta que su institución no solo se dedica a derivar casos a otras instituciones relacionadas con el tema, si no que además realiza tratamiento con los niños y se relaciona con otras redes.

Se puede señalar finalmente, en cuanto a las duplas psicosociales que la intervención de estas la considera ni favorable, ni desfavorable, lo mismo argumenta que el trabajo de las duplas esta poco claro y definido, y la retroalimentación entre las duplas psicosociales no es muy fluida.

6.- Profesión: Psicóloga.

Lugar: Centro Protección Infanto Juvenil.



El resultado de la entrevista muestra una tendencia favorable en relación a otras, pero no es la que arrojo el más alto porcentaje. Sin embargo, la medición de su actitud es bastante positiva en lo que se refiere a la intervención de los psicólogos con los menores abusados sexualmente en donde opina que no es deficiente, es decir, esta dentro del rango de lo normal, en comparación a otras instituciones públicas.

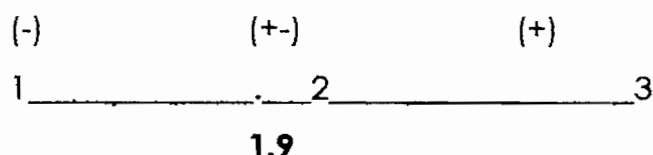
Su opinión varia un poco cuando se le consulta acerca de la intervención de los trabajadores sociales en donde no muestra una actitud muy definida hacia lo favorable ni a lo desfavorable. En cambio la opinión hacia su propia institución, sobre si esta se relaciona (redes) con otras instituciones para acrecentar la intervención que ellos realizan, se muestra más bien indecisa.

Referente a las duplas psicosociales, para esta profesional funcionan eficientemente, pero no tienen una intervención tan clara y definida en la

practica pero si internamente entre las duplas existe una retroalimentación constante en lo que se refiere a los casos ahí tratados.

7.- **Profesión:** Psicóloga.

Lugar: Centro de Protección Infanto Juvenil, CEPIJ Lo Espejo.



Los resultados obtenidos en esta entrevista, donde se aplicó la escala de likert a la psicóloga, en relación a los resultados de los otros profesionales medidos, esto se encuentra en una actitud más cercana a lo desfavorable ya que su puntuación de 1.9, lo que se refleja en la tabla, que esta más a lo negativo.

Esto no quiere decir que todas sus respuestas hallan sido negativas. En cuanto a su percepción con sus pares (psicólogo), considera que la intervención realizada por ellos esta dentro de lo regular, es decir, ni eficiente, ni deficiente. Por otro lado, acerca de su percepción de los trabajadores sociales opina lo mismo, señalando que su intervención esta poco definida en la práctica y que uno de los obstáculos con los cuales se topa los asistentes sociales seria un problema de formación académica.

En relación, a la institución en donde ella trabaja su actitud estaría dentro de lo favorable en cuanto a que sí existe un campo de redes sociales.

En lo que se refiere a las duplas psicosociales, su opinión se encuentra definida entre lo favorable y desfavorable en cuanto a la intervención que estos realizan con los menores abusados sexualmente.

1.5.- SEGUNDA TABULACIÓN INSTRUMENTO DE LIKERT A TRABAJADORES SOCIALES.

Para la siguiente tabulación de la escala de Likert, se utilizó un sistema distinto al anterior, se tabulo pregunta por pregunta sacando un resultado y porcentaje general de las siete escalas aplicadas, elaborando un breve análisis, como una forma de complementar el anterior.

1.- Los Asistentes Sociales pertenecientes a entidades publicas (SENAME, otras) consideran que un 100 % de la intervención que ellos realizan con los menores abusados sexualmente es eficiente, en ese sentido no existe auto-crítica hacia ellos mismos, lo que afecta el crecimiento de la profesion como tal, puesto que consideramos

2.- La intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, es muy eficiente, con respecto a esto se puede señalar que un 71.41 % de los Asistentes Sociales entrevistados, tienen una buena percepción de la intervención de los psicólogos, lo que refleja que para los Asistentes Sociales es de gran importancia el trabajo que estos realizan y que por lo demás es necesario para el desempeño en duplas, pero por otra parte existe un porcentaje de un 28,5 % que muestra estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo, por lo cual creemos que este segmento tiene un cierto desapego y poco compromiso para trabajar con el psicólogo.

3.- En esta respuesta se refleja que un 100% de los profesionales, esta en desacuerdo con lo expuesto en la pregunta, ya que en su totalidad consideran que en el trabajo con los menores abusados sexualmente, se obtienen óptimos resultados, esto se contradice con la realidad puesto que

en el cuestionario aplicado a los Asistentes Sociales algunos creen que estos son algo rígidos en la aplicación de la teoría, y aunque no es culpa de ellos el trabajo en general de las duplas a veces por cuestiones económicas y de poca cobertura no sólo obtiene lo que se quiere, como por ejemplo no se llegan a realizar todos los seguimientos de los casos.

4.- La intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, esta dentro de lo normal (regular) en relación a las otras instituciones, se considera que el 71.4 % de las personas entrevistadas demuestra no tener una percepción definida en relación a la intervención institucional en comparación a las demás instituciones que abordan el tema, que un 28.5 % dice estar en desacuerdo por lo que se especula que ninguno de ellos cree que su institución tenga una operatoria adecuada para tratar esta temática, ya que el 0% de ellos entrevistados esta de acuerdo ante lo expuesto.

5.- En la intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, se puede señalar que un 100 % de los Asistentes Sociales entrevistados, tienen una buena percepción de la intervención de los psicólogos.

6.- Se puede señalar que un 85.7 % de los Asistentes Sociales entrevistados, tienen una buena percepción de la intervención de los psicólogos. En cambio, un 14.2 % muestra no estar completamente de acuerdo, ni en desacuerdo con esta afirmación, lo cual se respalda con la afirmación N° 2, aunque en este caso la pregunta es la misma pero se hace con otros términos, varios de los entrevistados cambian su respuesta, esto muestra poca concentración y compromiso a la hora de responder este

instrumento, lo que ayuda a rescatar las reales impresiones de los trabajadores sociales.

7.- En la intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente un 85.7 % de los profesionales que trabajan en los centros especializados con el maltrato y abuso sexual, consideran que su intervención, no solo se limita a derivar casos, si no que va más allá en la búsqueda de un abordaje integral con los menores. Reflejándose en un porcentaje mucho más bajo de un 14.2 % de las opiniones, una actitud ni de acuerdo, ni en desacuerdo, ya que en ciertos centros solo se realiza el ingreso y luego derivación a diferentes redes relacionadas con la infancia.

8.- En la intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, se ve claramente reflejado que los psicólogos tienen su campo laboral bien acotado y definido, puesto que un 85.7 % de los Asistentes Sociales entrevistados da a conocer que así es, y solo el 14.2 % opina lo contrario. Esto se percibe en el cuestionario anterior aplicado a ellos, donde señalan que en el trabajo con duplas psicosociales, el psicólogo hace la terapia y todo lo que tiene que ver con el episodio psicológico del menor y su familia.

9.- Los obstáculos con que se encuentra el psicólogo en la intervención con los niños y niñas abusados sexualmente, es un problema de formación académica, en ese sentido la mayoría de los entrevistados 71.4 % considera que la formación académica de los psicólogos, no es obstáculo para una mejor intervención con los niños, ya que ellos tienen la formación adecuada para enfrentar este tipo de situaciones, pero por otro lado

existen algunos que creen lo contrario cuando señalan que los psicólogos tienden a rigidizar los enfoques aplicandolos al pie de la letra.

10.- Otros de los obstáculos con que se encuentran los psicólogos en la intervención con los niños y niñas abusados sexualmente, es só percepción sesgada frente a otros profesionales, esto se ve reflejado cuando un 71.4 % tiene una actitud de desacuerdo, en relación a que los psicólogos tienen una percepción sesgada frente a otros profesionales, ya que en general los psicólogos están entendiendo cada vez más que en materia de abuso sexual infantil el trabajar con una dupla social es fundamental para lograr eficiencia en los resultados, ya que sin el asistente social sería difícil integrar a la familia para la solución del caso.

11.- El 71.4 % de los asistentes sociales entrevistados, da a conocer que su institución no solo se dedica a derivar casos, ya que además realizan ingresos y terapias de acuerdo a los recursos y a la situación que se presente, esto se puede verificar en las entrevistas realizadas a los asistentes sociales en el cuestionario anteriormente aplicado. Por otra parte un porcentaje menor de ellos 28.57 % reconoce que esa es la única labor que se hace, en centro como por ejemplo de Tránsito y Diagnóstico cuyo objetivo es ingresar y luego derivar, sin realizar una posterior intervención.

12.- La institución en la cual usted trabaja se relaciona periódicamente con otras instituciones relacionadas con el tema. En esa línea es muy alentador darnos cuenta que entre las instituciones en un 100 % se generan redes de apoyo para tratar el tema de abuso sexual infantil, puesto que todas ellas mantienen un registro de otras instituciones relacionadas con la infancia, pero por otra parte esta relación no es 100 % eficiente, por que muchas veces no existe el cupo para derivar ciertos casos a otros centros,

lo cual no es un problema de las duplas psicosociales si no que tiene que ver con un problema de distribución de recursos que el Estado destina a estos organismos.

13.- Se dice que las duplas psicosociales pertenecientes a instituciones públicas no todas funcionan eficientemente, existe una tendencia que expresa que un 57.1 % cree que las duplas funcionan eficientemente, esto lo podemos afirmar cuando los asistentes sociales expresan que el trabajar con un psicólogo hace que la intervención con los casos sea más integral, donde trabajador social se encarga del entorno que rodea al menor y el psicólogo de la terapia psicológica propiamente tal, pero por otra parte un 42.8 % cree que esto no se da en la práctica, cuando dan a conocer que están ni de acuerdo ni en desacuerdo, ya que algunos piensan que al trabajador social se lo considera como un acompañante secundario cuando se trata de realizar una intervención de los casos.

14.- En este punto se realiza la misma pregunta pero con otros términos, donde se ve claramente reflejado con un 85.7 % de los profesionales, se inclina a estar en desacuerdo a que la intervención de las duplas psicosociales funcionan deficientemente, y con un porcentaje menor de un 14.2 % se demuestra con una actitud poco definida, en ese sentido los entrevistados cambian de opinión alejándose del criterio "ni de acuerdo, ni en desacuerdo", por lo cual se podría decir que aquí los profesionales tomaron mayor conciencia de la pregunta que se le estaba realizando, inclinándose por argumentar que las duplas psicosociales si trabajan en forma eficiente, quizás optaron por este criterio teniendo en cuenta que eficiencia no significa que esto funcione a la perfección, pero si bien es cierto los profesionales de esta área tienen bastante experiencia en este

tipo de trabajo, eso no quiere decir que no tengan dificultades y obstáculos con otros tipo de situaciones.

15.- Las Duplas psicosociales pertenecientes a instituciones públicas realizan una intervención clara y definida, donde un 57.1 % de los Asistentes Sociales están de acuerdo en que las duplas trabajan en forma clara y definida, puesto que señalan que el psicólogo se encarga de realizar la terapia psicológica y él la visita domiciliaria en torno a todo lo que tienen que ver con el medio que rodea al sujeto de atención, pero por otra parte un 42.9 % dice no estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo con lo planteado, puesto que creen que al interior de las duplas el trabajo se va entremezclando generando una retroalimentación entre ambos, donde en algunos casos las circunstancias lo permiten el trabajador social hace de coterapeuta del psicólogo, y este algunas veces acompaña al asistente social a realizar la visita domiciliaria.

16.- En las duplas psicosociales existe una retroalimentación constante en relación a los casos de abuso sexual infantil, ya que todas las personas entrevistadas, es decir, siete profesionales contestaron estar de acuerdo con esta afirmación.

1.6.-SEGUNDA TABULACIÓN INSTRUMENTO DE LIKERT A PSICOLOGOS.

1.- En la intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los menores abusados sexualmente un 57.1% esta en desacuerdo que su interevención es deficiente y un 42.9% dice estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo, lo que da cuenta que los psicologos a diferencia de lo Asistentes Sociales realizan una mayor autocrítica cuando se trata de preguntarle sobre sus propias percepciones, aunque ninguno expresa estar de acuerdo en la deficiencia de su labor, se ve una marcada tendencia a no tener claridad cuando se le realiza esta pregunta y también no estar definido al contestarla, lo que significa que ellos no se sienten apropiados del tema.

2.- En la intervención que realizan los asistentes sociales pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, se puede señalar que un 57.1 % de los Psicólogos entrevistados, no tienen una percepción definida de la intervención de los Trabajadores Sociales, por tanto expresan estar ni de acuerdo, ni en dsacuerdo, lo que da cuenta que los psicólogos no tienen una visión clara del trabajo de los asistentes sociales, en cambio un 28.5 % muestra estar en desacuerdo con esta afirmación, y sólo un 14.2 % esta de acuerdo.

3.- Se dice que un 57.1 % esta de acuerdo que la intervención de los psicologos es burocrática, en ese sentido se vuelve a constatar que los psicólogos tienen una autocrítica para consigo mismo aceptando que su intervención puede ser burocrática y engorrosa, pero existe otro porcentaje que considera que su inetervención no es así (28.5 %), por lo cual que este segmento de psicologos entrevistados considera que la intervención es fluida, y por último sólo un 14.2% no comparte ninguna de

las dos anteriores afirmaciones, lo cual refleja un descontento, que debería mejorar en estos centros que tratan el tema de abuso sexual infantil.

4.- En la intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, se constata, que un 57.1% de las personas entrevistadas demuestra no tener una percepción definida en relación a la intervención institucional en comparación a las demás instituciones que abordan el tema.

5.- En la intervención que realizan los psicólogos pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente se puede señalar que un 71.4 % de los Psicólogos entrevistados, tienen una buena percepción de la intervención de los Trabajadores Sociales, y con un igual porcentaje de 14.2%, demuestra estar de acuerdo, y el otro no está de acuerdo.

6.- En la intervención que realizan los Trabajadores sociales pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, se puede señalar que un 57.1 % de los psicólogos entrevistados, tienen una buena percepción de la intervención de los Trabajadores Sociales. En cambio, un 42.9 % muestra no estar completamente de acuerdo, ni en desacuerdo con esta afirmación.

7.- La intervención que realizan los Trabajadores Sociales pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, el 28.5 % considera que su trabajo sólo se limita al ingreso y posterior derivación, esta situación realmente es verídica en dos de los centros investigados, puesto que corresponden a los centros de tránsito y

diagnóstico los cuales cumplen solo esta función. por otra parte el 71.4 % o esta desacuerdo con esto, pues argumentan que ellos además de realizar ingreso y derivación hacen intervención con los casos.

8.- En la intervención que realizan los Trabajadores sociales pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras) con los niños y niñas abusados sexualmente, podemos ver reflejado claramente que los Trabajadores Sociales no tienen un campo laboral tan acotado, puesto que un 28.5 % dice estar de acuerdo cuando se considera que la labor de los trabajadores sociales esta poco definida, por otra parte un 57.1 % considera que la labor de los trabajadores sociales esta definida, cuestión que favorece positivamente la vision que tienen los Psicólogos con respecto a profesionales del área social.

9.- En relación a los obstáculos con los que se encuentra el trabajador social en la intervención con los niños y niñas abusados sexualmente, la mayoría de los entrevistados con un 85.7 % considera que la formación académica afecta su intervención. por lo tanto se puede señalar que es una opinión bastante crítica de parte de los psicólogos, que no se refleja al momento de responder el instrumento anterior.

10.- Otro de los obstáculos con los que se encuentra el trabajador social en la intervención con los niños y niñas abusados sexualmente, es un problema de poca auto valoración profesional, se ve refleja con un 85.7 % una actitud en desacuerdo a esta afirmación, por lo cual se observa que la percepción de los psicólogos de la intervención de los trabajadores sociales seria en su mayoría un problema de formación académica

11.- Las instituciones solo se dedican a derivar los casos con otras instituciones relacionadas con el tema, se puede señalar que un 71.4 % de los profesionales entrevistados da a conocer que su institución no solo se dedica a derivar casos, ya que además realizan ingresos y terapias de acuerdo a los recursos y a la situación que se presente, esto se puede verificar en las entrevistas realizadas a los asistentes sociales. Por otra parte un porcentaje menor de ellos 28.57 % reconoce que esa es la única labor que se hace.

12.- Las instituciones se relacionan periódicamente con otras instituciones relacionadas con el tema, los resultados obtenidos nos permitió darnos cuenta que entre las instituciones si se generan redes de apoyo con un porcentaje de un 57.1 %, solo seguido con un porcentaje de un 28.5 % afirma que esto no siempre se realiza, y solo un 14.2 % señala que esto no es así.

13.- Las Duplas psicosociales pertenecientes a instituciones públicas funcionan eficientemente. La opinión que vierten los psicólogos en esta pregunta, demuestran que no están totalmente de acuerdo con un 57.1 %, que las duplas psicosociales funciones eficientemente, ya que el trabajo en equipo genera mayor productividad y eficiencia y esto es reconocido por los psicólogos, y solo un porcentaje menor de un 42.9 % señala no estar de acuerdo con esta afirmación.

14.- Las duplas psicosociales pertenecientes Instituciones públicas funcionan deficientemente, lo que se refuta en la afirmación anterior, ya que un 57.1% de los profesionales, se inclina a estar en desacuerdo a que la intervención de las duplas psicosociales funcionan deficientemente, y

con un porcentaje mucho menor pero no menos importante de un 42.9 %, se demuestra con una actitud poco definida.

15.- Se dice que las Duplas psicosociales pertenecientes a instituciones públicas realizan una intervención clara y definida, las respuestas apuntan a que un 57.1 % de los Psicólogos no están ni de acuerdo, ni en desacuerdo, que las duplas trabajan en forma clara y definida, es decir, ellos considera que todavía falta que el trabajo de las duplas psicosociales se consolide más , respetando la labor de cada profesional.

16.-Entre las duplas psicosociales existe una Retroalimentación constante en relación a los casos de abuso sexual infantil. El 100% de los entrevistados muestra claramente que existe una retroalimentación constante entre las duplas psicosociales, ya que todas las personas entrevistadas, es decir, que la mayoría de los profesionales contestaron estar de acuerdo con esta afirmación.

CAPITULO VII

I.- CONCLUSIONES:

Para comenzar estas conclusiones, es importante señalar que este fue un proceso largo, que implicó etapas importantes que se fueron dando en esta investigación.

Este estudio nace de la inquietud de dos alumnas egresadas de la Carrera de Trabajo Social, quienes pusieron todos sus esfuerzos en conocer más acerca de la temática de la infancia, centrándose principalmente en indagar respecto del apoyo institucional actual que las duplas psicosociales entregan a los infantes víctimas de abuso sexual. Dentro de esta perspectiva de investigación, se intentó presentar respuestas positivas que nos permitan, como profesionales y personas, generar la búsqueda de soluciones a la problemática del abuso infantil a menores.

Especulamos que la falta de solución al conflicto antes mencionado, radica principalmente, en conflictos sociales no resueltos a nivel adulto; nos referimos específicamente al tema de la exclusión infantil originada por el consumismo y el individualismo y la falta de valorización del ser humano como tal.

Este trabajo pone en relevancia el trabajo de algunas instituciones que, pese a las dificultades para trabajar en el tema, realizan un trabajo interdisciplinario con estos menores, cada día más eficiente, aunque por el momento, no suficiente.

A través de la presente investigación, no pretendemos demostrar un punto específico, sino que introducimos en este tema, para luego revisar paso a paso el proceso que viven los menores que han sufrido una

situación de maltrato grave y abuso sexual. Dicho proceso comienza en el momento en que son víctimas de abuso y se extiende a todo el período en el que el menor permanece en las instituciones destinadas a su rehabilitación, las que cuentan con múltiples profesionales encargados de buscar las mejores herramientas, para una posterior reparación del daño.

Es importante señalar que la problemática del abuso sexual infantil, no es un tema privativo de Chile o Latinoamérica, sino que es un fenómeno de magnitud mundial. Debido a la complejidad de los factores que lo integran; el abuso sexual a menores se transforma en una espiral extremadamente compleja, de modo que es arduo visualizar donde comienza y donde termina.

En Chile las estadísticas acerca de este fenómeno son alarmantes que, como profesionales del área social, nos es difícil permanecer impávidas observando como las cifras continúan aumentando.

Debido al panorama presentado, se decidió investigar distintas instituciones y el tipo de intervención que allí se realiza desde el ingreso de los menores hasta su egreso. En dicha labor, las duplas psicosociales investigadas (Trabajador social/Psicólogo) presentaron sus puntos de vista, de manera de poder comprender a cabalidad sus áreas de trabajo, el conocimiento y manejo del tema del abuso sexual y la intervención personal desarrollada al interior de la institución a la que pertenecen.

Una vez recopilados todos estos antecedentes, consideramos se hace necesario definir cuál es el apoyo psicosocial real otorgado a los menores sexualmente abusados. Para ello es importante destacar ciertas

diferencias procedimentales al interior de cada uno de los centros investigados.

Primero que nada, nos referiremos a **SENAME**. El Estado ha otorgado a dicha institución la responsabilidad de operacionalizar el compromiso de atender de modo preferencial a los niños y niñas maltratados. Con este objetivo, ha generado un conjunto de iniciativas de atención en el ámbito psicosocial y jurídico, mostrando con hechos concretos, la priorización y el compromiso que el Estado de Chile tiene con este tema. Ejemplo de dicha actitud es el Plan Nacional De La Infancia, el cual posee metas específicas tendientes a mejorar la protección de los niños y niñas que sufren maltrato y abuso sexual, lograr una adecuada atención integral y de urgencia a las víctimas, reducir la incidencia y prevalencia del problema y mejorar y modernizar la legislación vigente.

Concretamente, SENAME desarrolla tres líneas de acción para enfrentar este problema: Atención en Crisis, Area Jurídica y Proyectos Psicosociales.

Junto a este órgano, se encuentran las demás instituciones que pertenecen a SENAME: Institución De Derechos Humanos Por La Infancia Y La Adolescencia y Corporación Opción, el cual desarrolla cuatro modalidades de intervención orientadas a lograr la reparación y restitución a víctimas; desarrolla además el proceso socioeducativo, garantías de Ley y promoción de derechos y ejercicio de ciudadanía.

Una segunda institución en análisis fue el **Centro Tratamiento Y Diagnóstico Pudahuel (CTD)**. En dicho órgano se realiza un diagnóstico integral y se asesora a los tribunales competentes mediante informes. Se ejecuta además las resoluciones por ellos dictaminadas y se intenta lograr

un mejoramiento bio-psico-sociales de los menores víctimas de abuso sexual.

Otra institución en análisis fue el **Centro De Orientación Y Diagnostico Ambulatorio (CODA)**, el cual otorga un sistema de atención de tipo ambulatorio e inspira su quehacer en la convención de los derechos del niño. En su labor, adopta como marco de análisis e intervención, la teoría general de sistema, el enfoque de intervenciones psicosociales a nivel individual y familiar y la articulación de redes sociales de apoyo a los procesos de cambio en el niño(a) y la familia que origina la intervención.

La última institución en análisis fue el **Centro de Protección Infanto Juvenil CEPIJ**. Su trabajo se centra en la acción de un equipo multidisciplinario que brinda atención integral y personalizada a menores que han sido gravemente vulnerados en sus derechos y víctimas de situación de maltrato grave y abuso sexual. Dicha labor se desarrolla en los ámbitos de: intervención terapéutica, social y jurídica, todos ellos orientados a reparar el daño emocional del niño y a asegurar las condiciones adecuadas en el medio familiar y en su entorno social inmediato, de manera que garanticen el cese de las conductas que atentan contra sus derechos.

Del conjunto de antecedentes recopilados, esta investigación arrojó resultados tanto cuantitativos como cualitativos. En su obtención se utilizó la escala de Likert y un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, lo cual permitió conocer con mayor profundidad la opinión de los profesionales que integran las mencionadas duplas.

Debido a que todos estos profesionales trabajan en instituciones pertenecientes a SENAME, todos ellos mantienen como prioridad la protección a los derechos del niño. Dicha observación queda de manifiesto al observar que el total de los entrevistados afirmó que el objetivo fundamental de su institución es la protección de la infancia.

Pese a que todas las instituciones antes mencionadas dicen tener como principal objetivo la protección del niño y sus derechos, no observamos cohesión en cuanto a la expresión de los logros relativos a este tema; nos parece que en la expresión de las metas conquistadas no está presente la mención a un trabajo psicosocial integral que abarque todas las áreas. Algunas de ellas se muestran más débiles que otras y a las duplas psicosociales específicamente carecen de cohesión en sus intervenciones, es decir, de un objetivo común que deje de lado el nombre de cada profesión y ponga en relevancia el carácter de un trabajo en conjunto hacia un mismo fin.

En esta misma línea, nos parece necesario mencionar que de acuerdo a los resultados que arrojó la investigación, los Trabajadores Sociales consideran que su labor se ha visto disminuida frente a la de los Psicólogos; a nuestro juicio, dicha situación debe cambiar puesto que maltrato y abuso sexual infantil se entienden dentro de una misma dinámica social; de modo que sería difícil realizar terapia a un niño sin involucrar a su familia, a sus padres o los adultos protectores de éste. Dicha situación está netamente relacionada con la labor de los Trabajadores Sociales.

El Trabajador Social cual cumple un papel importantísimo en el abordaje de la situación de un menor que ha sido víctima de abuso

sexual, puesto que es él quien está encargado de conocer la historia familiar, el ambiente donde se desarrolla el niño que vivió una situación de abuso y detalles que a primera vista pueden juzgarse mínimos, como la distribución de los dormitorios o las camas al interior del hogar; pues todos estos datos van a permitir que ambos profesionales, se interioricen en el escenario en que está inserto el menor. Asimismo, es el trabajador social quien tiene la posibilidad de entrevistar al abusador en caso de que éste se encuentre dentro del núcleo familiar, pues es él quien es responsable de realizar la visita domiciliaria.

Por otro lado, señalan que los Psicólogos tienden a rigidizar los enfoques teóricos, aplicándolos al pie de la letra, lo cual no permite la flexibilización de la teoría.

En dicha labor, el Psicólogo también cumple una labor relevante, el apoyo que éstos entregan es indispensable pues cuentan con la formación académica adecuada para realizar la terapia psicológica con el niño o niña y manejan técnicas propias que les permiten indagar en los sentimientos y emociones de las personas descubriendo de esta manera, detalles que son trascendentales para realizar una buena intervención en la situación.

Estas aseveraciones no tienen como objeto la desvalorización de ninguno de los dos profesionales que intervienen en las duplas objeto de nuestro estudio, sino que más bien pretenden destacar la labor del trabajador social. Así como el psicólogo no cuenta con las herramientas técnicas, ni la preparación para acercarse al entorno social y familiar que rodea al niño, los Asistentes Sociales no cuentan con una preparación completa en cuanto a técnicas psicológicas, de modo que es

importantísimo comprender que el trabajo de ambos profesionales en conjunto es primordial para lograr una adecuada intervención en el caso de cualquier menor sometido a abusos sexuales.

En este sentido, creemos que como trabajadores sociales tenemos mucho que decir y un gran desafío con nuestros niños y niñas, ya que se ha visto que lo primordial es tomar medidas de control social, educando en todos los ámbitos a través de la familia y las redes sociales.

Concluimos finalmente, que la intervención de las duplas psicosociales institucionales se desarrolla eficientemente. En teoría, sus objetivos y sus logros muestran resultados positivos, pero a través de la investigación pudo constatarse que no existe una intervención integral real entre los profesionales de las duplas psicosociales y que falta un trabajo con más compromiso en términos de equipo, de modo que el concepto de trabajador social y psicólogo se encuentren y se reconozcan en un mismo nivel profesional.

1.1.- PROPUESTAS DEL TRABAJO SOCIAL:

A raíz de este estudio, el que se ha interiorizado en la intervención de las duplas psicosociales de instituciones públicas, con los menores abusados sexualmente, se hace necesario como trabajadoras sociales estar presente en este tema y contribuir en base a esta experiencia de investigación a alternativas y la búsqueda de un entorno adecuado para estos niños que han sufrido una situación de abuso, para esto se propone lo siguiente;

- Desde el estado la creación de organismos encargados específicamente a la atención de los menores abusados sexualmente, aquello permitiría que estos niños no transitarán por distintas instancias repitiendo y reviviendo lo ocurrido.

Por otra parte, se lograría un abordaje mucho más integral para los niños y sus familias, concentrándose todos los esfuerzos multidisciplinarios en un objetivo común.

- Destinar para estas instituciones más recursos, para ampliar la intervención a nivel grupal y comunitaria con el objeto de trabajar en conjunto con las redes comunales, sociales, difundir la prevención y educar a la familia.
- Que exista una mayor sistematización de la información realizada por los trabajadores sociales en el tema del abuso sexual infantil, con el propósito de recopilar las experiencias y de ese modo enriquecer el conocimiento tanto a nivel práctico como teórico de los profesionales.

- La agilización de los casos en el Sistema de Tribunales, con el fin de brindar más seguridad a los niños abusados y sus familias, lo que permitiría una reparación del daño más inmediata.
- Por último un esfuerzo mancomunado, y así desarrollar en conjunto respuestas a esta problemática, partiendo desde los más diversos ámbitos: Parlamento, gobierno, Poder Judicial, Municipio, Sociedad civil, etc. , que provoque modificaciones tanto en el macro sistema cultural, como a nivel de las instituciones y personas.

2.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Alvarez H. (1994): citado por Dayna Glaser y Stephen Frosh, "Abuso Sexual de Niños", Buenos Aires, Argentina, Paidós.
2. Andolfi M. y otros, S/F: **Detrás de la Mascara Familiar** (Introducción, familia e individuo dos sistemas de evolución), policopiado.
3. Análisis de la Legislación Vigente en Chile (1999), **En el Ambito del Maltrato Infantil**, Santiago de Chile.
4. Barudy, Jorge (1999): **Maltrato infantil, Ecología social: Prevención y reparación**, Chile, Galdoc.
5. Beker y Duncan (1985): **Los abusos sexuales**, documento interno, Santiago de Chile, policopiado.
6. Bernaves, Sergio (1992): **Individuo y Familia Una Visión Sistémica**, Barcelona, policopiado, Biblioteca ARCIS.
7. CAVAS, (1999): **Relación entre víctima y victimario de abusos sexual infantil**, Santiago de Chile, documento interno.
8. - Cyrulnik, 1989,1991,1993: Citado por Jorge Barudy(1999) " Ecología para la reparación del Maltrato Infantil Grave", Santiago de Chile, Galdoc.

9. Corporación Opción,(1998): " Curriculum de Gestión, Corporación Opción", Documento interno, Santiago de Chile, Policopiado.

10. Diario La Nación (1999): "Nadie nos oye Llorar", **Diario La Nación**, 06.06.1999.

11. Diario La Cuarta (1994): "Crónicas", Diario **La Cuarta**, 23.01.1994.

12. Diario La Cuarta (1995): "Crónicas", Diario **La Cuarta**, 05.01.1995., Documentación Sename.

13. El Observador,(1998): "Revista Trimestral del Servicio Nacional de Menores", **El Observador**, N°7, Segundo trimestre 1998, Santiago de Chile, Diseño de impresión ASLE.

14. Erdós (1990): **Anuario Estadístico de Pericias Médico Legales, del Ministerio de Justicia**, Chile, Publicaciones Extranjeras.

15. Escaff y Sagües, S/F: **Consecuencias de las agresiones, Sintomatología presentadas por las Víctimas**, Sename, documento interno, policopiado.

16. Fernández Salinas, María Luz V.(1997): **Abuso Sexual en Niñas y Adolescentes, Una Aproximación Cualitativa**, Chile, Foro abierto de salud y derechos reproductivos.

17. Finkelhor (1979): citado por Jorge Barudy (1999), "Ecología Para la Reparación del Maltrato Infantil Grave", Santiago de Chile, Galdoc.

18. García, (1991): citado por Dayna Glaser y Stephen Frosh, "Abuso Sexual de Niños", Buenos Aires Argentina, Paidós.
19. Gissi y Barudy Jorge (1985): "Sistema, identidades , familias y terapias", artículos R.T.S N° 47, Santiago de Chile, policopiado.
20. Glaser Dayna y Frosh Stephen (1997), **Abuso Sexual de Niños**, Buenos Aires Argentina, Paidós.
21. Groth (1978): citado por Proniño (1999), "Documento de Sistematización Teórico Conceptual", Policopiado.
22. Hernández, Roberto; Fernández Carlos y Baptista, Pilar (1991): **Metodología de la Investigación**, México, Mc Graw Hill.
23. Informe Final Comité Maltrato Infantil (1996): **Maltrato Infantil**, Santiago de Chile, Documentación Sename.
24. Larraín, (1996): citado por Dayna Glaser y Stephen Frosh, "Abuso Sexual de Niños", Buenos Aires, argentina, Paidós.
25. Leppe O. Y Soto A. (1994): **Casos de maltrato de niños registrados en el servicio de urgencia del hospital Exequiel González Cortes**, Santiago de Chile, Documento interno.
26. Mendoza Romero Elvira (1991): **La problemática infantil un problema socio político, el problema del niño en México**, w.w.w. gestión y estrategia, departamento de administración. cl

27. Ministerio de Justicia, Sename, Prodeni, Corporación Española(1997): **Una propuesta de maltrato infantil**, Santiago de Chile, Documentación Sename.
28. Milner, Joel. S. (1993), "Características Familiares y del Perpetrador en los Casos de Abuso Sexual y Maltrato", Revista **La Infancia de Latinoamérica**, documento N°1, 1993,Chile.
29. Novoa (1992): **Atención y Evolución de las Víctimas Después del Tratamiento**, Sename, Chile, policopiado.
30. Provoste Patricia, Paula Salvo (1999), **Cero Tolerancia a la Violencia Sexual Contra la Mujer**, Instituto Nacional de la Mujer, Santiago Chile.
31. Rona Eva y Moya Gloria(1989): **Análisis retrospectivo de 15 casos de abusos sexuales de niñas/os del servicio de neurocirugía del hospital San Juan de Dios**, Santiago de Chile, documento interno.
32. Rosselot (1981), citado por Dayna Glaser y Stephen Frosh, "Abuso Sexual de Niños", Buenos Aires, argentina, Paidós.
33. Rubio, Bárbara (1999): "Abuso Sexual Infantil", N° 11, Santiago de Chile, documentación interna Sename, policopiado.
34. Sename (1999): "Orientaciones Técnicas Para La Reparación del Maltrato Infantil Grave", Santiago de Chile, Departamento de Asistencia técnica, policopiado.

- 35.Sename (1997): Revista Trimestral "Guía de Recursos Institucionales Para la Reparación del Maltrato Infantil", Revista **Sename**, S/N, Santiago de Chile.
- 36.Sename (1997): Revista Trimestral "Análisis de la legislación vigente en Chile, en el ámbito del Maltrato infantil", Revista **Sename**, S/N, Santiago de Chile.
- 37.Sename (1997):Revista Trimestral " Experiencias de atención en maltrato infantil", Revista **Sename**, S/N, Santiago de Chile.
- 38.Sename (Mayo 1999): **Orientaciones técnicas para la reparación del maltrato infantil grave**, Santiago de Chile, Centro de documentación del Servicio Nacional de Menores.
- 39.Sernam (1998), citado por Dayna Glaser y Stephen Frosh, "Abuso Sexual de Niños", Buenos aires, Argentina, Paidós.
- 40.UNICEF: (1995): **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**, Santiago de Chile, Sename.
- 41.Weinberg (1985): citado por Jorge Barudy (1999), "Maltrato infantil ,Ecología Social: Prevención y Reparación ", Santiago de Chile, Galdoc.

ANEXOS

3.- ANEXOS

A continuación se presentarán los instrumentos utilizados en esta investigación, los cuales fueron los siguientes:

En una primera etapa se aplicó un cuestionario a 14 profesionales en total, siete Asistentes Sociales y siete Psicólogos, el cuál contenía preguntas cerradas y abiertas. Las primeras poseían categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas, es decir se presentaron a los profesionales las posibilidades de respuestas y ellos tuvieron la posibilidad de circunscribirse a estas; las preguntas cerradas fueron dicotómicas ya que contenían dos o más alternativas de respuestas.

Por otro lado fue necesario para nuestro estudio, contemplar las preguntas cerradas para precisar más los resultados.

No obstante se utilizaran preguntas abiertas, puesto también se deseaba profundizar en la opinión entregada por los profesionales, y de esa manera dar mayor claridad y coherencia al análisis de los resultados.

3.1.- CUESTIONARIO APLICADO A PSICOLOGOS:

1.- ¿ Cómo se manifiesta el apoyo psicológico institucional individual?

1.1 Hacia el niño.

1.2 Hacia la madre.

1.3 Hacia el padre.

2.- Como se manifiesta el apoyo psicológico institucional en las familias de menores abusados sexualmente?

2.1 ¿ Se da en todos los integrantes de al familia?

Sí__

No__

¿Cómo?_____

2.2 ¿ Se da en ambos padres o tutores?

Sí__

No__

¿ Cómo?_____

3.- ¿ Cómo se manifiesta el apoyo psicológico institucional grupal?

3.1.-¿ Se realiza terapia grupal con los menores abusados sexualmente?

Sí__

No__

¿Cómo?_____

3.2.- ¿ Se da con grupos de padres de los menores abusados sexualmente?

Sí____ , ¿ Cómo? _____

No____ , ¿ Por qué? _____

4.- ¿ Que técnicas se utilizan en la atención psicológica?.

4.1 ¿ Cual es su objetivo? _____

5.- ¿ De que manera opera su institución al momento de ingresar un niño(a) abusado sexualmente?

6.- ¿En que consiste la atención de casos en **duplas**?

7.- ¿ Cree usted, en relación al trabajo en duplas psicosociales, que la labor de ambos profesionales se encuentra claramente definida?

8.- ¿En el trabajo en duplas se realizan reuniones periódicas de retroalimentación y discusión de casos?

Sí____ ¿ En que consisten? _____

9.- ¿Se realiza atención grupal en **duplas**?

Sí____ ¿ En que Consiste? _____

No____ ¿ Por qué? _____

10.- ¿Cual es la percepción que tiene Ud. respecto a su intervención personal desarrollada con los menores abusados sexualmente?

11.- ¿ Cual es la percepción que Ud. tiene como psicólogo frente a la intervención profesional del trabajador social con los con los niños abusados sexualmente?.

12.- ¿Cuál cree usted que son los obstáculos con los cuales se enfrenta el trabajador social para realizar una mejor intervención profesional frente al tema?.

13.- ¿ De que forma se relaciona su institución, con otras que abordan la problemática del abuso sexual infantil?.

3.2.-CUESTIONARIO APLICADO A TRABAJADORES SOCIALES:

1. ¿ cómo se manifiesta la atención individual en los centros?.

- Hacia los menores.
- Hacia la madre.
- Hacia el padre.
- Hacia los tutores responsables de los niños abusados sexualmente.

2.- ¿ Cómo se manifiesta la atención individual en terreno?

Hacia los menores.

- Hacia la madre.
- Hacia el padre.
- Hacia los tutores responsables de los niños abusados sexualmente.

3.- ¿ Cómo se manifiesta la atención grupal en los centros?.

- Hacia la familia.
- Hacia los grupos de menores abusados sexualmente.

4.-¿ Cómo se manifiesta la atención grupal en terreno?.

- Hacia la familia.
- Hacia los grupos de menores abusados sexualmente.

5.- ¿ Se entrega atención individual o grupal a los abusadores de menores abusados sexualmente?

6.-¿ Cómo se manifiesta la atención familiar en los centros?.

- Se entrega al grupo familiar en su conjunto.

Sí_____ No_____ ¿ Cómo?_____

- Se entrega a la madre del menor abusado sexualmente.

Sí_____ ¿Cómo?_____

No_____ ¿ Por que?_____

- Se entrega al padre del menor abusado sexualmente.

Sí_____ ¿ Cómo? No_____ ¿ Por que?_____

7.- ¿ Cómo se entrega la atención familiar en terreno?

- Se entrega al grupo familiar en su conjunto.

Sí_____ No_____ ¿ Cómo se entrega?_____

- Hacia la Madre del menor.

Sí_____ No_____ ¿ Cómo se entrega?.

- Hacia el Padre del menor.

Sí_____ No_____ ¿ Cómo se entrega?.

8.- ¿ Cómo se manifiesta el **Trabajo Comunitario** en el tema del Abuso sexual infantil?.

- Como se entrega .
- A quienes se les entrega.

9.- ¿ De que manera opera su institución al momento de ingresar un niño(a) abusado sexualmente?

10.- ¿ En que consiste la atención de casos en **duplas**?

11.- ¿ Cree usted, en relación al trabajo en **duplas psicosociales**, que la labor de ambos profesionales se encuentra claramente definida?

12.- ¿ En el trabajo en **duplas** se realizan reuniones periódicas de retroalimentación y discusión de casos?

Sí_____ ¿ En que consisten?_____

13.- ¿ Se realiza atención grupal en **duplas**?

Sí_____ ¿ En que consisten?_____

No_____ ¿ Por que? _____

14.- ¿Cuál es al percepción que tiene Usted. Respecto a su intervención personal desarrollada con los menores abusados sexualmente?

15.- ¿Cuál es la percepción que Ud. tiene como Trabajador Social frente a la intervención profesional de los Psicólogos con los niños abusados sexualmente?

16.- ¿Cuál cree Usted. Que son los obstáculos con los cuales se enfrentan los Psicólogos para realizar una mejor intervención profesional frente al tema?

17.- ¿ De que forma se relaciona su institución, con otras que abordan la problemática del abuso sexual infantil?

3.4.-ESCALA DE LIKERT APLICADA A TRABAJADORES SOCIALES:

1. ¿La intervención que realizan los **Trabajadores Sociales** pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras), con los niños y niñas abusados(as) sexualmente es deficiente?

1) Muy de acuerdo

2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo

3) Muy en desacuerdo

2.- ¿La intervención que realizan los **Trabajadores Sociales** pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras), con los niños y niñas abusados(as) sexualmente, es muy eficiente?:

1) Muy de acuerdo

2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo

3) Muy en desacuerdo

3.- ¿La intervención que realizan los **Trabajadores Sociales** pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras), con los niños y niñas abusados(as) sexualmente, es burocrática y no se obtienen resultados concretos?:

1) Muy de acuerdo

2) Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo

3) Muy en desacuerdo

4.- ¿ La intervención que realizan los **Trabajadores Sociales** pertenecientes a entidades públicas (SENAME, otras), con los niños y niñas abusados(as) sexualmente, esta dentro de lo normal (regular) en relación con otras instituciones?:

