



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**ABORDAJE DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS:
RECONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL, EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos
ROXANA ALVARADO**

**Profesora patrocinante:
Svenska Arensburg**

Santiago de Chile, enero de 2016

**ABORDAJE DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS:
RECONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO**

RESUMEN

Este trabajo se enmarca en el ámbito de la investigación empírica de corte cualitativo, cuyo eje central ha sido describir, analizar y problematizar las distintas miradas que tienen los profesionales que, desde el ámbito de la salud y de la justicia, han participado en la implementación del programa de atención a víctimas de delitos sexuales, llamado *Sala de Primera Acogida* en el Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR).

Se plantea como hipótesis general que, el primer encuentro dado entre el sujeto que ha experimentado un evento traumático y el Otro (el analista, la institución, la experiencia técnica, etc.), resulta clave para el devenir del trauma. En ese sentido, y a partir de los aportes del psicoanálisis en la línea de la *Clínica de lo traumático*, interesa aproximarse al sentido que ha tenido la atención que se realiza a través del programa mencionado, para los profesionales que se han visto involucrados en su implementación.

Para llevar a cabo este estudio, se realizó un análisis semántico en base a 10 entrevistas realizadas a profesionales de salud y del sector judicial, que han participado en la implementación de este programa. Las entrevistas fueron estudiadas a través de la técnica de análisis de contenido, a modo de visibilizar los significados construidos y compartidos por los distintos actores vinculados a la temática a abordar, cuya efervescencia circula en el relato que transmiten.

Los resultados del estudio descrito, mostraron lo siguiente: (a) este programa genera la definición de un protocolo de atención en el hospital, con el fin de asegurar el resguardo de la intimidad en la primera atención que reciben los pacientes; no obstante, la atención hospitalaria no logra incorporar los aspectos periciales exigidos en la normativa legal; (b) al ser derivados los pacientes a otro Servicio para recibir la atención pericial, se desconoce si continúan o no, en el circuito de atención; (c) se infiere la necesidad de establecer un sistema de coordinación interinstitucional - entre el Ministerio de Salud, Servicio Médico Legal, Ministerio Público, entre otras instituciones vinculadas -

para realizar una evaluación de impacto que mida la efectividad de este programa, en cuanto al cumplimiento del objetivo de evitar la victimización secundaria; (d) se reconoce la necesidad de contar con un tipo de atención de urgencia especial para los pacientes víctimas de violencia sexual, donde el campo de lo psicológico y el tiempo de la urgencia, son muy distintos a los que se manejan en pacientes de urgencias generales; (e) los profesionales de salud que brindan la primera atención, carecen de conocimientos y competencias para otorgar una acogida que permita algún tipo de reconocimiento a la experiencia singular; (f) los entrevistados relatan que se hacen presentes ciertas condiciones privilegiadas a través de su atención, logrando transmitir una información clara y otorgando un espacio privado y personalizado a los pacientes y sus familiares. Sin embargo, aun cuando hay nociones de la importancia de una atención diferenciada a las víctimas de violencia sexual, el personal de salud - en su conjunto - desconoce la relevancia que sus acciones podrían tener en el devenir del tratamiento del sujeto que ha experimentado un evento traumático, y en cómo esto pueda contribuir a la elaboración de lo traumático; (g) se desprende que la aplicación de la *Clínica de lo traumático* en contextos hospitalarios, puede aportar al desarrollo de conocimientos y competencias en los profesionales que realizan la primera atención, realzando los aspectos claves del cuidado, al momento del encuentro que estos tengan con sujetos atravesados por lo traumático; (h) se reconocen como centrales los aportes que el psicoanálisis propone, en tanto releva la importancia del lugar de un Otro como clave de la escucha, que permite dar estatuto de existencia a la experiencia del sujeto; (i) así es cómo la *primera acogida*, podría ser repensada como el cuidado y la escucha en los espacios hospitalarios, de forma que el encuentro que allí se produzca, reconozca el padecimiento subjetivo sin homogeneizarlo olvidando la experiencia singular.

Palabras clave: violencia sexual, víctima, clínica de lo traumático, estatuto de existencia, cuidado

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeras de trabajo, con quienes he compartido esta etapa de aprendizaje en la reconstrucción de estos espacios jurídico-sanitarios a lo largo del país. Gracias por la paciencia y el apoyo.

A mis familiares, amigas y amigos, que comprendieron y me dieron el espacio subjetivo para emprender este proyecto.

A mi abuelo Guillermo, que sin saberlo, es mi principal motivación para terminar este largo proceso.

A mi profesora guía, por sus consejos y orientaciones, claves en la elaboración de este proyecto.

A todos aquellos sujetos —niñas, niños, mujeres y hombres— que en algún momento de su historia han visto vulnerados sus derechos en el ámbito de su sexualidad. A todos ellos, que en su búsqueda singular por encontrar en las instituciones públicas un *otro* que los proteja, escuche o acompañe, se han visto atrapados en las redes de un sistema complejo y burocrático que, a través de sus saberes y sus prácticas, conscientes e inconscientes, si bien intentan otorgar los cuidados que estos pacientes requieren, a su vez reproducen intervenciones que violentan, una vez más, a quienes han sido atravesados por lo traumático.

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES RELEVANTES	1
Formulación del problema	1
Relevancia del problema.....	8
Hipótesis	9
Objetivos.....	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
II. MARCO TEÓRICO	11
Capítulo 1. Violencia sexual y políticas públicas.....	11
El surgimiento de la violencia sexual como problema social	11
La violencia sexual: un debate entre la tortura y la diferencia sexual	13
El abordaje de la violencia sexual en las políticas públicas.....	15
Violencia sexual y lazo social.....	18
La configuración de la víctima en el discurso actual	22
La individuación y psicologización de la violencia sexual a partir de la figura de la víctima ...	28
Capítulo 2. El abordaje de la violencia sexual desde la institución de salud	32
Algunas consideraciones sobre la dimensión del cuidado en la institución salud	32
Acerca de la tensión entre la judicialización entendida como forma de protección y el cuidado desde el ámbito de lo sanitario	37
El juicio de existencia.....	40
Capítulo 3. Violencia sexual y lo traumático en psicoanálisis	42
La dimensión de lo traumático: el evento y la noción de trauma. Una aproximación a su destino patógeno	43
Una aproximación al abordaje de las consecuencias subjetivas de la violencia sexual desde el psicoanálisis	46
Catástrofe psíquica	48
Clínica de lo traumático	49
La clínica de lo extremo	52

La urgencia subjetiva	54
La escucha del Otro en el espacio institucional	57
La dimensión del testigo y el llamado al Otro a partir del testimonio	59
III. MARCO METODOLÓGICO	61
Enfoque de la investigación	61
Elección del lugar.....	61
Diseño muestral	63
Selección de los entrevistados	63
Métodos de recopilación de información.....	65
Entrevistas abiertas semidirectivas	65
Técnica de análisis de la información	66
Análisis de contenido.....	66
Procedimiento de Análisis.....	67
Consideraciones éticas	67
IV. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS.....	68
Objetivo específico n.º 1: proceso de atención que se brinda a los usuarios víctimas de	
violencia sexual en el CASR	70
1. Ingreso	70
1.1. Unidades de emergencia.....	70
1.2. Equipo de maltrato y abuso sexual	70
2. Primera acogida.....	71
2.1. Espacios de atención diferenciados	71
2.2. Recepción de usuarios.....	74
2.2.1. Recepción de usuarios mayores de 15 años en las unidades de emergencia del CASR.....	74
2.2.2. Recepción de usuarios menores de 15 años, por el Equipo de Maltrato Infantil y Abuso Sexual del CASR.....	75
2.3. Importancia de la privacidad	76
2.4. Abordaje clínico de la violación.....	79
3. Derivación	82
3.1. Seguimiento: falta de registro compartido entre las instituciones intervinientes	83
Objetivo específico n.º 2: encuentro con los usuarios atendidos en el CASR	84

1. La violencia sexual como situación crítica para los profesionales de la salud	84
2. Producción de la victimización secundaria en la practica hospitalaria.....	88
3. Impacto del fenómeno de la violencia sexual en la interacción de los profesionales con los usuarios.....	90
Objetivo específico n.º 3: relación a la normativa y procedimiento procesal penal: tensiones en el proceso de atención de usuarios en el CASR	95
1. Posición adoptada por los profesionales de la salud frente a la normativa judicial	96
1.1. Denuncia.....	98
1.2 Examen sexológico forense	104
2. impacto de las disposiciones jurídicas en la atención de salud que reciben las víctimas de violencia sexual	110
V. Discusión de resultados	113
Conclusiones	117
Bibliografía	121

I. ANTECEDENTES RELEVANTES

Formulación del problema

La época actual ha puesto como un eje central, la discusión y el abordaje de la violencia, en tanto este fenómeno “se presta como punto de articulación relevante en el desarrollo de políticas sociales y disciplinarias” (Galindo, 2009). Tanto el fenómeno de la violencia en general, y más específicamente, aquella que impacta a la esfera de sexualidad, son fenómenos sancionados socialmente, así como también, son capaces de generar gran conmoción pública, en especial, respecto a la necesidad de reprobación la magnitud del daño psicológico y físico que este tipo de violencia produce en las víctimas.

Precisamente, un aspecto a considerar en el abordaje de la violencia sexual, es el hecho de que las lesiones físicas que las víctimas pueden presentar, no se relacionan directamente con la magnitud del impacto que esta puede tener en las personas. “Con frecuencia los daños experimentados por la víctima no se limitan a la lesión o puesta en peligro del bien jurídico del que es titular, la víctima sufre a menudo un severo impacto psicológico, que incrementa el daño material o físico del delito” (Ministerio Público, 2010, p. 37).

Un bajo porcentaje de las víctimas de violencia sexual presentan lesiones físicas, siendo muchas más las que presentan secuelas psicológicas, que impactan también al ámbito del desarrollo de su sexualidad. “Los signos físicos muchas veces no se encuentran presentes, en especial bajo las formas de abuso como voyeurismo, exhibicionismo, exposición o participación en pornografía y toqueteos. Los signos físicos pueden estar ausentes, incluso cuando el perpetrador reconoce haber realizado penetración. Algunos estudios señalan que la objetivación del daño físico se logra en tan sólo cerca del 5% de los casos” (Minsal y Unicef, 2011, p. 29).

A partir de los múltiples compromisos internacionales que el Estado de Chile ha ratificado (tales como: Convención Americana de DDHH, 1969; Convención de Derechos del Niño, 1990; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de

Discriminación Contra la Mujer, ONU 1979; Relatoría Especial sobre la Violencia Contra la Mujer, ONU 1994; *Belem Do Para*, 1998, etc.), y en su decisión de hacer efectiva la legislación promulgada (Ley N.º 19.324, 1994; Ley n.º 20.066, 2005; Ley N.º 19.617, 1999), existe una especial preocupación por enfrentar los delitos sexuales, priorizando a aquellos que afectan a mujeres y niños.

De acuerdo a datos aportados por la Unidad de Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar de la Fiscalía Nacional, el año 2013¹, del total de 21.543 denuncias ingresadas, un 82% correspondieron a delitos sexuales contra mujeres y niñas. El total de los delitos sexuales contra menores de edad, correspondió a un 74% de las denuncias. Las altas cifras señaladas, han impulsado al Estado a generar políticas públicas que promuevan la protección del derecho a la integridad física y psíquica de las víctimas de delito, tanto en la medida de sancionar a los que ejercen vulneraciones en cualquiera de sus formas, como a la hora de proteger y ofrecer acciones reparatorias a quienes sufren este tipo de violencia criminal (Ministerio de Salud y Ministerio Público, 2005).

En las distintas formas de violencia sexual, se reconocen especificidades y efectos diferenciados en las personas sobre las cuales se ejerce. No obstante, es ampliamente reconocido que - independiente del tipo de violencia sexual - un aspecto crucial en la atención, radica en el primer encuentro que la persona afectada tiene con la institución encargada de brindarle ayuda. “La percepción que pueda tener la víctima sobre la ayuda que se le va a prestar puede favorecer el descenso de sus niveles de ansiedad” (Navarro, s.f, p. 26), y ser el primer paso para devolver la confianza de la víctima en los otros.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, uno de los conceptos más trabajados con el fin de comprender el impacto de la violencia en la subjetividad, ha sido la noción de lo traumático. Tal como se abordará en el marco conceptual, esta noción

¹ Datos extraídos desde el Informe de cuenta pública 2014, emitido por la Unidad de Especializada de Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar, de la Fiscalía Nacional. Para más información, véase http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/quienes/docu/delitos_sexuales_y_violencia_intrafamiliar.pdf

refiere a un acontecimiento del cual el sujeto no puede dar cuenta si no es por los efectos que tiene en su subjetividad y en las repercusiones en las relaciones que establezca con los otros a futuro. Para el psicoanálisis, los *eventos traumáticos* desarman los anudamientos forjados en el devenir de la vida psíquica, retrotrayendo al afectado a un estado de desarme psíquico, de movimiento y dispersión. Los recuerdos traumáticos “(...) dejan una fosa, una zona de muerte que subsume al sujeto y le impide construir, ligar y proyectar su propia existencia en la vida social” (Cabrera, 2014, p. 17). En esta línea, una acción fundamental para el devenir de lo traumático, es el encuentro que pueda establecerse entre el sujeto y un otro capaz de darle reconocimiento a la experiencia acontecida. Quién, dónde y cómo el sujeto sea acompañado en ese momento, puede resultar un punto clave para el devenir y elaboración de lo traumático.

Esta investigación se inscribe en esa perspectiva, toda vez que el otro, ya sea en el lugar del analista, de la institución, de la experiencia técnica, etc., ocupa un lugar fundamental en el reconocimiento de la experiencia de la víctima, a través del acompañamiento y escucha que pueda prestar en su atención para su tramitación.

Para circunscribir una comprensión acerca de lo traumático y del psicoanálisis como teoría y técnica en ese campo, se realizará un repaso de algunas nociones relevantes, tales como: el concepto de *Catástrofe psíquica*, desarrollado por Rene Kaës (1991); el lugar de la escucha analítica en contextos extremos (Pomiere, 2011); y los trabajos desarrollados por Davoine y Gaudilliere (2011), Aceituno (2012 y 2013) y Cabrera (2014) en torno a la Clínica de lo traumático.

El año 2000 en Chile, con la Reforma Procesal Penal y la Reforma a la Salud se inicia el proceso de modernización del Estado que plantea nuevos desafíos en materia de Políticas Públicas (Ministerio de Salud y Ministerio Público, 2005). Es así como uno de los elementos fundamentales de esta reforma, es el papel que juegan las víctimas de delito, quienes son reconocidas como sujetos de derechos y garantías en el marco del proceso penal (Arensburg, 2011).

Para dar consistencia a lo planteado, se crea el Ministerio Público, que dentro

de las funciones investigativas y de acción penal que deberá cumplir, estará contemplado el encargarse de resguardar los derechos y garantías de las víctimas, es decir, que estas reciban un trato digno, una atención informada acerca de sus derechos, y accedan a protección y reparación de los daños ocasionados por el delito (Castro, 2004).

Con el inicio de la Reforma Procesal Penal (2000), el Estado de Chile establece la responsabilidad del sector Salud de colaborar con la justicia en materia de delitos sexuales². Esto queda específicamente plasmado en el artículo 198 del Código Procesal Penal, el cual señala que *“tratándose de los delitos previstos en los artículos 361 a 367 y en el artículo 375 del Código Penal, los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o privados, deberán practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el hecho punible y a identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar los antecedentes y muestras correspondientes.”*. Asimismo, el artículo 199 del mismo código establece que *“En los delitos en que fuere necesaria la realización de exámenes médicos para la determinación del hecho punible, el fiscal podrá ordenar que estos sean llevados a efecto por el SML o por cualquier otro servicio médico”*.³

A partir de este mandato judicial, los funcionarios de Salud deberán aportar al proceso investigativo con evidencias y antecedentes provenientes de las víctimas. Junto a esto, y apelando a la necesidad de garantizar los derechos de las víctimas, se torna relevante proporcionar desde el sector Salud los cuidados propios de lo que se entenderá por *primera acogida*, con el fin de evitar la Victimización Secundaria (Ministerio de Salud y Ministerio Público, 2005).

² Los delitos sexuales están contemplados entre los artículos 361 a 367 del Código Procesal Penal.

³ Lo mismo se establece en la Ley 19.617 y la Res. Exenta N° 710 del SML (1999), que señala que *“todos lo profesionales de salud de los hospitales, clínicas o establecimientos semejantes, públicos y privados están habilitados para practicar reconocimiento, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el hecho y a la identificación de las personas que han protagonizado el hecho”*.

La victimización secundaria se ha convertido en un término que ha permitido nombrar las dificultades o incluso malos tratos que los usuarios de los programas judiciales o de la salud, experimentan en su proceso de atención. De acuerdo con Montada (1991; 1994) y Albarrán (2003), la *victimización secundaria* se entenderá como “una reacción institucional negativa generada como consecuencia de la victimización primaria, donde la víctima reexperimenta una nueva violación a sus derechos legítimos, cuando la policía, las instituciones sociales y gubernamentales intervienen con el fin de reparar la situación de la víctima, a nivel económico, social, físico y psicológico.”. Asimismo, Berril y Herek (1992) añaden que este tipo de victimizaciones ocurren “cuando los otros (que no han sido víctimas) responden de forma negativa a la víctimas, por su condición sexual, racial, étnica o religiosa” (Botero, Coronel y Pérez, 2009).

Con el fin de resolver o bien de prevenir la victimización secundaria, el Ministerio de Salud y el Ministerio Público inician un trabajo de coordinación cuyo desafío, es integrar los aspectos propiamente asistenciales de la atención en las urgencias hospitalarias, con los aspectos relativos a la judicialización de las personas que consultan por hechos de violencia sexual (Ministerio Público y Ministerio de Salud, 2005). Con esto, se busca generar instancias de articulación que permitan proteger y reparar los daños que la violencia sexual produce en las víctimas - hasta donde ello sea posible - sin desconocer los aspectos propios de la acción penal investigativa, ya que la política pública considera a la judicialización como un aspecto crucial para la reparación.

Para el logro de los fines señalados, se diseñan las *Salas de Primera Acogida* para dar atención integral a las víctimas de delitos sexuales (Ministerio de Salud y Ministerio Público, 2005). En Chile estos dispositivos ubicados en las urgencias hospitalarias comienzan a implementarse el año 2002, basándose en el modelo sudafricano llamado *Thuthuzela Care Centres* que fue implementado en las urgencias, con el propósito de articular “el trabajo de policías, fiscales y personal médico para la atención a víctimas de delitos sexuales y aportar a la persecución

de tales delitos” (Banfi, 2007). El significado de la palabra *thuthuzela* en su lengua originaria es consuelo o acogida.

Este intento de integralidad ha presentado múltiples dificultades en su implementación, partiendo por la complejidad que significa amalgamar la práctica sanitaria con la judicial. Entre ambas praxis se presentan diferencias, tanto en las formas de comprender el fenómeno de la violencia sexual, como en sus maneras de abordarlo. Por el lado del Ministerio Público, se trata de hacer justicia, resguardando los derechos de las víctimas durante el proceso de investigación penal, con el fin de evitar la *victimización secundaria*. Por otro lado, desde los dispositivos sanitarios, el objetivo ha sido el de proporcionar las condiciones necesarias para reestablecer la salud, entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1948). El rol del Ministerio Público será siempre sobre hechos consumados, mientras que el rol del sector Salud abordará la prevención, pasando por el tratamiento y la rehabilitación de los daños ocasionados por la violencia sexual en la salud de las personas. La normativa define que el sistema sanitario adopte procedimientos propios del actuar en materia de investigación penal⁴, lo que hace emerger inquietudes y resistencias en los profesionales de la salud, propias de la dificultad para integrar estas prácticas. Estos desencuentros, finalmente, repercuten en los sujetos que serán abordados por estas prácticas.

Tabla 1: Resumen de las diferencias entre praxis

VIOLENCIA SEXUAL	
PRÁCTICA SANITARIA	PRÁCTICA JUDICIAL
Tiene como objetivo proporcionar las condiciones necesarias para reestablecer la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social.	Tiene como objetivo hacer justicia, resguardando derechos de las víctimas en proceso penal, evitando victimización secundaria.
Se trabaja en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.	Se trabaja a partir de hechos consumados, posterior al daño causado.

⁴ Véanse los Artículo 198 y 199 del Código Procesal Penal, en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=176595>

En la medida en que esta política pública no ha surgido desde una necesidad técnico-profesional, sino más bien, se ha generado a partir de un mandato normativo que exige su aplicación en salud, se puede observar resistencia para que en el sistema sanitario se haga posible su aplicación. Ante esta normativa, los hospitales entonces tendrán que abrir su oferta para que esta población específica sea atendida con los estándares periciales necesarios, tales como médicos capacitados e instrumentación adecuada, sin contar necesariamente con la experiencia técnica ni profesional para realizar las funciones que se le asignan. “A modo de ejemplo, por un lado fiscalía prefiere no derivar a las salas (si no en todos los casos, al menos en algunos dependiendo de la región), debido a la falta de experiencia pericial de los médicos, y por otro lado los médicos a veces argumentan que dichos casos no le son derivados debido a que no poseen los elementos materiales necesarios (tubos para tomar las muestras, refrigerador adecuado, entre otros).” (Banfi, 2007, p. 11).

Tal como se ha señalado anteriormente, a partir de la Reforma Procesal Penal, los servicios de urgencia comienzan a ser receptores de la demanda de atenciones jurídico-sanitarias. Por esta razón, es propicio a los fines de este estudio, poder reconstruir el dispositivo de atención a través del relato de los actores involucrados en la implementación de este programa. En ese sentido, este estudio se focalizará en la experiencia concreta del desarrollo de la *Sala de Primera Acogida* habilitada desde el año 2006, en una de las urgencias del Complejo Asistencial Sotero del Río (CASR). A partir de la descripción de la trayectoria y desde el relato que hagan de esta los mismos profesionales involucrados en la implementación de este programa, interesa analizar cómo se tramita la atención a víctimas de violencia sexual por medio de la implementación de dicho dispositivo jurídico-sanitario.

De esta forma, el foco de la investigación radica en indagar lo que los profesionales de salud dicen del encuentro con los usuarios, del contexto particular en que se da y del sentido que le otorgan a la atención, ya sea desde la operación o desde la gestión, a la implementación de este programa.

En virtud de lo expuesto, interesa aproximarse a una comprensión acerca del

sentido que tiene para los profesionales de la salud, la implementación del programa de atención a víctimas de delitos sexuales en el contexto hospitalario. Indagar esta dimensión de la atención, desde los profesionales implicados en la implementación de esta política pública, adquiere relevancia en la medida que se considera que este primer encuentro es crucial en el impacto que pueda generar la violencia sexual en la subjetividad.

Algunas preguntas orientadoras son: ¿qué profesionales dan atención a las víctimas de violencia sexual en el contexto hospitalario? ¿De qué forma se da esta atención? ¿Qué intervenciones se realizan a las víctimas? ¿Qué es lo que entienden los profesionales entrevistados acerca de la violencia sexual y cuáles son sus consecuencias en quienes la experimentan? ¿Qué es lo que creen que se debería hacer o dejar de hacer frente a esto casos? ¿Cómo perciben el cruce de lo jurídico con lo sanitario en su quehacer profesional? A partir del análisis de estas respuestas, se podrá obtener información relevante para proponer cambios en las normativas orientadoras existentes en la institucionalidad, por medio de la develación de los implícitos que operan en el discurso de los profesionales implicados, y que logren dar cuenta de las consecuencias prácticas que una estrategia como esta, ha tenido en la atención de personas víctimas de violencia sexual que acuden a servicios sanitarios.

Relevancia del problema

La sexualidad constituye para nuestra cultura un terreno de máxima intimidad, y lo es aún más, si esta se ha visto atravesada por hechos de violencia. Ante esto, merece la pena detenerse y replantearse, desde una perspectiva psicoanalítica, en lo que acontece para un sujeto en la develación de un acontecimiento como este, sobretodo si se da en un contexto de emergencia.

Si bien, toda la tradición con respecto al abordaje de la violencia sexual se ha desarrollado a partir del daño, lo traumático, la reparación, etc., la relevancia de esta investigación radica en plantearse la posibilidad de pensar un espacio anterior — del *cuidado*— de la prevención del daño, desde una escucha que se adelante a la

traumatización, a partir del reconocimiento de la situación extrema (Aceituno, 2010; Pomiere, 2011).

Con esta investigación, se busca aportar a la reflexión y discusión acerca del rol de los profesionales de la salud en la atención a sujetos víctimas de violencia sexual, en contextos de urgencia hospitalaria. Estas reflexiones irán en la línea de la clínica de lo traumático y del hacer con respecto a la tramitación subjetiva, como forma de relevar la importancia de este encuentro, a propósito de los cuidados que deben proveerse en estos contextos, para con ello evitar la victimización secundaria. De esta manera, se busca repensar y replantearse las formas de atención que se otorgan en los espacios hospitalarios, para así proponer cambios y sugerencias a las políticas públicas en esta materia.

Hipótesis

Como ya se ha planteado, los aportes hechos desde el psicoanálisis y otras investigaciones, muestran la importancia de lo que acontece o debe acontecer en el primer encuentro con las víctimas, considerado un *momento clave* para el devenir traumático que pueda desencadenarse a causa de la violencia sexual. El primer momento de la atención es especialmente delicado y peligroso, en tanto se presta para situaciones en las que se aísla, estigmatiza, victimiza y culpabiliza al sujeto que experimentó la violencia. Esto se torna especialmente preocupante, en la medida en que se conoce que los hechos de violencia sexual contra las personas se circunscriben en el orden de lo traumático.

De esta forma, se considera que el o los primeros encuentros entre quienes han experimentado un hecho traumático y quienes están del lado de otorgar cuidados, constituye un momento crucial para prevenir la victimización secundaria. En este sentido y en el marco de esta investigación, cabe preguntarse por lo que acontece en estos encuentros entre los profesionales de salud y las víctimas, a modo de conocer si la forma de atención que se da a estos usuarios, en el marco del programa Sala de Primera Acogida en el CASR, permite ser considerada como una vía de tramitación subjetiva de la violencia sexual.

De acuerdo a lo señalado, esta investigación esboza un marco general de preguntas directrices, con las que se pretenderá extraer una comprensión teórico-analítica acerca del sentido que para los profesionales entrevistados ha tenido la atención jurídico – sanitaria que se otorga a partir de la implementación de la Sala de Primera Acogida en el CASR.

Por último, este estudio pretende ampliar la discusión hacia lo que es posible de poner en juego y lo que no, en el primer encuentro con la víctima —quizás el único— en el caso particular de la atención que se otorga a las víctimas de delitos sexuales en contextos hospitalarios, sin dejar de considerar los efectos de la homogeneización en el abordaje de la violencia sexual, que parten de la base de una generalización del trauma y de una individualización del sufrimiento que deja por fuera la posibilidad de considerar los aspectos estructurales de esta forma de violencia en la cultura.

Objetivos

Objetivo general

Comprender el sentido de la atención brindada a los usuarios del programa jurídico-sanitario de atención a víctimas de violencia sexual, denominado *sala de primera acogida*, a partir del relato de los profesionales que, desde la atención y la gestión, han participado de su desarrollo en la urgencia del Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR).

Objetivos específicos

1. Describir y analizar, desde el relato de los profesionales, el proceso de atención que se brinda a las víctimas de violencia sexual en el CASR.
2. Indagar en lo que los profesionales de salud relatan del encuentro con los usuarios atendidos en CASR.
3. Describir y analizar, desde el relato de los profesionales, los efectos de la normativa y del procedimiento procesal penal en el proceso de atención.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Violencia sexual y políticas públicas

El surgimiento de la violencia sexual como problema social

La politización de la sexualidad adquiere relevancia como uno de los ejes centrales del proceso de democratización social (Fassin, 2006). Debates en torno a la no discriminación hacia las minorías sexuales, el matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo, la lucha contra la violencia hacia las mujeres y el debate por el aborto terapéutico en casos de violación, entre otras causales, son tópicos que han ido adquiriendo protagonismo en la discusión pública de los últimos años en nuestro país.

Para Fassin (2006), el proceso democrático tiene como última frontera la politización de las normas sexuales, lo que él llama *democracia sexual*, “justamente porque aparece como el último refugio de una representación inmutable del orden de las cosas [...] debido justamente a la ilusión naturalista que sigue imponiéndose cuando hablamos de sexo, como si el cuerpo mismo no fuera un objeto político” (p. 5).

Hasta hace un par de décadas permanecían invisibles a la crítica, el acoso sexual, la violación intramarital, la heteronormatividad, los reducidos espacios de participación social de la mujer, etc. Esto, debido a que los aspectos pertenecientes a la esfera de la sexualidad no eran concebidos fuera del ámbito de lo natural. El cuestionamiento hacia la sexualidad, su desnaturalización, su transformación en normas sexuales, responde a lo que Fassin llama “una extensión del ámbito de la deliberación democrática” (Fassin, 2008).

En este contexto, la sexualidad deja de concernir al ámbito de la normalidad, para devenir *normada* y desde aquí, entonces, algunas conductas sexuales serán cuestionadas, algunas permitidas, otras prohibidas y condenadas. Los delitos sexuales, aparecen visibilizando la sexualidad, extrayéndola de la esfera de la intimidad, para ser relevada como problemática social. Este paso de lo privado a lo público, puede ilustrarse de manera ejemplar, en el caso de la violencia contra las

mujeres. Esta forma de violencia, hace muy poco, permanecía relegada al ámbito doméstico, cuya resolución se trataba a *puertas cerradas*, en ese espacio estrictamente reservado a la intimidad. Al poco andar, este problema comienza a ser visibilizado como un tema a ser abordado por el conjunto de la sociedad, extráyendose del ámbito intrafamiliar para posicionarse como un problema de competencia estatal. Así es como, “la visibilización de la otra violencia familiar primero, y luego la violencia de género (pasando por la denuncia de otras muchas violencias como la emocional, psicológica, económica, simbólica, mediática, etc.) implicó abrir las puertas de ‘lo privado’, denunciando que en “el Reino del hogar” ocurrían las violaciones a los derechos humanos más cotidianas y silenciadas, que el Estado por lo tanto no podía ignorar.” (Cánaves, 2011, p. 90)

No obstante al avance que significa el haber dado visibilidad a la violencia de género fuera del ámbito intrafamiliar, sigue siendo problemático el hecho de que la visibilización de la violencia de género se haya materializado únicamente a través de la dimensión del Derecho Penal. “Buscar la ayuda del derecho implica muchas veces una revictimización, una invasión simbólica a la experiencia y a la comprensión y puesta en palabras de lo propio. Buscar al derecho para remediar la violencia contra las mujeres, puede terminar entonces creando más violencia” (Cánaves, 2011, p. 91).

La mediación simbólica del derecho sobre esta forma de violencia, ha traído consigo la obturación y la legitimación del silencio, en tanto las víctimas que recurren a esta alternativa, muchas veces, se ven sometidas a una excesiva exposición y cuestionamiento plagado de prejuicios que operan bajo una lógica igualmente violenta. Así es como, “muchas mujeres prefieren, por lo tanto, mantener el problema como uno de índole meramente individual, que pretenden resolver por sí mismas” (Cánaves, 2011, p. 91). Con esto, el derecho actúa como un arma capaz de incrementar la violencia hacia las víctimas, en tanto aísla el sufrimiento, lo individualiza y abarca únicamente la problemática en cuestión, desde la particularidad de caso a caso, diluyendo el contexto social, político y cultural (Pitch , 2003) en el que la violencia sexual se ejecuta. De esta forma, “si el Derecho ha

silenciado las voces de las mujeres durante siglos, no es sorprendente que las mujeres guarden silencio frente a los problemas sociales como problemas jurídicos. Hay un *entrenamiento de silencio* que funciona patriarcalmente a la perfección” (Cánaves, 2011, p. 91). A modo de ejemplificar la acción penal silenciadora de la violencia sexual, se puede advertir que esta acción ha sido sustentada permanentemente poniendo el énfasis en la prueba del consentimiento. Con esta prueba, es la víctima el eje del cuestionamiento judicial. Al tratarse de determinar el consentimiento “es frecuente caer en una revictimización, o un segundo acto de violencia o invasión a la intimidad, ahora en el seno de la justicia [...] Aquí, la justicia probablemente no condene al agresor, y todo el peso de la duda y la investigación del hecho recaigan en el comportamiento de la víctima” (Cánaves, 2011, pp. 94-95).

No obstante a las trampas que esconde el derecho como forma de visibilización de la violencia sexual, se valora el salto dado desde lo privado hacia lo público, en el tratamiento de una forma de violencia que, hasta hace poco, no se distinguía como un problema. “Visibilizar que *lo personal es político* y la violencia *privada* es un asunto tan *público* y urgente para el Estado como cualquier otro, ha formado parte de la agenda feminista durante décadas en todo el mundo.” (Cánaves, 2011, p. 108).

La violencia sexual: un debate entre la tortura y la diferencia sexual

Hoy en día, existe consenso en considerar a la violencia sexual como una violación a los Derechos Humanos. Tomando esta base como punto de partida, se ha dado un intenso debate, específicamente, en torno al fenómeno de la violación, cuya definición, tendrá consecuencias políticas importantes en torno a la manera en que será abordada esta problemática.

Sobre este debate se distinguen dos posturas fundamentales. La primera conceptualización comprende la violación como una forma de tortura. Así lo admitirá Foucault (1978), al problematizar la especificidad de la violencia en la sexualidad. Sobre esto, terminará por afirmar que esta es “*por sí misma* violencia, independientemente de la violencia suplementaria que puede acompañarla o no”

(Fassin, 2008). Si bien esta postura se ha centrado específicamente en determinar el problema de la violación como una forma de tortura, quedaría diferenciada de lo que se entiende como violencia sexual, la que no se limita únicamente a la relación sexual sin consentimiento, sino que abarca “(...) una gama de acciones violentas cuyo denominador común parece ser la diferencia sexual.” (Pitch, 2003b, p. 202).

Así es como, al comprender la violación sin el determinante sexual, esta pasa a ser únicamente comprendida como una forma más de violencia, quedando excluida la forma en que la violación, más allá de la tortura, “da cuenta de la subordinación y opresión de la sexualidad de las mujeres, y de su género en general” (Cánaves, 2011, p. 89). De esta forma, se torna defendible y legítimo argumentar una comprensión autónoma de la violencia sexual, en la medida en que esta “[...] no es sólo violencia, es también sexo. Como tal, es un síntoma de un sistema de dominación patriarcal que se materializa de distintas maneras, entre ellas la violación, oprimiendo y cosificando a las mujeres. Incluir dentro de las torturas en general a la violación, es esconder este síntoma y por lo tanto, invisibilizar aquel sistema” (Cánaves, 2011, p. 89). Esta última forma de comprender la violencia sexual vendría a otorgar visibilidad a un tipo de violencia de género que no se distingue como tal, bajo la figura de la tortura.

En los últimos años, ha ido ganando espacios el considerar la violación como una forma de violencia sexual, es decir, desde un enfoque intermedio que la comprende como una forma de tortura, sin excluir como factor determinante de esta, el hecho de verse atravesada por la diferencia sexual. “Tesis que se relacionan en menor o mayor medida a este enfoque, han sido útiles en el fortalecimiento del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) y del Derecho Penal Internacional, desde perspectivas feministas cercanas al reformismo legal” (Cánaves, 2011, p. 93).

Con este debate, se asume una especificidad con respecto a la sexualidad en la violencia, cuyo abordaje, para Foucault, vendría a representar una nueva forma de control “(...) ya no basado en la conservación del pudor, sino en la protección de las poblaciones o de las partes de las poblaciones consideradas como

particularmente frágiles” (Fassin, 2008). Aquí, Foucault describe un cambio en el modo de abordar la sexualidad en las sociedades democráticas, pasando de la prohibición de ciertas conductas, a la sexualidad concebida como un peligro latente y amenazante, que estaría rondando las relaciones sociales entre hombres y mujeres, adultos y niños, y entre los mismos adultos.

Este tránsito de una sociedad basada en el control, a otra cuyo énfasis se ha puesto en el disciplinamiento como forma de enfrentar una sexualidad concebida como amenazante, latente y peligrosa, es lo que Fassin y Rechtman (2009) llaman *el imperio del trauma*. Hoy en día, es esta representación de la sexualidad la que comanda y moviliza la generación de políticas públicas, cuyo circuito va desde la prevención y detección - en menor medida - al tratamiento y la reparación de los daños ocasionados a las víctimas de violencia sexual. Se le da mayor énfasis a este último punto, en tanto los daños pueden constituir una evidencia para la justicia.

El abordaje de la violencia sexual en las políticas públicas

La sociedad se hace parte de la problemática de la violencia sexual, desarrollando políticas públicas cuyo énfasis recae en la protección de los derechos y garantías de las víctimas. Estos derechos y garantías tienen que ver con evitar la *victimización secundaria*, concepto que tiene su origen en las vulneraciones que viven las víctimas de violencia sexual, al encontrarse con una institucionalidad que, ya sea por falta de empatía o desconocimiento, falla en dar una respuesta oportuna a las personas que han atravesado experiencias traumáticas recientes.

Las convenciones internacionales firmadas por el Estado chileno - principalmente las que buscan garantizar los derechos de las mujeres, niños, niñas y adolescentes - han impulsado el desarrollo de políticas públicas centradas en el abordaje de la violencia sexual que afecta mayoritariamente a esta población. De acuerdo con lo que señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “(...) las niñas y las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexual, no sólo porque constituyen la gran mayoría de las víctimas sino también porque son vulnerables a

consecuencias para la salud sexual y reproductiva” (2013, p. 7).

La OPS, define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (2013, p. 2). La amplitud de esta definición, condiciona la necesidad de establecer Políticas de Estado que vayan desde la prevención a la reparación de los daños físicos y psicológicos ocasionados por la violencia sexual, en un espíritu de trabajo intersectorial que integre los ámbitos de acción que, desde distintos sectores del Estado, vayan en la línea de evitar la *victimización secundaria*. En el caso de Chile, su abordaje ha pretendido unir los aspectos legales y sanitarios, en la medida que las consecuencias de este tipo de violencia se expresan a nivel conductual, social y de salud mental (OPS, 2013).

La violencia sexual ha sido principalmente abordada en Chile, a partir de políticas públicas cuyo énfasis se ha puesto en los aspectos jurídicos a resguardar ante la ocurrencia de delitos sexuales. Estos aspectos se relacionan con la persecución penal de estos delitos y la reparación del daño ocasionado a las víctimas. La reparación ha consistido, básicamente, en la reposición de un cuerpo-psyque violentado, que carga simbólicamente con las características de pasividad, femeneidad, objetualidad, negatividad, etc.

La categorización jurídica de la violencia sexual - plasmada en los *delitos sexuales* establecidos en el Código Penal, y la emergencia de la figura de la *víctima* como protagonista, con la Reforma Procesal Penal (2000) - ha permitido darle una visibilidad social parcial a esta problemática, la cual se aborda a partir de los hechos consumados, desde una lógica posterior al daño. Es decir, en la medida en que existe un alguien a quien identificar como víctima.

Es así como la violencia sexual se hace presente en la realidad social gracias a la aparición de la figura de la *víctima*, quien atestigua los efectos de esta violencia sobre sí, ya sea con las marcas que porta en su cuerpo o a través de su testimonio.

Las consecuencias de la violencia sexual pueden ser visibles o invisibles, no obstante la lógica jurídica consiste en la capacidad probatoria de los hechos denunciados.

Con objeto de responder a la demanda de *hacer justicia* sobre estos delitos, en un gesto de reparación hacia las víctimas, las políticas públicas vigentes han puesto al centro del asunto, al mejoramiento de los estándares de calidad de la pesquisa sexológica forense en víctimas de violencia sexual, para así intentar asegurar la credibilidad de las pruebas, ante un tercero (juez) que así lo reconozca (Ministerio de Salud y Ministerio Público, 2005). No obstante a lo dicho, es preciso señalar que, a pesar de la justicia, en muchos de estos casos se choca con el hecho de que “hay cosas que no se pueden reparar. La cruel eficacia de los traumatismos [...] residen, a escala tanto individual como colectiva, en su dificultad —o tal vez la imposibilidad— de ser reparados sus efectos y de borrar las huellas que ha dejado” (Aceituno, 2013, p. 60).

Otro aspecto a considerar, guarda relación al lugar del testimonio de quienes han sobrevivido, considerando que en la mayor parte de los casos denunciados, la violencia sexual no se traduce en la presencia de signos físicos, sino en marcas a nivel subjetivo. En tal sentido, el testimonio se torna un instrumento crucial del derecho para el reconocimiento de la verdad y la búsqueda de justicia a través de procesos judiciales. “Vistas así las cosas, el testimonio es pues una noción cuya fuerza reposa en la dimensión a la vez individual y colectiva de la memoria y de la palabra que convoca enunciativamente. Como acto, involucra una ética de la enunciación, asociada a los riesgos de tomar la palabra y de implicarse como sujeto” (Aceituno, 2013, p. 73). Sin embargo, se ha visto cómo la justicia responde de mejor forma a pruebas objetivas y demostrables por sí mismas, dando mayor consistencia probatoria a otros medios de verificación, como lo suelen ser las imágenes o los daños evidentes. De esta manera, “el terreno judicial, dominado por la retórica objetivista termina muchas veces instrumentalizando el uso del testimonio, desvirtuándolo o bien expulsándolo como narrativa posible para el proceder judicial, debilitando su fuerza política” (Arensburg, 2015).

En este punto, la política pública basada en la búsqueda de la justicia como medio de reparación, permite abrir la interrogante de si efectivamente, esta dimensión del reconocimiento social que se daría por medio de la condena — conociendo las dificultades de llegar a esta— resulta ser la vía adecuada para que las víctimas puedan retomar el pleno ejercicio de sus derechos y reparar los daños. Si bien, la sanción jurídica, como una dimensión del reconocimiento, resulta de suma importancia para la lucha contra este tipo de violencia, nos encontramos con que “[...] finalmente, la cuestión del trauma —especialmente cuando se expresa en su dimensión *pública* y política, es decir cuando compromete la responsabilidad de un Estado [...] —interroga los límites y posibilidades de la Ley. Es preciso considerar, a mi entender, que la Ley —y esto toca un aspecto central de la subjetivación— no solamente concierne a la Ley pública, heredera del pacto social, como tampoco a su versión privada, bajo la forma del Superyó freudiano y sus efectos de culpabilización. La ley contiene también su propia inaplicabilidad, o incluso su propio exceso” (Aceituno, 2013, p. 65).

Hoy se puede observar que la sanción penal no ha resultado ser suficiente para frenar este tipo de delitos, ni menos para evidenciarlo, en la medida que el carácter de obligatoriedad que tiene todo funcionario público de denunciar la sospecha u ocurrencia de este tipo de violencia⁵, restringe aún más el espectro de visibilidad de estos casos, dadas las particulares características socio culturales en las que se da la violencia sexual. Esto contribuye a que las víctimas de delitos sexuales sigan manteniéndose en el terror del más completo anonimato, en una cifra negra inimaginable.

Violencia sexual y lazo social

Lo que diferencia y caracteriza a quien es víctima de un acto de violencia

⁵El Art. 175 (d) del Código Procesal Penal, establece la obligación de denuncia para todos “los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito”.

sexual, es el aspecto ligado a la invasión sin consentimiento a la intimidad de una persona en el ámbito de la sexualidad. La complejidad que representa este tipo de agresión impacta directamente a lo más propio y privado en cada sujeto. “De esta forma, los delitos de ofensa sexual equivalen a un daño practicado contra esa propiedad privada por antonomasia, afectando su salud física y psíquica” (Massa y Zerba, 2010, p. 188).

Esta violencia se sustenta en una asimetría de poder basal que opera en la sociedad y que media las relaciones entre los sexos, en la cual unos ejercen mayor control y poder sobre otros, considerados más débiles, más vulnerables y a los cuales se transgrede por no considerarse sujeto de derechos, por razones de género. Esto implica reconocer una dimensión relacional jerárquica y desigual entre los géneros, lo cual da origen a este tipo de vulneraciones. Reconocer esta dimensión del problema de la violencia sexual, permite dar una comprensión a esta problemática, que trasciende lo individual y comprende lo personal desde lo político. De esta manera, en “[...] la línea winnicottiana de la destructividad —como tendencia antisocial— ubicamos que, con la violación, el ofensor desafía el marco social más allá del cuerpo avasallado de la mujer” (Massa y Zerba, 2010, p. 189).

Siendo la sexualidad una esfera de la dimensión del ser humano extremadamente íntima y tabú para la cultura occidental, la transgresión que hace de esta quien la vulnera, produce en el sujeto agredido una experiencia extrema de desapropiación de su intimidad, que arrasa con la posibilidad consciente de decidir sobre su propio cuerpo y deseo. Precisamente, “[...] nuestra modernidad terminal se configura bajo la premisa de la preservación del cuerpo, atendiendo a su asepsia y el derecho de cada ciudadano a decidir sobre él, mientras no afecte la propiedad de otro cuerpo. En este marco, el cuerpo debe ser objeto del máximo cuidado, sólo limitado por el derecho del vecino a cuidar del suyo” (Massa y Zerba, 2010, p. 188).

Lo que es capaz de provocar un ataque sexual a nivel subjetivo, se asocia a una reacción en la esfera de lo traumático, que difiere a lo que suele acontecer a víctimas de otro tipo de circunstancias, siendo el ataque a la intimidad “[...] una ofensa a la más cara propiedad, el cuerpo, y contra su función más sutil que articula

la salud física con la psíquica” (Massa y Zerba, 2010, p. 189). Esto demarca la diferencia con otras vulneraciones a nivel psíquico. El suceso traumático producto de la violencia sexual, viene a quebrantar el lazo social, la confianza básica que estructura y hace posible el vínculo con los otros como soporte psíquico.

La víctima de violencia sexual es sometida a la coartación de su voluntad, siendo expuesta a una serie de actos de humillación y degradación, los cuales arrasan con su estatuto de sujeto y con la construcción que ha hecho de sí misma a partir del género. “[...] los crímenes de violencia sexual producen el efecto de que además del trauma experimentado (sentimientos de culpa, inseguridad, indefensión y angustia) dar a conocer lo sucedido puede derivar en su desprecio o repudio. En este sentido, las mujeres temen su destierro emocional y físico” (Barbutto y Moreyra, 2008, pp. 58-59).

Los sentimientos de vergüenza, culpa, temor y retraimiento que suelen presentar las víctimas de violencia sexual, luego de haber sido destituidas de su lugar de sujetos y reducidas al estatuto de objetos, terminan, muchas veces, en la resistencia de estas a hacer público lo acontecido, por la vía de desestimar o desistir de la judicialización. Este fenómeno “[...] nos advierte de la distancia tomada respecto al espacio público-político y nos plantea como interrogante las determinaciones culturales donde pudiera ser la dimensión de lo sexual, lo que fuerza ha reservarlo en el territorio de la intimidad” (Arensburg, 2015).

A su vez, la Comisión Interamericana de Derechos Humano (CIDH), ha constatado cómo en los casos de crímenes sexuales existe una reiterativa y considerable práctica de impunidad, producto de que las mujeres afectadas por estos hechos, optan muchas veces por no denunciar “por miedo a que se repitan o a la humillación pública. Más allá de la falta de denuncia de las mujeres, este caso evidencia la *inefectividad* del acceso a la justicia en los casos de violación” (Cánaves, 2011, p. 100).

En esta línea, la *primera acogida*, es decir, lo que se entiende como el encuentro de la víctima con el otro, será fundamental, en la medida en que ese otro sea capaz de otorgar reconocimiento a la vivencia de quien sufre y permita sostener

algo de lo que ahí se produce. Este actor será un agente crucial para otorgar estatuto de realidad a la experiencia, reconocer el deseo y contribuir a devolver a la persona vulnerada su estatuto de sujeto (Aceituno, 2012).

Sobre esto, es consecuente tener en consideración que la dimensión traumática en víctimas de violencia sexual, debiese ser abordada principalmente a partir de la reconstrucción del lazo social, reconstrucción que se hace con el otro y no prescindiendo de él. En el trauma ocasionado por la violencia sexual, el terreno de la intimidad de un sujeto se ve invadido, se ve transgredido el reconocimiento de uno frente a otro como sujeto deseante, situación que a nivel psíquico remueve los límites de lo propio y lo ajeno, provocando confusión con respecto al lugar del otro y de sí (Aceituno, 2012).

En tal sentido, es crucial el resguardo y respeto por la intimidad en la atención a las personas que han experimentado hechos de violencia en el ámbito de su sexualidad. Se trata aquí de otorgar validez y legitimidad a la capacidad de decidir de estas personas, por ejemplo, con respecto a la realización de un examen, de interponer una denuncia o simplemente, de relatar lo ocurrido. Estos factores suelen ser pasados por alto, ya sea por desconocimiento, descuido o a partir de la acción deliberada por parte de agentes del estado que aplican la política pública que pone el acento en la judicialización de todos los casos, que amparada en la Ley no admite excepciones⁶. Una parte de la restitución o reparación de los daños subjetivos en las víctimas de violencia sexual, está dada por el respeto que los profesionales que intervienen con víctimas otorguen a la posibilidad que tenga esa persona de decidir sobre sí misma, por sobre los intereses que se busquen resguardar desde los campos del saber médico y jurídico. Con esto, se hace referencia al examen sexológico físico y a la denuncia.

Así es como resulta pertinente a esta investigación, plantear la pregunta por el lugar que ocupa el sujeto afectado por la violencia sexual en el entramado social,

⁶ Referirse al Art. 175 (d) del Código Procesal Penal, que establece la obligación de denunciar a todos los funcionarios de salud, ante la sospecha o conocimiento de un delito.

pues “[...] en tanto el ofensor sexual pone a prueba el marco de contención social con su accionar delictivo” (Massa y Zerba, 2010, p. 189), se hace necesario conocer la respuesta que como sociedad se está dando ante esta forma de violencia.

La época actual, se caracteriza por tratarse de “[...] una *sociedad disciplinaria, panóptica* y de *saber*. La cuestión es que es el poder el que determina, a la sazón de sus múltiples dispositivos, el discurso de la víctima y del criminal”. De esta forma, se trazarán modalidades que definirán lo que se entenderá y reconocerá en el papel de víctima, determinando su función social y abordaje. Sobre estas, se dispondrán, a su vez, espacios institucionales para la atención que el Estado proveerá “a la sazón de sus estructuras (jurídicas, policiales, educativas, científicas...) [...] Se le otorgarán todos los beneficios (y penalidades), no por el sufrimiento padecido, sino por la función que ejercen en el seno del devenir social” (Alonso, 2014, pp. 282-283).

La configuración de la víctima en el discurso actual

Antes del daño, no habría un cuerpo que traduzca o encarne la violencia sexual. Así es como el significante *víctima* opera simbólicamente como una forma de reconocimiento a quien sufre un delito de tales características. A partir del reconocimiento de esta figura, la sociedad se ha ido haciendo parte en el enfrentamiento contra la violencia sexual, visibilizándola a través del surgimiento de convenciones, leyes, tratados, políticas, etc.

Si bien el reconocimiento ha dado apertura al abordaje social de este tipo de violencia, no se puede desconocer que, este significante, adquiere un sentido en la medida en que “[...] es producto de una determinada elaboración discursiva” (Alonso, 2014, p. 278). Con esto, se reconoce que la figura victimal ha ocupado distintos lugares a lo largo de la historia, siempre a merced de una disposición de poder que, en una época dada, adquiere cierta funcionalidad, y con ello “determina [...] quien se convierte en víctima de pleno derecho y quien debe ser arrinconado a la región de lo obsoleto” (Alonso, 2014, p. 278).

De esta forma, en la actualidad, la víctima intenta ser presentada como un

margen fuera del discurso, desideologizada, “como víctimas sin más, testimonios vivos del dolor, de la injusticia o de la arbitrariedad [...] Cuando, conviene advertirlo enseguida, son en realidad víctimas que pertenecen a alguna causa” (Cruz, 2012, p. 142).

La Real Academia Española, en una de sus acepciones, define a la *víctima* como “una persona que padece las consecuencias dañosas de un delito” (2015). Si bien la víctima entendida de esta forma permite dar reconocimiento y visibilidad a la violencia sexual como un delito, y por ende, como un problema que confronta a tomar acciones a la sociedad en su conjunto, a su vez se puede observar que esta definición tropieza con la escasez o exceso de sentido develando su efecto paradójico, en la medida en que constata y reproduce el lugar de la víctima como un *ser objeto del otro*, impotente como sujeto de acción. En este sentido, se comprende a la víctima como padeciente, pasiva, objetualizada, expuesta y vulnerable⁷, “[...] es decir, alude a alguien no involucrado en la causa de su padecimiento, en tanto su condición de víctima se define a partir del daño producido por los otros o por el azar” (Alfano, 2010, p. 37).

Es interesante observar cómo la figura de la víctima hoy en día aparece estrechamente ligada al trauma (Alonso, 2014) en un semblante desprovisto de politización. Así, la época actual hace aparecer la figura de una víctima individualizada y psicologizada que, tal cual lo plasma la teoría freudiana, “[...] gozaría de dos formas diferenciadas de relacionarse con el trauma: por un lado, hallaríamos la *repetición* y, por el otro, la *elaboración*.” (Alonso, 2014, p. 279). Si bien, estas dos formas de presentación de lo traumático operarían a nivel psíquico en las víctimas, a su vez, la configuración de la victimización, es resultado del interés de un discurso dominante, para el cual esta figura de víctima cumple una función sostenedora de una forma de poder articulada. En otras palabras, “[...] producto de

⁷Dentro de las acepciones que arroja la RAE para definir el concepto de víctima, están las siguientes: 1) Persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio; 2) Persona que se expone u ofrece a un grave riesgo en obsequio de otra; 3) Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita; 4) Persona que muere por culpa ajena o por accidente fortuito. Estas definiciones aparecen en la RAE, aparte de la ya destacada en el texto. Véase en: <http://dle.rae.es/?id=b1R0t2m>

este contexto discursivo interesado, se daría, en la contemporaneidad, el curioso fenómeno de la *compulsión repetitiva* inducida (Cruz, 2012) donde la repetición que apuntaba Freud, como una de las formas relacionales para con el trauma, no sería el resultado de la desmesura inasumible de la experiencia sino de la invitación – formulada al traumatizado- a convertirse en una víctima reconocida y unánimemente compadecida” (Alonso, 2014, p. 279).

Esto último, se observa en lo que ocurre cuando las víctimas se ven enfrentadas a la burocracia institucional, donde distintos actores intervinientes demandan la repetición incansable de su padecer, lo cual termina por condenar al sujeto a una identificación de la que no puede escapar, pues, como se ha visto, cumpliría una función clave para la causa del discurso dominante. Esta *compulsión repetitiva inducida* vendrá a producir “[...] la necesidad de no olvidar y, por ende, recordar compulsivamente, determinados fenómenos para que, de esta manera, no vuelvan a producirse” (Alonso, 2014, p. 279).

Con esto, la víctima queda presa de su padecimiento, encarnando y reproduciendo un hecho que no cesa de producirse para ella. No obstante, la razón de ser de la eterna constatación de su victimización, guarda relación con un recordar para no repetir. La víctima entonces queda atrapada en su propia identificación, a cambio de inmolarse por la causa social, es decir, por el discurso que la atraviesa. “En consecuencia, presuntamente con la finalidad de extirpar la posibilidad de que una acción traumática se reinicie en futuros cursos de acción, no cesa de inocularse a la víctima su papel de tal, lo cual conduce a que todos aquellos individuos que padecieron tales sucesos no alcancen nunca el sosiego, la paz o se reconcilien con su experiencia” (Alonso, 2014, p. 279).

Así, es posible constatar cómo los procesos de victimización actuales promueven y producen la estigmatización y cosificación de los sujetos –víctimas, en tanto estas se comprenden a sí mismas a partir de lo traumático. Esta lectura de los hechos, es útil al discurso dominante, en la medida en que asegura “la plena construcción de la víctima como figura esencial para favorecer la actual dinámica social” (Alonso, 2014, p. 278).

De esta manera, la víctima aparece desprovista de deseo y, por lo tanto, su función sería traer consigo el mensaje sobre una verdad única de los hechos-, cuyo valor es incalculable para el proceder del Estado en contra del victimario. De aquí, la víctima como depositaria de un testimonio inigualable “se presenta como vía directa de acceso a una verdad más auténtica, más rica, ajena al control de instancias rigurosas o especializadas. Se consume de esta manera la operación mistificadora [...]” (Cruz, 2012, p. 159).

En este margen es que se produce la inconsistencia o desconocimiento factual que trae consigo la víctima, en el sentido de que en los hechos, ese testimonio se encuentra parcelado, disgregado, obturado por la memoria, sin que la víctima pueda dar cuenta de aquella *verdad* en una gradiente lógica y clara. Tal como señala Žižek (2008) “Si la víctima fuese capaz de describir su dolorosa y humillante experiencia de manera clara, con todos los datos situados en un orden consistente, su claridad nos haría sospechar de su veracidad” (Žižek, 2008, p. 13). Con esto se desprende que lo que la víctima porta, en ningún caso correspondería a un testimonio; al contrario, se trataría de un conjunto de experiencias inconexas, que no califican en un orden racional y transmitible de forma coherente.

Frente a esta evidencia palpable, es que el sistema debe ingeniárselas para situar un relato de estas víctimas. Así es como, la institucionalidad excede y difiere su actuar en una cadena de intervenciones en donde aparecen distintos actores-que intentan apropiarse del relato con el objeto de construir la verdad de la víctima. “De esta manera empieza a emerger la figura del testigo, de aquel que puede interceder en la disputa a partir de hacer referencia a su propia experiencia acerca de aquello que se combate” (Alonso, 2014, p. 281). El testigo experto o perito, es el que hablará en lugar de la víctima a fin de clarificar, desde cierto saber, su aproximación a la verdad. Este tercero en escena es quien hará de representante de la víctima, que en su papel de receptor del relato o de interventor en el cuerpo del delito, podrá reconstruir la escena de la víctima. Con este interventor “se empieza a generar toda una superestructura en donde la reclamación de los daños y perjuicios ya no será una interpelación directa, sino diferida puesto que lo esencial será hacer referencia

a la figura del pastor” (Alonso, 2014, p. 281).

Como se puede apreciar, la víctima encarna la transgresión en su cuerpo y en su relato disgregado. A través de esta figura, se erigen y ordenan todas las fuerzas que intentan reparar su daño y con ello, restablecer el orden perdido.

Con estos fines, tomará fuerza el fenómeno de la indagación, con lo cual “[...] los individuos no tendrán en adelante el derecho a resolver, regular o irregularmente, sus litigios; deberán someterse a un poder exterior a ellos que se les impone como poder judicial y político” (Foucault, 1995, p. 75). A su vez, emergerán otras figuras, como la del procurador quien será representante del poder soberano, justificando su aparición como interviniente y sustituto, en defensa de la víctima. En este escenario, se posiciona el poder político como representante de la víctima, en la medida que “[...] el daño no es solamente una ofensa de un individuo a otro sino también una ofensa que infringe un individuo al Estado” (Foucault, 1995, p. 76). De esta forma, se pasa del daño a la infracción, ampliándose la dimensión de la transgresión, que esta vez no está reducida a un individuo en particular, sino que a un orden superior.

Así es como “[...] a la sazón de la indagación, el proceso de victimización será un proceso de socialización, puesto que aquel que ha sufrido presuntamente el daño, ejemplifica el desequilibrio estructural de la sociedad” (Alonso, 2014, p. 282). De esta manera, la figura de la víctima es clave para legitimar el orden establecido, ya que con su sola presencia recuerda que la transgresión es posible, y así mismo reclama la existencia de un orden, poniendo a prueba el actuar de todas las fuerzas del poder vigente. “Es ella, y no el agresor [...] la que lleva tatuado simbólicamente el orden que estructura y jerarquiza lo social. Por consiguiente, la víctima se yergue en la instancia que *legitima el orden*. Su presencia es esencial para que el orden siga funcionando, para que el poder siga ejerciendo su fuerza” (Alonso, 2014, p. 282).

Como ya se ha señalado anteriormente, la víctima es producida por circunstancias históricas y socio-políticas determinadas y funcionales a un poder dominante en cierta época. Sucede entonces que, “la víctima es el resultado de un

determinado procedimiento discursivo, que la categoriza y estigmatiza, de forma interesada, como tal.” Con esto, se desprende que “el relato que garantiza la victimización no goza de una univocidad histórica” (Alonso, 2014, p. 280). Por lo tanto, la significación y funcionalidad que proporciona la construcción de la figura de la víctima hoy, no es el mismo que en otras épocas, en tanto su configuración ha ido mutando a través de la historia, en la medida en que ha servido a distintos fines.

Según Foucault (1995), ya en la época Medieval, se pueden apreciar los orígenes de la victimización como un proceso de excesiva burocratización. Con “el derecho Germano, la lucha se judicializa, se legisla y, por ende, se administra. Ya no es *una lucha a muerte* sino una *lucha burocratizada* y administrada por las instancias legislativas” (Alonso, 2014, p. 281). Ya en esta etapa, la víctima era definida a partir de un daño material palpable, o bien, aduciendo con su solo relato, un presunto daño ocasionado por otro. El acto de reclamación podía provenir directamente de la persona afectada o de la familia de esta. “A partir de aquí se produce la *acción penal*, que no deja de ser el reclamo de la víctima de la reparación o liquidación judicial de los daños” (Alonso, 2014, p. 281).

Esto último es lo que origina la actual configuración contemporánea de los procesos de victimización, en los cuales la víctima ocupa un lugar objetualizado, pasivo y paciente. Dicha concepción de la víctima, la deja exenta de cualquier posibilidad de decisión o acción sobre sí misma, quedando a merced, en primer lugar, del agresor, y más adelante, de la justicia. Con esto, su propia capacidad para “determinar su forma de experimentar y, por consiguiente, dotar de un sentido a lo que le sucede, *comprender* lo que (le) acontece [...] queda completamente anulada. Por consiguiente, la *víctima inútil* o la *compulsión repetitiva inducida* se constituyen en el corolario de la extracción de la agencialidad a la víctima y, por ende, ubicarla en el espacio de la mera pasividad” (Alonso, 2014, p. 290).

Esta extracción de la agencialidad se va ejerciendo en los procesos de victimización proporcionados por el mismo Estado, quien actúa en la eficiencia de una verdadera burocratización de la indignación (Sloterdijk, 2010) mostrando “cómo la indignación se halla gestionada, acumulada y articulada por los estados, partidos,

aparatos burocráticos que eliminan la sabia nutriente de la verdadera fuerza revolucionaria de la indignación.” (Alonso, 2014, p. 279) Estos procesos van produciendo la objetualización y cosificación de las víctimas, siendo vistas, escuchadas, compadecidas y reconocidas como tales, a partir de un otro que las traduce, las contiene, las interpreta, las defiende, etc. Así es como “la víctima pasa a ser una variable más que cumple una determinada funcionalidad en el seno del devenir social (capitalista). Su función, aunque parezca paradójica, no es otra que legitimar el orden existente, en tanto y cuanto corporaliza, como vimos en el análisis foucaulteano del fenómeno, un orden determinado en forma de ley (jurídica, moral...) quebrada” (Alonso, 2014, p. 290).

La individuación y psicologización de la violencia sexual a partir de la figura de la víctima

La época actual se ha caracterizado por el surgimiento de lo que se ha catalogado como el *imperio del trauma* (Fassin y Rechtman, 2009). Esto último se ha constituido en un proceso de normalización del orden moral y político a fines del siglo XX, caracterizado por la proliferación del sufrimiento, la victimización y el daño, mediante la psicologización e individualización del problema de la violencia. Para Fassin y Rechtman, una de las principales consecuencias de la patologización de la violencia a nivel individual, ha sido la invisibilización de las variables culturales, sociales y políticas implicadas en el problema de la violencia sexual.

Así surge una nueva *política del sufrimiento* (Fassin, 1999). Los lugares de escucha que comienzan a aparecer congregan la atención de nuevas subjetividades de *seres sufrientes*, psicologizados e individualizados. Es decir, sujetos aislados, identificados, categorizados y estigmatizados se reproducen a través de estos dispositivos sociales. Estos lugares de escucha, vendrían a cumplir la función política de amortiguar el sufrimiento de cierta población violentada, sin hacerse cargo de las variables socio-culturales implicadas en el fenómeno de la violencia sexual. Es así como los profesionales que trabajan con víctimas de violencia sexual en distintos espacios, se encuentran con la impotencia de que su actuar se limita al

ámbito de la restauración de la identidad del sujeto, no pudiendo garantizarles un mejoramiento de sus condiciones objetivas de existencia.

La visibilización de la violencia sexual, a partir de un cuerpo individualizado —femenino, en la gran mayoría de los casos— y singularizado en su historia de sufrimiento, deja fuera de escena las condiciones de producción sociopolíticas de la violencia, poniendo sobre el sujeto-víctima toda la carga asociada a asumir una identificación con implicancias a nivel subjetivo, que se traducen principalmente en la individuación de la responsabilidad por el padecimiento. “Si bien, el sistema jurídico, en su condición de límite a toda generación de sentido, aporta dos palabras claves —edad y consentimiento— estos términos no alcanzan a explicar lo que la ofensa sexual pone en juego para el cuerpo social. Esto es, la demanda de un elemento que no sea intercambiable y resista al mercado absoluto” (Massa y Zerba, 2010, p. 190).

De esta manera, la violencia sexual se aborda desde un sufrimiento psicologizado e individual y no desde su raigambre estructural a nivel social. Junto a la subjetivización de la violencia sexual, desde el ámbito judicial, el castigo también apunta a ser individual, en tanto el delito se sanciona en la medida en que se identifica a un culpable (Arensburg y Lewin, 2014).

El proceso de restitución de sí, que el sujeto tiene que enfrentar en una situación de desintegración psíquica, en el orden de lo traumático, se entiende como aquello que a nivel social se desmiente, y que se deposita a nivel subjetivo (Arensburg, 2015). En otras palabras, lo que a nivel social se desconoce y se calla, impacta como suceso traumático en el cuerpo y psique de quien es objeto del trauma. En esta dirección, adquiere relevancia la pregunta acerca de la forma en que la sociedad se hace cargo de estos impactos en el sujeto. De acuerdo a lo planteado por Aceituno, “Por cierto, la capacidad sublimatoria del ser humano, su posibilidad de crear realidades nuevas a pesar de ser objeto del avasallamiento de su *condición humana*, debe ser reconocida y valorada. Capacidad que encuentra su apoyo insoslayable en el marco social, político y, por lo tanto, jurídico en el que se inscriben los gestos de reparación social, en la medida que la posibilidad de

elaboración subjetiva de lo vivido traumáticamente es inseparable del valor civilizador de su reconocimiento colectivo” (Aceituno, 2013, p. 60).

De aquí, la importancia política de reconocer el problema, de darle un lugar a las víctimas, y desde allí, abrir la posibilidad de inscribir esa experiencia tanto en la propia historia como en el entramado social, de tal forma que permita visibilizar sus causas y también hacerse cargo de ellas. De acuerdo con lo que señala Pitch (2003b) “[...] al elegir cómo se da el testimonio, y en definitiva al elegir hacerlo, hay un acto de resistencia que al ser sexual en la esfera pública (al ser sexual, punto) es profundamente político. El escenario del proceso judicial se potencia al permitir a las mujeres transformarse en protagonistas de procesos de cambio simbólico de incidencia en el plano político; el denunciar en un escenario público, como es un proceso judicial, puede fortalecer la subjetividad” (Cánaves, 2011, p. 109).

Esto implica ir más allá de la psicologización del problema, de su patologización, abriendo la discusión al rol que juegan los dispositivos de *acogida* en cuanto al control y la homogeneización social, y a la posibilidad de comprenderlos como lugares de escucha, con el objeto de generar las condiciones para el reconocimiento de aquello que el sujeto transmite a través del relato. Si bien aquí no se pretende “[...] dejar de lado las circunstancias que pueden conformar un campo de determinación, si es claro que es abriéndose paso en ese campo de determinación ajeno a él que el sujeto decide. Lo que está en relación con sostener que si bien ciertos derechos vulnerados deben serle restituidos, hay una dimensión del daño que no puede ser reparado o no es posible recuperar todo lo perdido” (Alfano, 2010, p. 42).

En el abordaje de la violencia sexual, no se puede desconocer la transversalidad que ha jugado la judicialización de esta forma de violencia, en los espacios de atención a víctimas. La judicialización ha tenido un rol fundamental en la visibilización del fenómeno de la violencia sexual, como un problema que interpela al conjunto de lo social. No obstante, a su pesar, los dispositivos victimales, se han constituido como espacios que perpetúan una visión y lectura homogeneizante de la victimización —sosteniéndose en un mercado del conocimiento que se ha

construido en base a esta figura— siendo estos espacios, el lugar social reconocido para las víctimas. De esta manera, “[...] quien es nombrado por su marca de víctima queda incluido en la uniformidad, creyendo que los demás sufren de lo mismo que sufre él. Y, como los efectos del daño nunca son uniformes, la víctima queda amparada en el conjunto pero se extravían sus diferencias subjetivas” (Alfano, 2010, p. 37). En este sentido, y como se ha mencionado antes, estos espacios de atención reducen el problema de la violencia sexual a la parcela de la individualidad, por medio de una lectura que va en la línea de homogeneización de las técnicas de abordaje de este fenómeno, no logrando dar cabida al reconocimiento de la violencia sexual como la última frontera de un problema que es estructural y que trasciende los límites del box jurídico-sanitario.

Si bien, desde el ámbito jurídico, la figura de la víctima ha permitido otorgar un lugar al reconocimiento del daño y del sufrimiento a quien ha visto transgredidos sus derechos, también ha supuesto “[...] una institucionalidad, instituir una verdad, verdad del daño, del trauma, que podemos asumir como un tipo de cierre discursivo de la experiencia como sujeto” (Arensburg, 2015). Con esto, queda claro que no basta con el estatuto jurídico de víctima, ya que existe un deber moral de interrogar el discurso homogeneizante y normalizante detrás de esta construcción conceptual, a partir de la cual, desde el campo de lo *psi*, contribuimos a alimentar con tecnologías patologizantes e individualizantes del yo.

Es así como, “[...] allí mismo donde la víctima queda por completo ajena a su padecimiento —sea porque este haya sido provocado por otros o resultado de un azar trágico— recurre también el victimario para exculparse, amparándose en sus propios infortunios, en alguna obediencia, o en algún diagnóstico que lo represente” (Alfano, 2010, p. 38). En este aspecto, es tarea pendiente revisar las prácticas institucionales que operan desde campos del conocimiento que frenan el reconocimiento de la subjetividad y su posibilidad de dejar entrever salidas a la situación de victimización que encierran los discursos normativos. Ello permitiría abrir la posibilidad de pensar en una estrategia más amplia, capaz de abarcar un movimiento social y político contra las formas más invisibles de la violencia sexual,

a las cuales el Estado está, lamentablemente, llegando tarde.

Capítulo 2. El abordaje de la violencia sexual desde la institución de salud

Algunas consideraciones sobre la dimensión del cuidado en la institución salud

Como se ha visto, el abordaje a víctimas de violencia sexual encierra una serie de factores a considerar; por un lado, los referidos a las implicancias legales de las intervenciones y el cuidado que los profesionales deben resguardar en sus intervenciones, y por otro lado, el estado de vulnerabilidad en que se encuentran las víctimas.

El tema del cuidado es pertinente circunscribirlo al rol que ha tenido que desempeñar la institución sanitaria en este ámbito, el cual debiese ir en la línea de resguardar las potenciales consecuencias traumatógenas que puedan desencadenar este tipo de experiencias en quienes la sufren, evitando así, la llamada *victimización secundaria*.

Por lo anterior, es relevante tener en cuenta a la institucionalidad que aloja a este tipo particular de atención, y conocer de qué forma los profesionales encargados de realizar las intervenciones entienden el cuidado, como también es importante conocer las opiniones de quienes han participado de la implementación de estos dispositivos de atención desde el ámbito de la gestión.

Kaës (1987) define a la institución como “[...] el orden por el cual se funda un colectivo con el objetivo de realizar una tarea útil, necesaria para el funcionamiento social: reproducción de la vida, educación, salud, trabajo, defensa colectiva, sistema religioso y cultural, basados en representaciones compartidas. La institución es un colectivo instituido, organizado y legislado en el campo de las relaciones sociales. Somos cuidadores, administradores, docentes, en ese orden” (Kaës, 1987, p. 655).

Las relaciones sociales y las representaciones colectivas que circulan entre los miembros de una institución, no siempre son conscientes, y operan sobre supuestos poco reflexionados por los mismos equipos. La complejidad de las

organizaciones se ve atravesada por diversos órdenes de realidad.

Dentro de la cultura organizacional, las instituciones suelen ir generando defensas institucionales como por ejemplo, la reacción ante la complejidad de la tarea que le ha sido encomendada. Esto se produce muchas veces, a raíz de los pocos o nulos espacios que la institución otorga a la elaboración de reflexiones y búsqueda de soluciones a las problemáticas que se presentan en el quehacer diario de los trabajadores, como también por la falta de competencias en los equipos, entre otros motivos. Estas situaciones dan pie a la reproducción de pautas protocolares que operan al interior de la institución y que rigidizan el actuar de los profesionales, anteponiéndose como una barrera defensiva del personal a la magnitud de las problemáticas que enfrentan día a día, lo que impacta finalmente, en la atención que los usuarios reciben. Esto se observa en distintos ámbitos de acción en las instituciones encargadas de otorgar cuidados, sobre todo en lo que concierne al quehacer con víctimas de violencia sexual.

Sumado a la conmoción psíquica que pueden presentar las víctimas de violencia sexual que acuden a espacios de atención institucionalizados, en su mayoría, traen consigo la complejidad de una historia de vulneraciones —en los casos en que la victimización es de larga data— por ende, de desprotección y de peligro inminente a que el delito se repita. En este escenario, los profesionales que intervienen bajo la institucionalidad de un dispositivo jurídico-sanitario, tiene la complejidad de hacer convivir “diversos órdenes de realidad: socio jurídico, político, económico, cultural y psíquico. La institución liga, junta y procesa formaciones y procesos heterogéneos” (Kaës, 1987, p. 12).

En el caso de la urgencia hospitalaria —donde por lo general se han ubicado estos dispositivos de *Primera Acogida*— esta es parte de una estructura organizacional mayor, donde se entrecruzan otros servicios internos al sistema sanitario. No obstante, además de responder a un lugar en la orgánica interna de funcionamiento del complejo hospitalario, este dispositivo jurídico-sanitario, o *Sala de Primera Acogida*, debe responder a la demanda de judicialización que el Ministerio Público exige como requisito a los profesionales que sospechen de un

delito, independientemente de que la víctima quiera o no denunciar. Este es uno de los aspectos que constituye la particularidad en la atención que se brindan en estos espacios. Aquí es donde reside un punto central y crítico en la articulación entre el mundo sanitario y el jurídico, en tanto, ambas organizaciones funcionan bajo lógicas y objetivos diferentes.

El requisito de la judicialización, es decir, la obligación que tienen los funcionarios de salud de interponer denuncia, en la práctica puede gatillar conflictos latentes entre los mismos profesionales de la salud que trabajan con las víctimas en los distintos niveles de la intervención, o bien, entre los profesionales y las instituciones intervinientes en un mismo caso —policías, fiscales, organismos encargados de la reparación psico-social, etc.— produciéndose “[...] efectos de desplazamiento o de transferencia entre lo que se juega en un nivel particular de la institución [...] y lo que concierne al nivel del conjunto institucional. Todos saben que una crisis de angustia aguda en un paciente puede expresar un conflicto no elaborado de los cuidadores, y adquirir el valor de un síntoma significativo para el conjunto del servicio o una parte de él” (Kaës, 2004, pp. 656-657).

En este último punto, toma forma una de las causas que conocemos como *victimización secundaria* y que podría ir incluso más allá de lo que conscientemente entendemos que ocurre cuando las instituciones vulneran, una vez más, *la vulnerabilidad* de la víctima. Es decir, el daño institucional se produciría, por ejemplo: cuando las víctimas deben esperar largo tiempo para ser atendidas; las numerosas veces en que son citadas a declarar; en la excesiva duración de los procesos investigativos; los ineficientes mecanismos de protección disponibles, entre otras situaciones. Estos ejemplos corresponden a acciones institucionales que producen un daño adicional a las víctimas, incrementando su sensación de desprotección y malestar, las cuales pueden originarse en la existencia de dinámicas que se juegan a nivel inconscientes en lo que Kaës (2004) llama las *instituciones de cuidados*. Para Kaës, “[...] el deseo y el poder de reparar y cuidar convocan también al deseo y el poder de destruir y hacer morir. Hay allí un nudo de

conflictos fundamentales: entre el deseo y lo prohibido, entre el deseo y el poder, entre la corriente de las fuerzas de vida y la de las fuerzas de muerte” (Kaës, 2004, p. 658). El reconocimiento de esta dicotomía institucional, de este forcejeo de fuerzas contrarias entre los profesionales encargados del cuidado, permitiría determinar “[...] la estructura de la institución, la consistencia de la realidad psíquica que se despliega en ella y el trato dado a los pacientes” (Kaës, 2004, p. 658).

Lamentablemente, las políticas públicas existentes en Chile en esta materia, no han dado lugar a la importancia que tiene la elaboración y el reconocimiento de los conflictos internos que se desplazan entre los miembros de una institución que trabaja día a día bajo condiciones de estrés permanente, como lo es el caso de las urgencias hospitalarias, y más aún, si en este contexto el personal debe brindar atención adicional a víctimas de violencia sexual, con todas las exigencias que ello conlleva. “Efectivamente, una parte de la actividad psíquica en las instituciones es utilizada para elaborar este conflicto, otra para reprimirlo, otra para negarlo o intentar borrarlo. Pienso que es necesario reconocer y asumir el conflicto para poder cuidar” (Kaës, 2004, p. 658).

Para Kaës (2004), todas las situaciones, relaciones y conflictos que se suscitan en contextos institucionales, responden a juegos de fuerza inconscientes en donde las angustias, fantasmas, deseos y defensas se despliegan. Más aún, tienen la suficiente potencia de desencadenar situaciones de crisis cuando se está frente a eventos que ponen en juego las competencias personales y grupales, cuestionando el funcionamiento institucional. Sin embargo, este despliegue de fuerzas inconscientes siempre presente en las relaciones institucionales, se transforma en sufrimiento cuando es la misma institución la que funciona de manera ineficiente. Tal es el caso cuando “[...] por ejemplo, su organización instaura una distancia insuperable entre la tarea, la formación que exige y los medios disponibles para realizarla. Los cuidadores sufren porque no son reconocidos en su calificación, su necesidad de formación, los medios de trabajo que necesitan, etc. sufren en sus relaciones con el trabajo, por el hecho de la institución” (Kaës, 2004, pp. 660-661).

Cuando el sufrimiento se instala a causa de un funcionamiento institucional que no responde a las necesidades de la organización, en la medida que exige a sus trabajadores tareas imposibles de realizar con los escasos medios disponibles, se produce lo que Kaës llama *desvío institucional*, y se refiere a la inversión de la tarea definida por la institución, es decir, en las instituciones cuyo objetivo es precisamente el cuidar, se produce lo contrario. Se entiende entonces por *desvío institucional* lo que corresponde “a un proceso de inversión de su objetivo terapéutico [...] al hecho de que una institución cuya tarea es de cuidar termine por desviarse de sus objetivos y su funcionamiento para transformarse en una institución de no- cuidados y aun de anti-cuidados. Esta derivación y este desvío respecto de la tarea primaria de la institución no están ligados solamente a la ambivalencia pulsional que se puede detectar en las oposiciones cuidar-enfermar o formar-deformar” (Kaës, 2004, p. 661).

En momentos de conflicto o sufrimiento por parte de los equipos que trabajan para el cuidado de otros, se produce la identificación con el que sufre. Esto ocurre en las instituciones donde el personal se encuentra efectivamente haciéndose cargo de cuidar, pues el hecho de cuidar “se halla en estrecha relación con el conflicto inconsciente y las investiduras antagonistas movilizadas por la fantasía del cuidado y de la actividad de cuidar. [...] Dicho de otro modo: porque la capacidad de cuidados está funcionando es que está en crisis, que hay sufrimiento en la institución” (Kaës, 2004, p. 661). En este sentido, es importante considerar que el trabajo sobre el conflicto psíquico que se realice con el personal encargado de cuidar, permitirá a los equipos precisamente a verse “confrontados a lo que funda el cuidado, y a lo que conduce a poner el propio sufrimiento psíquico en contacto con el del otro” (Kaës, 2004, p. 661).

Si los cuidadores no procesan sus conflictos con respecto a la tarea que los convoca, emerge la defensa psíquica colectiva ante el conflicto suscitado y terminan por producirse “[...] organizaciones impersonales, deficitarias en investiduras libidinales y en comunicación y la institución no es más que un lugar donde los pacientes son maltratados” (Kaës, 2004, p. 662).

Acerca de la tensión entre la judicialización, entendida como forma de protección, y el cuidado desde el ámbito de lo sanitario

El estado de conmoción psíquica de la persona que acude a centros hospitalarios luego de haber sido afectada por hechos de violencia sexual, introduce variables distintas a considerar en la atención que se brinde a estas personas, abriendo interrogantes y desafíos tanto a los profesionales de atención directa, como también la necesidad de replantearse los procesos y protocolos establecidos para la atención de estas personas. En este aspecto, la dimensión del cuidado viene a cuestionar la atención clásica que pone en manos del paciente, la elección activa acerca de la mejor alternativa para su tratamiento (Mol, 2008). Sin embargo, la elección activa del paciente en salud, se ve superada por las condiciones psíquicas de las personas que se han visto expuestas a situaciones extremas en el ámbito de su sexualidad. Dicha variable contextual hace que la interacción entre el paciente y el profesional de la salud, desde una lógica de cuidado, sea delicado y peculiar.

Esta dimensión que se abre en la atención a usuarios de programas de salud en urgencias, tensiona a los profesionales que brindan estos servicios, quienes suelen estar entrenados para trabajar en un escenario de constante estrés —viéndose principalmente enfrentados a cuerpos enfermos, en riesgo vital—, no así preparados para contener, a personas afectadas psíquicamente. Esta dimensión del cuidado es constantemente eludida y cuando es admitida, se ha visto relegada al campo exclusivo de lo *psi*.

La afectación psíquica del sujeto siempre viene acompañada de una historia, de una relación previa entre este sujeto y el Otro, punto fundamental para ser considerada desde una lógica del cuidado, aún más si esta afectación va en la línea de lo traumático. De acuerdo con Mol (2008), el paciente o usuario del sistema sanitario no es un sujeto pasivo ni puramente activo, más bien se encuentra implicado en una dinámica de interacción con su interlocutor, por lo que adquiere relevancia considerar la singularidad del caso a caso, a través de la escucha sobre lo que acontece para ese sujeto en cuanto a su dolor —físico o psíquico—, que constituye un punto nodal para el establecimiento del vínculo entre el paciente y el

profesional de la salud. Esto se torna crucial, tanto para favorecer la adherencia y continuidad del tratamiento como para intentar prevenir el devenir de lo patológico que pueda surgir respecto a la experiencia traumática. La importancia de este punto radica en que “[...] desde este punto de vista, si hay algo traumático en lo actual del trauma [...] ello concierne tanto más a la denegación narrativa, discursiva, que a lo ocurrido realmente. Los discursos pueden ser traumáticos también” (Aceituno, 2013, p. 64). Dicho lo anterior, se hace fundamental considerar la perspectiva del cuidado, por sobre la gestión o la protocolización de acciones.

El énfasis dado desde las políticas públicas a la judicialización de la violencia sexual, en todos los casos, pasa por alto la voluntad del sujeto, en tanto la prestación de salud estaría siendo condicionada a la interposición de la denuncia⁸, con o sin consentimiento de la víctima. Para la figura de la víctima, el proceso penal “[...] en principio, puede resultar potente para la búsqueda de justicia, pero su eficacia se desvanece ante la posibilidad de enlazar a cada sujeto ya no con el padecimiento compartido sino con el propio” (Alfano, 2010, p. 37).

La medida de judicialización esconde la premisa de que la vía judicial, es la mejor forma que el estado tiene de contribuir a la reparación, aún si esta diluye la voluntad del sujeto y pasa por alto lo que en ese momento la víctima tiene para decir.

En este escenario, no es extraño advertir que las víctimas de violencia sexual permanezcan cada vez más relegadas del sistema, más excluidas y ocultas, pues es la misma política estatal la que las obliga a permanecer en el anonimato, en tanto no considera otra forma de afrontar su sufrimiento sino es por la vía de la exposición pública. Exposición a la que no sólo se somete a la víctima directa, sino que arrastra también a todo su entorno familiar y comunitario. En este sentido, “[...] el intento de abarcar a todos desaloja a cada uno, equipara en el conjunto lo que no es equiparable en el uno por uno, y pasa por alto aquello que, pudiendo beneficiar al

⁸El artículo 175 (d), del Código Procesal Penal, establece la denuncia obligatoria para los funcionarios de la salud en los casos en que se sospeche la ocurrencia de un delito. Véase en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=176595>

grupo afectado, no resulta necesariamente favorecedor para cada sujeto” (Alfano, 2010, p. 37).

Los costos que trae aparejada la judicialización —a sabiendas que sólo un escaso porcentaje de las denuncias por estos delitos termina en condena⁹— se ven solventados desde la política pública por la creación de dispositivos victimales, que entregan intervenciones *psico-socio-jurídicas* bajo el amparo de conocimientos homogeneizantes, tanto para las víctimas como para los victimarios, cuyo centro ha sido básicamente la reparación del daño mediante terapias para las víctimas y, otras terapias condenatorias o absolutorias para victimarios. De esta manera, “[...] tanto víctima como victimario quedan desimplicados subjetivamente y, en consonancia con esto, en tanto no resulta posible abolir las marcas que lo atraviesan, toda intervención que otorgue consistencia y uniformidad a tales marcas propicia condiciones de revictimización” (Alfano, 2010, p. 38). En este sentido, los dispositivos de reparación podrían estar haciendo de prótesis o sucedáneo de un sistema que se remite básicamente a la *gestión de casos*, sin hacerse cargo de abordar el fenómeno de la violencia en su complejidad social y política.

De esta forma, la relegación de la voluntad de las víctimas con respecto a tomar una decisión sobre la judicialización de su situación, se torna un elemento perjudicial para el vínculo entre esta y el profesional encargado de ofrecer el cuidado, en la medida que los intereses de la justicia vienen a condicionar la atención de salud, y por ende, a vulnerar el derecho que tiene una persona a la salud, con independencia de las causas que hayan propiciado que esta se haya visto deteriorada.

Ante la premisa de la judicialización como asunto fundamental para la reparación y siendo esta una obligación legal para los profesionales de la salud que se ven enfrentados a la sospecha o develación de un delito, se pierde la posibilidad de intervenir con acciones que, desde salud, puedan aportar a que esa persona

⁹ El 10, 5% de las denuncias por delitos sexuales terminan sentencias condenatorias. Fuente: http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/quienes/docu/delitos_sexuales_y_violencia_intrafamiliar.pdf

pueda salir de la situación en la que se encuentra, sin recurrir a la vía judicial.

Desde una perspectiva que privilegia el cuidado en salud, el profesional o técnico que interviene, puede omitir o evitar determinada acción, en consideración del bienestar de la persona, en su particularidad (Molinier, 2015). Este autor observa que, muchas veces el cuidado está exento de la protocolización de las acciones, quedando al arbitrio y espontaneidad de los profesionales que intervienen, sin embargo, este arbitrio permanece invisibilizado en los procesos de atención, a pesar de constituir un aspecto fundamental para la cura y la adherencia al tratamiento.

El juicio de existencia

En el trabajo con personas cuyos vínculos, historia y memoria se han visto atravesados “[...] por lo traumático de su experiencia y por la dificultad para ejercer su enunciación fuera del registro con lo inmediato de un puro cuerpo o de una breve conciencia” (Aceituno, 2013, p. 76), se entiende como fundamental la importancia del reconocimiento por parte del Otro, es decir, la importancia de juzgar, en el sentido de dar estatuto de existencia (Aceituno, 2010) a lo acontecido por la víctima. Tal como lo expresa Freud, este juzgar consiste en admitir o impugnar la existencia de una representación en la realidad, es decir, en dar lugar a aquello que si bien, existe “dentro del yo puede ser reencontrado también en la percepción (realidad)” (Freud, 2003, pp. 254-255).

Se ha visto cómo “[...] el *peso de lo real* se instala en la dimensión traumática de la subjetividad a partir de aquello más difícil de simbolizar y marca una de las maneras por las cuales la historia se entiende más allá de un puro relato, de una pura ficción fantasmática” (Aceituno, 2013, p. 62). De esta forma, lo traumático para el sujeto se manifiesta en forma de actualización de aquello que pertenece a la memoria. Es decir, en lo traumático hay algo de la historia que se hace presente y que insiste en repetirse (Aceituno, 2010).

Aceituno (2010) plantea que habría algo del lazo social que se encuentra en crisis en nuestra época, y esto guarda relación con la carencia de lo que Freud (2003) ha llamado, *juicio de existencia*. Con esto, hace referencia a aquella función

intelectual por medio de la cual se afirma o niega una representación de la realidad. Este juicio de existencia, es lo que “[...] Freud opone al juicio de atributo y con ello a la moralidad [...] cuyo papel no consiste en afirmar una tendencia, tampoco en negarla, sino en decidir acerca de la existencia o no de una imagen en la realidad” (Gallo, 1999, p. 2). Es lo que también se conoce como capacidad de *discernimiento*.

Con la crisis del juzgar, lo que se produce a nivel social es precisamente lo contrario, dándose un juicio de inexistencia, “que en alguna medida tiene que ver con la perversión, es decir, con la empresa voluntaria de negación, no sólo de la historia, que es un tema evidente, sino que una negación de la existencia misma. De lo que haría posible una existencia” (Aceituno, 2010). En este sentido, se observa cómo esta forma de negación, que opera a nivel de lo social, tiene impacto en el dar visibilidad y en el *hacerse cargo* de la violencia sexual como un asunto que concierne al ámbito sociopolítico. Esto se ha manifestado en la historia reciente de nuestro país, como en los casos de delitos sexuales cometidos en dictadura, por ejemplo. No obstante, para los fines que esta investigación persigue, cabe preguntarse cómo este juicio de in-existencia se juega dentro del campo de estudio.

Es entonces como, el simple hecho de juzgar aquello de la historia que no ha sido reconocido y que por el contrario, se ha negado o subestimado, adquiere forma y lugar de manera menos nociva que lo que no ha podido ser agenciado en la historia (Davoine, 2010).

El dar estatuto de existencia a lo real acontecido para el sujeto, constituirá la base del cuidado, en la medida en que este reconocimiento sea “[...] una condición justamente de la memoria, de la elaboración, del pensamiento, del lazo social mismo” (Aceituno, 2010), para que aquella experiencia traumática pueda comenzar a situarse, en el sentido de dibujarse un lugar en la historia subjetiva. “Volviendo a Michel de Certeau, recordemos que la palabra historia se declina de dos formas: como “lo que se cuenta” y como “lo que sucede”. Desde este punto de vista, la historia es también lo que ha sido, aún a costa de ya no ser más” (Aceituno, 2013, p. 62).

Es así como el reconocimiento, guarda relación con abrir un espacio para

circunscribir aquello del orden del trauma en el sujeto, como señala Davoine, “[...] necesitamos de un espacio exterior, que se puede compartir, y donde el tiempo se puede comenzar a mover” (Davoine, 2010). Es decir, a la manera de un mapa simbólico, donde el sujeto pueda indicar algo de aquello que se presenta como fragmentado, como un indicio que, en tanto indica algo, es también huella de algo (Aceituno, 2010).

En este sentido, en la clínica de lo traumático se trata de mostrar o indicar aquello no dicho pero que se muestra en estos pacientes. Para Davoine entonces, se trataría de la “inscripción, de lo que no está inscrito, lo que es inexistente” (Davoine, 2010) dando soporte al relato del sujeto, en la medida que, él que está del otro lado, sea capaz de juzgar y afirmar.

Si bien, todo lo que no se puede decir es preciso mostrarlo, lo relevante es reflexionar sobre a quién va dirigido ese indicio que se devela. Es importante considerar que en el trabajo con lo traumático, no es extraño que, producto de la experiencia traumática, la relación que estas personas establezcan esté precisamente mediada por la desconfianza. En este punto, entonces, adquiere importancia el lograr mostrar algo fuera de la relación, a la manera de una terceridad, algo que escape al control del amo, “[...] algo que ocurra en una coincidencia, que no depende de nuestra voluntad, pero que podamos observar ambos. Entonces hay algo que se muestra y que es validado.” (Davoine, 2010) En otras palabras, se trata de mostrar algo que indique la existencia de lo que se presenta más allá de lo que se había restringido a la confusión de los límites del yo.

Capítulo 3. Violencia sexual y lo traumático en psicoanálisis

Para comprender los efectos de la violencia sexual será preciso entender el impacto que esta tiene en la subjetividad. En ese sentido, los aportes que el psicoanálisis ha hecho, a partir del desarrollo de la *Clínica de lo traumático* (Aceituno 2010, Cabrera 2014, Davoine y Gaudillière, 2011), la *Clínica de lo extremo* (Pomiere, 2011), la *Clínica de la urgencia subjetiva* (Sotelo y Belaga, 2008), entre otros, permitirán comprender los efectos de la violencia sexual a nivel subjetivo y su

abordaje en la línea de la restitución de la dimensión del orden simbólico.

La dimensión de lo traumático: el evento y la noción de trauma. Una aproximación a su destino patógeno

Para el psicoanálisis, aquello que se considera en la línea de lo traumático, guarda relación con un acontecimiento que “[...] responde a la reactivación de marcas que de una u otra forma remiten siempre a los primeros encuentros con el otro originario” (Schkolnik, 2010, p. 1). Estas marcas corresponden a vivencias que han quedado a nivel inconsciente sin haber podido ser elaboradas, por lo que persisten desde lo pulsional incidiendo en el campo de las representaciones.

En relación a lo descrito, es necesario hacer una distinción semántica en lo que respecta a la situación traumática propiamente tal, y lo que se entenderá por trauma. “La distinción entre situación traumática y trauma [...] permite visualizar mejor las dos vertientes de lo traumático: su carácter estructurante y su destino patógeno” (Schkolnik, 2010, p. 1). En este sentido, el evento traumático apunta al hecho desencadenante de la desestructuración psíquica, ahí donde “[...] falla el mecanismo de constancia, al ser incapaz el aparato de descargar la excitación” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 448), dado el carácter desestabilizador e inaprehensible que el evento tiene en la capacidad de elaboración psíquica.

La noción de trauma encierra una multiplicidad de causas y efectos en distintas proporciones. Para la medicina “[...] el trauma designa una herida de efracción; *traumatismo* se reservaría más bien para designar las consecuencias sobre el *conjunto* del organismo de una lesión resultante de una violencia externa” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 447). El psicoanálisis comparte ciertos aspectos de la medicina y hace uso de dichas conceptualizaciones para explicar cómo opera a nivel psíquico. Así es como el trauma psíquico se comprenderá como “[...] un choque violento, una efracción y sus consecuencias sobre el conjunto de la organización” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 447).

La noción de trauma para el psicoanálisis, a partir de Freud, guarda relación con un “[...] acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la

incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 447). En su dimensión económica, el trauma es desencadenado por el efecto de un acontecimiento que provoca un plus de excitación pulsional incapaz de ser conducido por el yo, produciendo un efecto de desborde. Se trata de “un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” (Laplanche, 1996, p. 447).

En el trauma se genera una fisura representacional que impone la actualización de la vivencia traumática de forma inmediata y avasalladora, muchas veces, en forma de alucinación. La alucinación en su estado de inmediatez, deja siervo al sujeto a la voracidad de las imágenes que originó el trauma, las que se imponen una y otra vez sin ser posible procesarlas ni representarlas. Para que estas imágenes pasen a un estado donde el pensamiento permita intervenirlas tienen que ser capaces de elaborarse y representarse psíquicamente, en el sentido de adquirir algún significado dentro del universo simbólico del sujeto.

De esta forma, el trauma remite a la condición permanente de desestructuración, producto de la falla en la elaboración que ocurre con posterioridad a vivencia traumática, y que se observa a través de sus manifestaciones clínicas. De un modo más general, “[...] estos fenómenos clínicos ponen en evidencia que el principio de placer, para poder funcionar, exige que se cumplan determinadas condiciones, que son abolidas por la acción del traumatismo, en la medida en que este no es una simple perturbación de la economía libidinal, sino que viene a amenazar más radicalmente la integridad del sujeto” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 450).

El destino patológico del trauma puede darse a distintos niveles y no sólo por la activación de ciertas huellas que quedaron sin elaborar, sino que también “[...] la represión originaria puede verse sacudida posteriormente por efecto de distintos factores [...] en situaciones límite que tienden a anular el ámbito de lo privado, con

lo cual se determinan efectos demoledores de la subjetivación generando vivencias desestructurantes” (Schkolnik, 2010, p. 3).

No es posible predecir si los efectos de una situación traumática tendrán un destino patógeno o bien, podrán ser elaborados psíquicamente. Esto, en virtud de que los componentes estructurales inconscientes y la particularidad de los acontecimientos en la historia de cada sujeto, están dispuestos de manera tal, que no permiten desentrañar qué es lo que opera para definir lo patógeno en cada sujeto. No obstante, “[...] existen situaciones de una entidad desintegradora del psiquismo de tal magnitud que siempre dan lugar a marcas traumáticas inelaborables, aún en sujetos cuya historia previa haría suponer que disponen de mayores recursos para impedir que esos traumas invadan al psiquismo masivamente” (Schkolnik, 2010, p. 3).

Estas marcas traumáticas son producto de un vacío de simbolismo que permita procesar el exceso que porta la vivencia. Es decir, del desligamiento entre la palabra y su representación, “[...] teniendo siempre en cuenta que aún cuando el paciente no disponga de palabras para expresar las vivencias de lo que hace marca en su psiquismo, tampoco puede considerarse completamente independiente de ellas en tanto seres humanos estamos inmersos en un mundo de lenguaje” (Schkolnik, 2010, pp. 4-5).

El fracaso que la vivencia traumática produce en la capacidad de simbolizar, se debe a la interrupción que ella provoca en el curso de las representaciones que configuran un soporte psíquico para el despliegue afectivo. En este sentido “[...] el núcleo del peligro, Freud lo encuentra en un aumento, más allá de lo tolerable, de la tensión resultante de un aflujo de excitaciones internas que exigen ser liquidadas” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 451).

La detención del proceso de simbolización, dificulta el discurrir de la pulsión que, por lo general, va ligada a un afecto que permite su representación, lo que se traduce en el desencadenamiento del exceso pulsional. “Al no poder establecerse suficientemente las secuencias, redes, ni estructuras simbólicas, susceptibles de organizar de alguna manera lo que proviene de lo pulsional, se dificulta el proceso

de resignificación y la consiguiente emergencia de sentidos” (Schkolnik, 2010, p. 5). En este plano, el fracaso en la cadena de representaciones por efecto de la vivencia traumática, se puede ver en la clínica, a propósito del excedente de excitación pulsional en sujetos que presentan altos niveles de angustia, somatizaciones, paralización emocional o bien, la repetición incansable de lo mismo, en su intento de inscribirse. De esta forma, se puede observar que en estas manifestaciones “[...] existe un denominador común, el factor económico, siendo las consecuencias del trauma la incapacidad del aparato psíquico de liquidar las excitaciones según el principio de constancia” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 449).

Para C. y S. Botella (1997) lo traumático entonces, tiene que ver con aquella vivencia incapaz de representarse psíquicamente, por lo tanto, no tendría relación con la forma de presentación o el contenido del acontecimiento, sino más bien, el trauma estaría en la imposibilidad de representarse simbólicamente la experiencia. Para estos autores, “[...] habría una fractura, un hueco en la trama de las representaciones, que provocaría la violencia de los afectos y la desorganización del psiquismo” (Schkolnik, 2010, p. 6).

Una aproximación al abordaje de las consecuencias subjetivas de la violencia sexual desde el psicoanálisis

Las distintas causas de lo traumático van generando efectos variados en su forma e intensidad en quienes se ven enfrentados a situaciones de violencia. No son iguales las consecuencias de la violencia que ocurre en el campo de la esfera pública, política, por ejemplo, de la que acontece en el ámbito de lo privado, como lo es en situaciones de violencia sexual intrafamiliar. Tampoco los efectos son similares cuando el trauma es producto de un accidente o una catástrofe de la naturaleza, a aquel generado por la acción deliberada de alguien que quiere dañar a otro.

No obstante las causas difieran, un trauma de grandes proporciones arrasa con el aparato psíquico en forma evidente y profunda, cuyas manifestaciones pueden ir desde la completa paralización, hasta el desborde emocional, dada la

condición de imposibilidad del aparato psíquico de dar lugar al evento acontecido. En palabras de Freud “[...] llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético” (Laplanche y Pontalis, 1996, pp. 447-448).

En el escenario antes descrito, el discurso médico psicopatológico abordará el daño operando para suturar la fisura física y emocional del cuerpo sufriente; en otro frente, desde la escucha en el campo de lo *psí*, al revés de suturar, se abre paso a la memoria y a la posibilidad escribir-inscribir el trauma en la trama histórica, es decir, reescribiendo el daño en términos de abrir su significado a otras dimensiones de simbolización.

En este aspecto, “[...] a diferencia de la curación que en medicina es el silencio de los órganos, es en el trauma el retorno de la víctima a su condición de sujeto, a su condición de ser hablante (*parlêtre*) y ciudadano” (Viñar, 2009). Es decir, la recuperación del trauma pasa por el dar la palabra, restituir la memoria y otorgarle un lugar en la historia subjetiva a lo acontecido, para así dar movilidad y proyección al devenir del sujeto. Sin el reconocimiento en la palabra, el sujeto queda detenido, inmóvil, atrapado en la eterna repetición del acontecimiento.

En el rescate de lo simbólico, de la palabra de un sujeto mudo por el terror provocado por un otro, es necesario ir más allá de las expresiones sintomáticas de lo visiblemente afectado de su cuerpo y su discurso. Se trata de abrir la pregunta sobre qué falló o qué tuvo que ocurrir a nivel de lo social, para que un evento de dimensiones traumáticas para el psiquismo —como en el caso de la violencia sexual— aconteciera. En esta línea, el fenómeno de la violencia sexual se abordará considerando su amplitud dimensional, que traspasa las fronteras del individuo (psicologizado) o una psique (patologizada), lo que dará apertura a la reflexión sobre la crisis del lazo social.

Catástrofe psíquica

Para circunscribir una comprensión acerca de lo traumático y del psicoanálisis como técnica en ese campo, tomaremos el concepto de *Catástrofe psíquica* en Rene Kaës (1991) como una de las lecturas para comprender las consecuencias de la violencia sexual en la subjetividad.

Con catástrofe psíquica, el autor se refiere a aquello que acontece en los sujetos cuando “[...] las modalidades habituales empleadas para tratar la negatividad inherente a la experiencia traumática, se muestran insuficientes, especialmente cuando no pueden ser utilizadas por el sujeto debido a cualidades particulares de la relación entre realidad traumática interna y medio ambiente” (Kaës, 2006). Por causa de la magnitud de la experiencia, quedan suspendidas las defensas habituales y el sujeto se encuentra en un estado de derrumbe que arremete contra el psiquismo y sus mecanismos de reacción cotidianos. Esto ocurre en tanto “[...] un aflujo excesivo de excitación anula inmediatamente el principio de placer, obligando al aparato psíquico a realizar una tarea más urgente *más allá del principio del placer*, tarea que consiste en ligar las excitaciones de tal forma que se posibilite su descarga ulterior” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 450).

Este choque con el acontecer, atenta contra las bases de la estructura psíquica, dejando una herida narcisista abierta y permanente, “irreprimible, inelaborable, impensable. Se observa en una repetición que no es concebida como realmente afuera, sino en un espacio psíquico intermediario entre lo interno y lo externo” (Kaës, 2006). Los resabios del recuerdo traumático retornan insistentemente en una forma difusa, interrogando los límites entre el afuera y el adentro. De esta manera, ante el evento traumático “el yo [...] intenta evitar ser desbordado por la aparición de la angustia automática que caracteriza la situación traumática, en la cual el yo se halla indefenso. Esta concepción lleva a establecer una especie de simetría entre el peligro externo y el peligro interno: el yo es atacado desde dentro, es decir, por las excitaciones pulsionales, *como lo es desde fuera*” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 451).

El efecto devastador de la experiencia traumática se extiende y avanza

atravesando el espacio relacional entre los otros y el sujeto traumatizado. Esto ocurre en la medida que la experiencia del trauma permanecería invisible para los otros, si no es mostrada a través de la figura de la víctima, quien porta en su discurso y en su cuerpo las marcas del abuso. Así es como los otros, permeados por la difusión proyectada por el sujeto del trauma, conectan la representación de este sujeto traumatizado con la experiencia misma del trauma, produciéndose la estigmatización de la víctima.

De acuerdo con Kaës “[...] se representa al sujeto traumatizado como en el origen del recuerdo traumático. Es precisamente sobre aquel sujeto donde se efectúa la proyección de lo negativo. Esta proyección será efectuada por aquellos con una cierta eficiencia sádica y aquellos cuya zona traumática propia se ha activado” (Kaës, 2006). Es este mismo estado de devastación el que propicia la proyección negativa en los otros y provoca la dificultad de contener o acompañar una reconstrucción del caos. Para los cuidadores o para quienes les toca interactuar con víctimas, es común reaccionar poniendo en juego las propias defensas, al confundir al sujeto-víctima con el origen de lo traumático.

La catástrofe psíquica “[...] debe su efecto desorganizador y mortífero al hecho de que el sujeto fue ubicado ante la imposibilidad de conservar en su propio inconsciente o en el de algún otro la carga y la representación del traumatismo, debido a la destrucción de los continentes internos y externos” (Kaës, 2006). El sujeto, al momento del trauma, se enfrenta de golpe a la ausencia radical del Otro de la representación. Esta marca de ausencia, indica que el sujeto queda arrojado al mundo volviendo a vivir la más arcaica de sus experiencias, sumido en la angustia desbordante que tenía olvidada.

Clínica de lo traumático

Para el psicoanálisis, la escucha en la línea de lo traumático (Davoine y Gaudilliere, 2011; Cabrera, 2014; Aceituno, 2010, 2012 y 2013) dice relación con una experiencia que no tiene lugar para el sujeto, que sobrepasa sus capacidades psíquicas de elaboración cotidianas, por lo que la tramitación de lo acontecido

queda fuera de sus posibilidades inmediatas. En este escenario de derrumbe psíquico, la disposición a la escucha del testimonio por parte de un Otro, hará de puente para la transmisión de una experiencia que el sujeto no puede elaborar por sí mismo, debido al avasallamiento de la vivencia traumática, y porque en su intento por inscribirse, se hace presente el trauma por medio de la alucinación, ensoñación, somatización, etc.

De acuerdo con Kaës “[...] la angustia que suscita el terror no puede ser reprimida ni proyectada, ni ligarse a representaciones de cosas y de palabras, ni encontrar representaciones y objetos en el simbolismo lingüístico y social. El ataque contra la identidad de la especie (genocidio) y de la sociedad (tortura, desaparición) es un ataque contra el orden simbólico” (Kaës, 2006). Por ende, se produce un quebrantamiento del lazo social difícil de recomponer, más aún, si usados los recursos psíquicos de sobrevivencia al ir hacia un Otro en búsqueda de algún tipo de revinculación —como sucede en el caso de las víctimas de violencia sexual al acercarse a un centro asistencial de salud— este Otro *no está disponible* para atender la demanda particular de ese sujeto violentado.

Por su parte, el *traumatismo*, se refiere a las consecuencias del trauma “[...] en relación a aquello que afecta los procesos de elaboración psíquica, tanto a nivel de las representaciones asociadas a los eventos en cuestión, como el compromiso que implicará —en los casos más extremos— al aparato psíquico mismo en su posibilidad de transformación de lo pulsional a nivel de trabajo psíquico” (Cabrera, 2014, p. 21).

La repetición incansable de lo mismo, en el sentido de la catarsis, guarda una diferencia con el insight como proceso reflexivo. Es en la diferencia, en el quiebre que permite la interlocución, donde se va generando la posibilidad de la transmisión de un hecho que, en principio, se hace presente como alucinaciones, hasta lograr su representación subjetiva. Para que se genere la simbolización no basta lo inmediato, sino por el contrario, se trata de establecer un espacio constante que promueva un lazo y, en este ese contexto, se despliegue una relación a con un Otro que esté ahí para dar espacio a la construcción de un registro simbólico, o bien para

ser testigo de su fracaso. Se trata de “[...] la distancia entre la comunicación ordinaria y la poética. Para poder hablarse, siempre se necesitan dos, aunque el otro sea uno mismo y esa tensión entre experiencia inmediata y pensamiento, es imprescindible” (Viñar, 2009).

En el proceso para la construcción de un vínculo terapéutico, es necesario diferenciar lo que es expresado a través del lenguaje respondiendo a la catarsis, es decir, a la repetición constante de palabras referidas a lo traumático, de la palabra que viene a representar el dolor del acontecimiento del trauma. Marcar esta diferencia en el discurso del sujeto traumatizado, determinará un antes y un después, es decir, un límite que se comienza a dibujar entre el adentro y el afuera. Para Aceituno, “[...] el acto testimonial necesita por cierto de la palabra —y de lo que hace síntoma o conflicto en el sujeto— para establecer una necesaria distancia entre lo que es testimoniado, recuperado de ese espacio indiscernible del pasado, y el hecho mismo de testimoniar” (Aceituno, 2013, pp. 73-74) en el sentido de inscribir la historia en el mismo acto del habla dirigida a un otro. Este se constituye como el inicio de un largo proceso de construcción simbólica, dejando atrás la repetición constante de lo traumático sin ligazón ni metabolización.

Las distintas formas de abordar el trauma, desde el daño físico y desde la sintomatología mental, excluyen el registro de la constitución parlante —política— del ser humano. De acuerdo con Cabrera, en los hechos de violencia, se produce a nivel de la subjetividad una “[...] transgresión del pacto y la denegación de la deuda entre las generaciones, la anulación de la diferencia y del juicio, cuyas consecuencias se observarán en la vulneración del sujeto para efectuar el trabajo de figurabilidad, elaboración y simbolización” (Cabrera, 2014, p. 16).

El reconocimiento de esta dimensión del trauma, reivindica la posición de sujetos insertos en un contexto cultural y social en particular, lo que distingue a unos de otros cuerpos y reconoce a cada sujeto como ser hablante. Sin considerar este registro, “[...] la solidaridad lúcida y conciente cae fatalmente en el tobogán del asistencialismo altruista y reinstala en el par terapéutico la dicotomía del enfermo y el indemne. Y en este mundo de injusticia ¿quién está exento de ser víctima,

victimario, o cómplice de violencia política? Por eso es necesario mantener esa utopía como referente: quien está enfermo es el lazo social, no la víctima” (Viñar, 2009).

La clínica de lo extremo

El *psicoanálisis de lo extremo* es lo que Pomiere (2011) ha desarrollado en la clínica, con sujetos que se encuentran en etapas de la vida caracterizadas por la fuerte presencia de lo real que se impone de manera irreconciliable, en la forma de enfermedad, muerte o vulneración. Esta clínica impone la necesidad de repensar el vínculo transferencial donde “[...] más que nunca, el analista en situación extrema sale de lo que es y de lo que su paciente cree que es” (Pomiere, 2011, pp. 133-134). Es que en estos casos extremos, la demanda del sujeto es imposible y confusa, pues precisamente lo que está en juego es lo extremo tanto en forma del exceso como en la de falta. En este sentido, la noción de extremo “[...] debería ser considerada como alejada del guión catastrófico, en la medida en que mi concepción de lo extremo se inscribe tanto en lo mínimo, ese no-sé-qué y el casi-nada, [...] como en lo máximo, el éxtasis, el gozo” (Pomiere, 2011, p. 134).

De esta manera, lo determinante no queda definido por la naturaleza del evento que un sujeto tuvo que atravesar; si bien ese evento tuvo presencia, lo que define lo extremo no concierne al evento, sino a lo que este produce a nivel subjetivo. Independiente de que la causa del evento sea de “[...] naturaleza emocional, sociológica o psicológica, siguen siendo de naturaleza psíquica [...] este no hace más que situar al sujeto en el temor de desarrollar un fenómeno interno a partir del evento que vino a sorprenderlo y que, en consecuencia, adquiere el valor de *advenimiento*” (Pomiere, 2011, p. 11).

En las situaciones donde la carencia y el exceso conducen el vínculo, el lugar del analista “[...] navega constantemente entre la tormenta pulsional y la inmovilidad forzada, en un proceso de *vacilación* o de tambaleo. Y es precisamente cuando su *lealtad comienza a ir del nadador a la ola* [...] que se produce en él el estado de fusión pastosa imprescindible para el establecimiento de una relación de

sobrefusión” (Pomiere, 2011, pp. 133-134). Ocurre entonces, que el trabajo con lo extremo moviliza muchas veces afectos silenciosos, contenidos y confusos. Siempre detrás de estos, ronda la idea de la muerte representada como peligro, abandono, o “[...] se trate de una puesta en juego del cuerpo mismo, del psiquismo o de la existencia social, estas situaciones, llevadas al extremo [...] tienen la particularidad de poner en primer plano, cuando no es la muerte real al menos la angustia primordial, los problemas de la supervivencia o, en todo caso, la cuestión de sobrevivir a algo” (Pomiere, 2011, p. 11).

De esta manera, lo extremo queda manifestado por la oposición que el evento produce en el aparato psíquico en tanto las fuerzas de vida y de muerte se ven confrontadas. Es decir, no se trata de la magnitud de lo acontecido o que la muerte misma esté en juego en ese momento, sino más bien se refiere a que “[...] la situación extrema reactiva un conflicto psíquico al actualizar la oposición entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte” (Pomiere, 2011, p. 12). Dicha tensión psíquica se orienta a lo primitivo en extremo, llevando al aplacamiento de las capacidades psíquicas disponibles en el sujeto para concatenar o significar lo ocurrido. Esta direccionalidad regresiva se observa como producto de “[...] situaciones extremas, entonces, de origen externo, en las que el sujeto es agredido, invadido, es víctima de un fenómeno que sobrepasa sus capacidades de negociación psíquica, despojándolo de su sistema defensivo” (Pomiere, 2011, p. 13).

Precisamente entonces, ante eventos de violencia externa, sobre todo aquellos que se dirigen a vulnerar el cuerpo, se produce una tensión que amenaza la imagen de sí, ya que estas situaciones “[...] ponen en juego el cuerpo mismo, el psiquismo o la existencia social e inducen una situación en la que el cuadro analítico solicita una permanente reinversión” (Pomiere, 2011, p. 11). Estos pacientes son los que atraviesan estados de angustia extrema en su estado puro, representando un desafío al analista que deberá sostener y aprender a generar un espacio con el paciente en la dirección de ir circunscribiendo un real que desborda los límites del análisis.

Según señala Pomiere, en estos pacientes, “[...] el trabajo del pensamiento se ve entonces *pasmado*. Las instancias psíquicas se encuentran en una situación como de detención, en la medida en que no hay ya intercambio ni comunicación entre ellas [...]” (Pomiere, 2011, p. 12). De esta manera, el trabajo con estos pacientes conlleva buscar la manera de instituir un espacio que permita restaurar la palabra, poniendo límite al goce, por medio de dibujar las posibilidades de inscribir aquello que se desvanece para el sujeto. En este punto, es importante no perder de vista que “[...] no podemos aprehender una situación extrema más que en relación a la singularidad del sujeto que la atraviesa. Es, por lo demás, generalmente a *posteriori* que la situación puede ser calificada de extrema, a partir de los efectos que esta ha podido producir sobre la organización subjetiva del analizante y también del analista” (Pomiere, 2011, p. 14). Con esto, la clínica de lo extremo, consiste en el esfuerzo del analista para propender que el discurso del paciente vaya en la línea de la transformación, pasando de un tenor dramático a otro mítico y “[...] pueda dar un giro trágico, comprometiendo así también el movimiento transferencial [...]” (Pomiere, 2011, p. 14).

La urgencia subjetiva

Los trabajos desarrollados en la línea de la *clínica de la urgencia subjetiva* han aportado a la reflexión acerca del quehacer del psicoanálisis en escenarios distintos al que propone un encuadre tradicional, precisamente en cómo este se despliega en instituciones que responden a misiones y objetivos que son lejanos a lo que el discurso psicoanalítico promueve en el sentido de la cura, y cuyo desafío consiste en pensar cómo en estos escenarios es posible incorporar un quehacer con la subjetividad. Así, la clínica de la urgencia subjetiva entrega elementos para la discusión sobre la práctica del psicoanálisis en contextos institucionales, bajo condiciones y escenarios complejos, donde el encuentro entre el sujeto y el Otro se ve condicionado por la particularidad de la afectación que ha producido una experiencia extrema.

El escenario en el que emerge esta clínica, corresponde a un contexto

particular. Aquí, “[...] el sufrimiento subjetivo se encuentra en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica, siendo la clínica de la urgencia subjetiva un correlato clínico y una respuesta al fenómeno de la generalización del trauma [...]” (Belaga y Sotelo, 2005, p. 1). En la época del trauma generalizado (Laurent, 2002), todo aquello que escapa a lo programado, a lo esperado, deviene en situaciones caóticas y traumáticas. Cada vez son más frecuentes los pacientes que acuden a urgencia demandando atención psicológica por síntomas que desbordan los límites y capacidades psíquicas de inscripción simbólica.

En este sentido, la clínica de la urgencia subjetiva propone tomar distancia acerca de la situación de urgencia presente, para centrarse en el trabajo con la angustia por medio de la conformación de un vínculo transferencial que propicie el anudamiento de esta a la producción significativa. En este sentido, “[...] el dispositivo será eficaz en la medida en que resuelva la consulta, trabajando la angustia del paciente, sin caer en la prisa que la urgencia presenta, sino posibilitando la emergencia de un sujeto o su implicación subjetiva [...]” (Belaga y Sotelo, 2005, p. 4). En otras palabras, se debe propiciar una escucha cuyo eje sea el rescate de lo particular que se presenta en el sujeto. De esta manera, los espacios clínicos cumplirán la función de canalizar aquello que se presenta como desbordado para el sujeto, y asimismo, prevenir el devenir traumatógeno que una falta de reconocimiento de la experiencia pudiese desencadenar para un sujeto.

La angustia, será entonces para esta clínica, el signo de una urgencia subjetiva. Si bien, la urgencia demanda de inmediatez y resolutivez, la función del analista o de quien esté disponible en ese momento, será la de “[...] esperar a que el consultante tal vez consienta al *Sujeto supuesto al Saber*, mientras algo de la desmesura se acota [...]” (Gutman, 2002). De acuerdo con Freud (2004d), de lo único que el analista ha de cuidarse, es de dejar hablar al analizado sobre sí mismo, pues la única regla a respetar en tratamiento es la de la asociación libre.

La clínica de la urgencia subjetiva se pregunta acerca de la naturaleza de ese síntoma que se presenta como urgencia, de qué manera la transferencia se

juega en ese escenario y cómo se contribuye a dar una salida a la situación traumática. La naturaleza del síntoma aquí impone la dificultad de estar bloqueado de sentido, es decir, de ser un síntoma-goce que no pretende demandar nada al Otro. Lacan enseña que “[...] el síntoma, en su naturaleza, es goce, no lo olviden, goce revestido” (Lacan, 2006, p. 139). Este aspecto complejiza la operación analítica, la que deberá apuntar a develar la particularidad del síntoma manifiesto para establecer su anudamiento transferencial hacia la figura del analista. Esto tendrá por consecuencia que “[...] el autismo del síntoma (sin transferencia) se abone al inconsciente, se abra a la vía del sentido. Es necesaria la interpretación que aisle y localice el elemento discursivo donde el sujeto podrá reconocer, al final, su ser de goce” (Belaga y Sotelo, 2005, p. 4).

En este aspecto, la función del analista irá en dirección de poner freno al exceso de sentido que comporta el síntoma y que está obturando su uso, por medio de la interpretación que posibilitará la apertura a otros significantes. Con esto, en primera instancia, deberá ser posible identificar “[...] la localización de un significante enigmático, [...] entonces, en un enunciado que es singular y no universal, se puede localizar y aislar un significante que nombra el ser del sujeto” (Belaga y Sotelo, 2005, p. 4). De esta manera, la sutileza que deberá desplegar el analista, apunta a desenmascarar lo que del relato del paciente pudiese estar obturando la salida del goce. En palabras de Lacan, “el inconsciente, es que en suma uno habla solo. Uno habla solo porque uno no dice jamás sino una sola y misma cosa — salvo si uno se abre a dialogar con un psicoanalista” (Lacan, 1976-77, p. 20).

De este modo, el aporte de la clínica de la urgencia subjetiva tendría relación con establecer canales de escucha en estos espacios, con analistas dispuestos a hacer circular la palabra en sujetos que traen algo para decir y por decir. La disposición analítica consistirá entonces, en un “[...] estado de vacuidad, un estado zen de disponibilidad a lo inesperado y un espíritu de oportunidad” (Gutman, 2002).

La escucha del Otro en el espacio institucional

En la línea de la escucha del relato que hacen las víctimas de violencia sexual, la figura de quien preste auxilio a las víctimas —sea este cualquier profesional que intervenga— al momento de la develación, es un personaje clave en el inicio de la cadena de intervenciones que la víctima deberá afrontar a lo largo del circuito institucional. En este punto, será preciso detenerse en la importancia del rol que juega esta persona como primer eslabón de la cadena. Quien recibe el relato de la víctima, cumple la función simbólica de marcar el límite que produce la alteridad que se rompe con la vivencia traumática. Este agente —cualquiera sea el ámbito de su saber (médico, legal, psicológico, social)— tendrá que dar lugar al reconocimiento, con el deber ético de otorgar la verdad al sujeto, en el sentido de dar *estatuto de existencia* a lo traumático del acontecimiento. De acuerdo con Aceituno, “[...] cualquier elaboración, incluso *reparación* tanto psíquica como social de esa realidad, no se sostiene sino en su necesario juicio de existencia [...]” (Aceituno, 2013, p. 59).

Quien se encuentra del lado de la escucha tendrá que saber de la importancia de su función, consistente en generar las condiciones necesarias para brindar una primera atención a las víctimas, considerando que la dimensión del cuidado vaya en la línea del reconocimiento de la dimensión traumática de lo acontecido para un sujeto. De esta forma, quien tenga a su cargo el primer encuentro con la víctima, cumplirá la función de la alteridad: su lugar será el de un tercero, puente entre la experiencia real acontecida, la relatada y lo social.

La importancia de este encuentro, recae en la posibilidad de volver a delimitar a aquello que, producto de la experiencia devastadora, ha resquebrajado los límites del yo y el otro. Es así como un tercero, cuya disposición sea la de otorgar la palabra y el reconocer lo que para ese sujeto acontece, abrirá la posibilidad de hacer que “[...] lo real, sobre todo cuando aparece como trauma o violencia, como catástrofe o acontecimiento, pueda ser tramitado *simbólicamente* a partir del humano ejercicio del relato” (Aceituno, 2013, p. 67). De esta forma, la función social del Otro marcará una fisura en la relación confusa entre víctima y victimario, por

medio del ejercicio de constatar, con su gesto y su palabra, la existencia del horror. Esta constatación, circunscribirá la escena traumática, propiciando el ordenamiento psíquico y el inicio del proceso de restitución del lazo social, para quien ha sido despojado de los cimientos básicos que estructuran su subjetividad.

Es fundamental que quien establezca el primer encuentro con la víctima en el espacio institucional, dé garantía de consistencia a la escucha prestada, con el objetivo de devolver la seguridad al sujeto que está siendo escuchado y reconocido a través de lo que relata, pues “[...] es preciso considerar en primer lugar que para que un episodio traumático pueda ser trabajado subjetivamente (y socialmente) es necesario otorgarle un estatuto de realidad. No hay trabajo posible de duelo o de metáfora sin pasar por esa afirmación fundamental.” (Aceituno, 2013, p. 64).

Como ya se ha visto, el trauma genera un vacío de la representación, por ende una incapacidad de transmisión. Para que el sujeto pueda hablar, es fundamental que del otro lado exista un alguien que le permita ser escuchado. Ese *alguien* es una figura clave para comenzar a circunscribir, a dibujar el espacio representacional de la vivencia inaprehensible. Es así como, por medio del relato dirigido a un otro, el sujeto parlante va asumiendo la palabra transmitida. “No hay narrador sin oyente, ni humanidad sin narración. Estamos hechos de palabras tanto como de carne. Es en ese espacio íntimo donde se genera la producción de psiquismo, andariveles e itinerarios donde se construyen amores y soledades.” (Viñar, 2009, p. 4).

El estado de desintegración psíquica que experimentan las víctimas sometidas a vejámenes en la esfera de su sexualidad, remueven las construcciones del género, de la identidad, produciendo vergüenza y culpa. Esto tiene efectos en la posibilidad de hablar sobre lo ocurrido, en la medida en que precisamente el *desde donde* se puede hablar, es decir, el lugar del sujeto, ha sido arrebatado al momento de su cosificación a través de esta forma de violencia. De esta manera, no es asunto menor la posición de quien recoja el relato de las víctimas y de las expectativas que tenga de ese relato, ya que a partir de él, se devela la confusión y desintegración producida por la violencia. La palabra en este punto conlleva el riesgo de traer

consigo la memoria, lo que puede significar “[...] volver a un estado de desintegración no solo de sí mismo, sino en su relación ética a la vida, a la forma en cómo otros pueden reconocerlo en su humanidad y cómo este puede reconocer la humanidad de otros” (Arensburg, 2015). No obstante, es justamente el relato del testimonio la única posibilidad de conocer y reconocer los efectos de la violencia sexual y el material sobre el cual se reconstituirá el escenario psíquico del sujeto. Así es como a través del testimonio, puede ser mostrada esa violencia ininteligible para el sujeto, sirviendo de puente para ligar y hacer visible una experiencia para otro (Aceituno, 2013).

La dimensión del testigo y el llamado al Otro a partir del testimonio

En el momento del encuentro con sujetos violentados en su sexualidad, es fundamental instalar una relación transferencial que permita dar consistencia y así, demarcar un momento caracterizado por la efervescencia del acontecer, que ha anulado las capacidades de procesamiento de la vivencia para el sujeto afectado. En estas circunstancias, “[...] quienes han sobrevivido a ese momento feroz [...] han podido y debido hacerlo a expensas de tener que revivir en cada momento de su recuerdo la experiencia que resiste toda historia” (Aceituno, 2013, p. 75). Es el reconocimiento de aquella vivencia, el que permite situar y dar un lugar al sujeto, más allá del que se otorga a alguien como víctima o culpable. El dar un lugar implica que, a pesar de las circunstancias contextuales, sociales, políticas y las múltiples lecturas e interpretaciones que se puedan desprender de la experiencia traumática, “[...] una mínima ética histórica no debiera retroceder frente a lo real de esa experiencia y, por lo tanto, a su imposibilidad de ser *interpretada* como un hecho histórico más” (Aceituno, 2013, p. 59).

En este punto, es importante precisar el papel del testimonio. Si bien, la justicia otorga a este acto el estatuto de verdad jurídica - emitida por la figura de un testigo sobre un hecho de la realidad - por otro lado, este testimoniar “[...] designa un *acto de habla* que implica al sujeto a la vez como agente de elocución [...] y también como *objeto* de ese acto enunciativo” (Aceituno, 2013, p. 72). Es decir, el

sujeto asiste al desdoblamiento de sí, en el mismo acto del testimoniar. Por una parte, al hablar inscribe su posición, desde donde enuncia lo que dice, y a su vez, se remite lo que fue. De esta manera, el sujeto en este acto, no hace más que “[...] hablar de sí mismo como otro: como quien ha participado de una experiencia *anterior* y que en virtud de su posición irremplazable en lo que fue puede hacer un trabajo de memoria” (Aceituno, 2013, p. 72). En otras palabras, el testimonio abarca una doble dimensión. Una parte sitúa al enunciante en la trama del relato que hace de sí mismo en la historia, a partir de su memoria, y al mismo tiempo, otra escena se va inscribiendo en lo real, en el acto mismo del habla.

Asimismo, el testimonio de alguien, entendido como acto de enunciación, va siempre dirigido a un otro. Con esto se convoca a la alteridad que, como ya hemos visto, “[...] es parte de lo testimoniado y también del lugar al cual se dirige en su enunciación” (Aceituno, 2013, p. 73). En este aspecto, el testimonio se constituye en un acto de transmisión, tanto para quien comunica su experiencia usando como medio la palabra o escritura, como para “[...] quien transmite a su turno lo que ha recibido simbólicamente” (Aceituno, 2013, p. 73). El llamado a la alteridad que hace la víctima y la forma en que ese Otro responda a ese llamado, no debe subestimarse, ya que en este acto, el sobreviviente se expone nuevamente en “[...] la violenta experiencia de hablar a otro y de recaer a veces en el territorio profundo de lo real” (Aceituno, 2013, p. 70) de quien al recordar, regresa al dolor de experimentar la fuerza del acontecimiento.

En la medida que quien escucha considere los aspectos señalados y la importancia de su función, hará del testimonio “[...] un trabajo de escritura, medio a través del cual el testigo se hace testigo de sí mismo, convocando en su gesto la alteridad de sus vínculos y de sus tragedias para traducirla como experiencia irrepetible y singular” (Aceituno, 2013, p. 74).

III. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque de la investigación

La presente investigación se desarrolla en el marco de una metodología cualitativa. El enfoque cualitativo se pregunta acerca de los sentidos (Krause, Cornejo y Radovic, 1998) a partir de las significaciones que construyen las personas implicadas en los fenómenos (Rodríguez, Gil Flores y García Jiménez, 1999) dando con ello relevancia a las subjetividades, y en particular, cómo es relatado por las propias personas involucradas.

En este caso, el estudio será llevado a cabo considerando el marco referencial a partir del cual se aproxima el sujeto que investiga a su objeto de estudio. A su vez, este enfoque es pertinente a los propósitos que esta investigación se ha puesto, en tanto apunta a desentrañar el sentido que tiene para los entrevistados, aquello sobre lo que se les interpela, extrayendo al análisis las ideas imperantes, deseos y valores que aparecen a través de la conversación con los entrevistados, y que se traducen en prácticas individuales y colectivas (Sandoval, 2002).

A partir de esta investigación, interesa aproximarse al sentido que el programa de atención a víctimas de delitos sexuales, llamado *Sala de primera acogida*, ha tenido para los profesionales que han estado involucrados desde distintos ámbitos a dicho programa, para desde allí, interrogar el relato que estos actores hagan. De esta manera, la investigación cualitativa permite inmiscuirse en un terreno impredecible (Sandoval, 2002) del cual se obtendrá información novedosa, en tanto considera al sujeto que investiga, como un sujeto inmerso en un contexto social, por lo tanto, influido por este.

Elección del lugar

El área escogida es el Complejo Asistencial Sótero Del Río (CASR). Los criterios que definen centrar la investigación en este establecimiento, son los siguientes:

- El CASR corresponde a un hospital de alta complejidad, dependiente del

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Este hospital otorga atención de salud a una población total de 1.521.144 habitantes¹⁰, concentrados en el área Sur de Santiago, territorio que abarca siete comunas - La Florida, Puente Alto, La Granja, La Pintana, San Ramón, Pirque y San José de Maipo. Tres de estas comunas¹¹, representan los más altos índices de pobreza y vulnerabilidad social a nivel regional. En este contexto, interesa conocer cómo esta estrategia se implementa en un hospital que, además de atender a una población con esta complejidad social, debe resolver un sinnúmero de otras problemáticas de salud, propias de un establecimiento de Alta Complejidad¹².

- La Fiscalía Metropolitana Sur registra un total de 2.355 denuncias por delitos sexuales el año 2013, lo cual corresponde al 27% de las denuncias que ese mismo año se hicieron en toda la Región Metropolitana, y a un 10% de las denuncias efectuadas a nivel país¹³. Este porcentaje es considerado a la hora de establecer que el CASR sería dotado de una *Sala de Primera Acogida*, el año 2005, que absorviera la demanda de atención por causas de violencia sexual en esta área de la Región Metropolitana y que trabajaría en coordinación

¹⁰Véase en: http://www.hospitalsoterodelrio.cl/home/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=96. La población que atiende el CASR representa un 10% de la población total país, que corresponde a 15.668.271 de personas. Fuente: Censo del año 2002, INE.

¹¹Las comunas de La Granja, San Ramón y la Pintana representan comunas de alta prioridad social, “presentando las peores condiciones socioeconómicas relativas medibles del conjunto de comunas de la región” (Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social Región Metropolitana de Santiago, 2014, p.11)

¹²El CASR tiene 2.708 funcionarios (médicos, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio, profesionales no médicos y administrativos). El hospital realiza atención de urgencia en unidades de emergencia, adulto, infantil y de la Mujer; atención de especialidad (CDT, CRS); Modalidad de Pensionado (niño, adulto y mujer) y toma de exámenes de distinta índole. Para más información véase en: http://www.hospitalsoterodelrio.cl/home/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=111

¹³Datos extraídos desde el Informe de cuenta pública 2014, emitido por la Unidad de Especializada de Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar, de la Fiscalía Nacional. Para más información, véase en: http://www.fiscalia.dechile.cl/Fiscalia/quienes/docu/delitos_sexuales_y_violencia_intrafamiliar.pdf

con la Fiscalía Metropolitana Sur.

- Es relevante considerar que la *Sala de primera acogida*, se dispuso en la urgencia de la mujer, pues el mayor número de víctimas correspondían a mujeres.

Diseño muestral

Selección de los entrevistados

Considerando que la *Sala de primera acogida para la atención a víctimas de delitos sexuales* es inaugurada el año 2006, en dependencias de la Unidad de Emergencia de la Mujer en el CASR, el universo muestral considera a todos los actores involucrados en la implementación de este programa en el CASR, sean estos del ámbito de la salud como del ámbito de la justicia.

Se define a los participantes del estudio como aquellos que han estado vinculados de alguna manera, a la implementación de la estrategia de atención a víctimas de violencia sexual en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR), ya sea desde el ámbito de la gestión —dando apoyo a la implementación de *Sala de Primera Acogida*— como también desde la atención directa a víctimas de violencia sexual. Los profesionales entrevistados provienen de distintas disciplinas, siendo estos médicos, trabajadores sociales, matronas, enfermeras, psicólogos y abogados.

Se considera en la selección que, los profesionales de salud y del sistema judicial, deben permanecer trabajando en cada uno de estos sectores y continuar ejerciendo funciones ligadas al campo de la victimización en violencia sexual, con el objeto de que puedan dar cuenta lo transcurrido desde el inicio hasta el momento actual, y del sentido que para cada uno de ellos ha tenido este programa a lo largo del tiempo.

Se excluye de la muestra a los técnicos, auxiliares y administrativos, ya que no estuvo contemplado dentro del rol de este grupo de funcionarios, la tarea de realizar intervenciones bio-psico-sociales a los pacientes ingresados en calidad de víctimas de violencia sexual en el hospital.

La selección de la muestra siguió un criterio abierto y progresivo. Se envió correo electrónico a algunos profesionales que trabajan en el CASR y estos a su vez, facilitaron el contacto de otros profesionales dispuestos a dar la entrevista solicitada. Si bien, se consiguió entrevistar a distintos profesionales —matronas, médicos, trabajadores sociales y enfermeras— no se logró concretar entrevista con ningún profesional psicólogo del hospital, puesto que no dieron respuesta a la solicitud de ser entrevistados.

Los criterios de selección de los entrevistados para este estudio fueron los siguientes:

- Profesionales de la salud, del ámbito de la gestión, involucrados en la implementación de la *Sala de Primera Acogida*
- Profesionales del sector justicia, del ámbito de la gestión, involucrados en la implementación de la *Sala de Primera Acogida*
- Profesionales del sector salud, que hayan realizado atención directa a víctimas de violencia sexual en el CASR.
- Profesionales del sector justicia, que hayan realizado atención directa a víctimas de violencia sexual en el CASR.

El siguiente cuadro detalla la muestra de los 10 entrevistados seleccionados:

Justicia: ámbito de la gestión	Salud: ámbito de la gestión	Salud: Atención directa	Justicia: Atención directa
1 Abogada: Unidad de delitos sexuales y violencia intrafamiliar,	2 Médicos: encargadas de la implementación de la <i>Sala de primera acogida</i>	2 matrones: pertenecientes a la Unidad de Emergencia de la mujer	1 Psicólogo: Pertenece a la Unidad Regional de Atención a

Fiscalía Nacional, Ministerio Público	<p>en el CASR y actualmente encargadas de la reimplementación de este programa a nivel nacional.</p> <p>1 Matrona: encargada del programa de la Mujer, en Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL</p>	<p>1 Trabajadora Social: Pertenece al equipo de Maltrato Infantil del CASR</p> <p>1 Ginecóloga: Pertenece al equipo de Maltrato Infantil del CASR</p> <p>1 Enfermera que realizó intervención a víctimas de violencia sexual en el CASR y actualmente coordinadora de la red de urgencias en el CASR</p>	Víctimas y Testigos (URAVIT) de la Fiscalía Metropolitana Sur.
---------------------------------------	--	---	--

Métodos de recopilación de información

Para el levantamiento de información, se ocupó la técnica de entrevista organizada bajo un guión general de preguntas que condujeron la conversación con los actores entrevistados.

Entrevistas abiertas semidirectivas

Se ha utilizado la técnica de entrevista abierta semidirectiva (Orti, 1986) , de manera de generar la mayor amplitud posible respecto de la emergencia de

temáticas que den sentido a los propios entrevistados.

La entrevista, es una herramienta que consiste en una conversación conducida a través de un guión, en donde la persona entrevistada va relatando sus opiniones permitiendo captar la situación experimentada por el entrevistado, al tiempo que permite capturar discursos particulares, que remiten a otros significados sociales y generales (Merlinsky, 2006).

Particularmente, las entrevistas efectuadas en esta investigación, tuvieron un guión general flexible y dinámico, que se fue adecuando a los relatos de los entrevistados, privilegiando el relato íntimo producido en la relación del entrevistado con el entrevistador, en forma de dialogo abierto en permanente negociación (Gaínza, 2006; Merlinsky, 2006), manteniendo un foco respecto de la experiencia de los profesionales y entrevistados.

Las entrevistas fueron realizadas de forma presencial, lo cual permitió acceder a opiniones y reflexiones variadas sobre el fenómeno investigado en un formato de conversación fluida. Se diseñó un marco de preguntas generales que sufrieron modificaciones en el transcurso de las entrevistas, en la medida que se fueron abriendo asuntos que no habían sido considerados en el guión inicial, pero que ameritaron la profundización y dieron fluidez a las conversaciones, sin perderse el foco de la investigación (Valles,1997). De esta manera, el guión general no restringió la forma en que fueron apareciendo los temas de interés, sino más bien propició un desenlace natural de los contenidos, y a su vez, delimitó el campo de producción.

Técnica de análisis de la información

Análisis de contenido

Las entrevistas son analizadas a través de la técnica de análisis de contenido, a modo de visibilizar los significados construidos y compartido que se hacen presente en el relato de los distintos actores vinculados a la temática a abordar. El Análisis de contenido, según Andreu (Andréu, 2002), busca la interpretación del contenido del habla de una forma directa, sujeta a lo que el autor

del texto plantea, así como también busca extraer su sentido latente, para expresar el sentido oculto que autor pretende transmitir, permitiendo una interpretación más tensionante respecto de los sentidos. Este análisis permite comprender el sentido dentro de un contexto, entendiendo este como un marco de referencias compuesto por toda la información que el lector pueda conocer o inferir (Flick, 2004; Andréu, 2002; Glaser B. G., 1978).

Para realizar el análisis de contenido, se ha optado por darle valor a la emergencia desde los propios relatos (Nereyda, 2008; Flick, 2004). Seguido a esto, se procedió a identificar las unidades básicas de información y la generación de un conjunto de categorías que emergen del relato del entrevistado, que permiten un análisis descriptivo de los ámbitos de interés, con el fin de comprender elementos particulares de la experiencia, mediante el relato de los sujetos. (Krause, Cornejo y Radovicic, 1998).

Procedimiento de Análisis

El procedimiento de análisis de las entrevistas realizado fue el siguiente:

1. Se transcribieron las entrevistas.
2. Se organizaron en torno a un texto.
3. Se hizo una lectura del texto considerando los objetivos específicos a analizar.
4. Se descompuso el texto, identificando las concepciones preestablecidas que sostienen el habla, las convergencias, las tensiones y contradicciones en lo dicho.
5. Se establecieron categorías generales y se reorganizó la información de acuerdo a los objetivos planteados

Consideraciones éticas

Los entrevistados hicieron explícito su consentimiento para ser parte de esta investigación, con el debido resguardo de sus identidades, en consideración de las opiniones personales que pudiesen surgir a lo largo de las entrevistas, ya que

algunas de estas opiniones pudiesen no guardar relación con el parecer de la institución a la que representan.

IV. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Para dar coherencia al análisis de la información obtenida, se organizará en relación a los objetivos específicos previamente definidos para esta investigación. El estudio consta de 3 objetivos específicos, los que serán abordados mediante dos niveles de análisis, permitiendo acceder a distintos registros del material obtenido.

Los objetivos específicos han sido definidos de la siguiente manera:

1. Describir y analizar el proceso de atención que se brinda a las víctimas de violencia sexual en el CASR.
2. Indagar en lo que los profesionales de salud relatan del encuentro con los usuarios atendidos en CASR.
3. Describir y analizar, desde el relato de los profesionales, cómo la normativa y el procedimiento procesal penal intervienen en el proceso de atención.

El siguiente cuadro grafica el orden de los objetivos específicos y el nivel de análisis que se realizará:

Análisis de las entrevistas	
Objetivo general: comprender el sentido de la atención brindada a los usuarios del programa jurídico-sanitario de atención a víctimas de violencia sexual, denominado <i>sala de primera acogida</i> , a partir del relato de los profesionales que, desde la atención y la gestión, han participado del desarrollo de este programa en la urgencia del Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR).	
Objetivos específicos	Subcategorías

<p>1.- Describir y analizar el proceso de atención que se brinda a las víctimas de violencia sexual en el CASR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso • Primera acogida • Derivación
<p>2.- Indagar en lo que los profesionales de salud relatan del encuentro con los usuarios atendidos en CASR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La violencia sexual como situación crítica para los profesionales • Producción de la Victimización secundaria en la práctica hospitalaria • Impacto del fenómeno de la violencia sexual en la interacción de los profesionales con las víctimas
<p>3.- Describir y analizar, desde el relato de los profesionales, cómo la normativa y el procedimiento procesal penal intervienen en el proceso de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posición adoptada por los profesionales de salud frente a la normativa judicial • Impacto de las disposiciones jurídicas, en la atención de salud que reciben las víctimas de delitos

	sexuales en el CASR.
--	----------------------

Objetivo específico n.º 1: proceso de atención que se brinda a los usuarios víctimas de violencia sexual en el CASR

A partir de las entrevistas realizadas, el proceso de atención pudo diferenciarse en tres categorías de análisis que dan cuenta de este proceso: Ingreso, Primera acogida y Derivación.

1. Ingreso

Del relato de los profesionales entrevistados, se describe un circuito de atención que involucra la mediación de distintos actores en el contacto con las víctimas de delitos sexuales que acuden al CASR. En primer lugar, se pueden distinguir las siguientes formas de ingreso:

1.1. Unidades de emergencia

- La Urgencia *Pediátrica*, que recibe a víctimas menores de 15 años.
- La Urgencia *General*, que recibe a víctimas hombres mayores de 15 años.
- La Urgencia de *Maternidad* o de la *Mujer*, que recibe a víctimas mujeres mayores de 15 años.

A cada una de estas Unidades de Emergencia, llegan víctimas de forma espontánea o producto de la derivación desde organismos comunitarios o instituciones públicas dispuestas en el territorio (policías, colegios, jardines infantiles, etc).

1.2. Equipo de maltrato y abuso sexual

Responde a la atención de todos los niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales, menores de 15 años. A este equipo llegan víctimas por: derivación interna desde cualquier sector del hospital donde se pesquize o devele un caso en el que se sospeche la ocurrencia de un delito sexual; por interconsulta desde otros

dispositivos de la red de salud del Servicio de Salud Sur – Oriente; o por referencia desde otros organismos comunitarios o instituciones públicas dispuestas en el territorio (policías, colegios, jardines infantiles, etc).

A partir de las dos formas de ingreso descritas, se logran distinguir distintas modalidades de atención a las víctimas en el CASR, cuyo criterio para diferenciar la atención, tiene que ver con el sexo y rango etario de las personas que consultan por estas causas.

2. Primera acogida

2.1. Espacios de atención diferenciados

El CASR y otros hospitales de Alta Complejidad, reciben a usuarios a través de servicios de urgencia que operan de forma diferenciada: “Los pacientes beneficiarios deberán concurrir a las unidades de Emergencia Adultos, Infantil y de la Mujer cuando estén enfrentadas a una emergencia que no son resueltas por otros establecimientos de la Red de Atención como los servicios de atención primaria de urgencia- SAPU- y consultorios¹⁴.”

De acuerdo con la información recabada, se desprenden 3 formas de ingreso y atención diferenciada de los usuarios que acuden al CASR:

- La atención que reciben mujeres víctimas de delitos sexuales mayores de 15 años, en la Urgencia de Maternidad.
- La atención que reciben los hombres mayores de 15 años, en la Urgencia General.
- La atención que reciben los niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, en la Urgencia Pediátrica por parte del Equipo de Maltrato Infantil y Abuso Sexual.

14

Cita

extraída

de:

http://www.hospitalsoterodelrio.cl/home/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=111

De acuerdo con el relato de los entrevistados, el ingreso y primera atención que reciben los usuarios víctimas de violencia sexual que llegan derivados desde fiscalía, policías o por consulta espontánea a este hospital, se realiza en alguna de las instancias ya señaladas, de acuerdo al perfil de atención que corresponda.

Como se ha indicado, la *Sala de primera acogida* para la atención a víctimas de delitos sexuales, se implementó en la Urgencia de Maternidad el año 2006, en vista de las exigencias planteadas a los profesionales de la salud producto de la Reforma Procesal Penal. Estas exigencias aún se encuentran vigentes y guardan relación con la realización de denuncia y de exámenes sexológicos forenses a las víctimas que requieran atención.

El desarrollo de esta *Sala de primera acogida*, responde al hecho de que la mayoría de las personas que denuncian y que llegan al CASR, son mujeres. No obstante, con el paso del tiempo se comienzan a visibilizar otros perfiles de atención.

“Lo más frecuente son las mujeres violentadas, pero también tenemos hombres y niños violentados por las madres, por los padres, por los tíos, por los abuelos, por el colegio, etc.” (Entrevista n.º 8).

“Antes se pensaba que el delito era un tema que afectaba a las mujeres adultas, pero hoy está claro que el 70% de los delitos sexuales afectan a niños, niñas y adolescentes, y ese es el eje.” (Entrevista n.º 9).

Al poco andar, las otras unidades de emergencia hicieron esfuerzos por replicar dicha sala, ya que los usuarios que comenzaron a demandar atención correspondían a distintos perfiles etarios y de sexo.

“Lo que sucedió, fue que la Unidad de Maternidad no quería atender niños, y como iban víctimas menores de 14 años a las salas que se encontraban en Maternidad, entonces surgieron los conflictos de competencia. Maternidad decía que no les competía atender a menores. No recuerdo si el MINSAL ofreció fondos o si la dirección los solicitó, pero lo cierto es que llegaron los fondos para la construcción de la Sala de Acogida en Pediatría [...] También se pensó en los varones que pudiesen llegar violados, y en la Unidad de Emergencia de Adultos,

también se pensó en un espacio especial para atenderlos [...]” (Entrevista n.º 9).

De acuerdo con lo planteado por los entrevistados, en la actualidad, estos espacios no realizan las exigencias planteadas en la normativa tales como la realización de exámenes sexológicos forenses y toma de muestras. Así es como estos espacios no son utilizados para los fines propuestos.

“Se definió un espacio, pero en el andar, la presión asistencial de la Medicina General, hizo que esos espacios refaccionados quedaran para camas de hospitalización transitorias. Entonces, como las Salas de Acogida no funcionaban en Maternidad ni en Pediatría, obviamente Urgencia de Adulto no puso ningún mayor interés en desarrollarla” (Entrevista n.º 9).

Por un lado se diferencia la atención que reciben las mujeres y hombres mayores de 15 años, y por otro lado, a partir de la información otorgada por los entrevistados, se constata la existencia de un *Equipo de Maltrato Infantil y Abuso Sexual* en el CASR, que se encarga exclusivamente de dar atención a los menores de 15 años que ingresan al hospital por delitos sexuales.

De acuerdo con lo señalado, este equipo comienza a funcionar el año 1989, con anterioridad a la puesta en marcha de la *Sala de primera acogida* que se implementa el año 2006 en la Urgencia de Maternidad, surgiendo producto del interés de un grupo de profesionales que vieron la necesidad de abordar este fenómeno.

“De antes, en el Sótero, había en ese tiempo, un equipo que trabajaba en Pediatría, liderado por la doctora, que atiende a los niños con maltrato, con violencia, y entre esos temas, le tocaba también trabajar con los niños víctimas de abusos sexuales. Ellos eran un equipo de 3 personas: la doctora, la psicóloga y la asistente social, quienes veían la estrategia de trabajo conjunta, tenían los conocimientos, conocían la red [...] Creo que fue una motivación personal del equipo, que dada la experiencia de la Doctora, instaló este trabajo, muy valioso por lo demás. Estando eso funcionando, es que aparece la Reforma Procesal Penal.” (Entrevista n.º 10)

2.2. Recepción de usuarios

2.2.1. Recepción de usuarios mayores de 15 años en las unidades de emergencia del CASR

De acuerdo con el relato de los entrevistados, los pacientes tanto adultos como menores de edad, solían ingresar a cualquiera de las unidades de emergencia del CASR acompañadas por policías —Carabineros o PDI— o algún familiar. En ambos casos, el ingreso de la persona se hace en presencia del familiar que acompaña. Este ingreso es efectuado por un profesional, matron/a o enfermero/a, según la unidad de emergencia a la cual llegue la víctima.

La forma de ingreso y recepción de las víctimas, se describe de la siguiente forma, por parte de los entrevistados:

“No existe un protocolo escrito, secuencial, de quién la ve primero y quien la sigue viendo después. La paciente ingresa como cualquier otro, habitualmente, con un familiar o acompañante. Por ejemplo, si viene con Carabineros o con la PDI, ellos son los que inscriben a la paciente. Luego, la víctima ingresa, es controlada y pasa a ser vista por la matrona o matron de turno. Posteriormente, el médico es quien decide la conducta a seguir [...]” (Entrevista n.º 1).

De acuerdo con lo planteado por este entrevistado, existiría un espacio de atención diferenciado en la urgencia para recibir a estos pacientes. Sin embargo, se evidencia un procedimiento que no se distingue del estándar que se realiza a otros pacientes que llegan al CASR por esta vía de ingreso.

“El ingreso era mío. Esa paciente venía acompañada. Teníamos una sala, uno de los boxes era especial para eso. El box cuatro era, y partíamos al tiro con la paciente para allá con su acompañante. Y ahí se le empezaba a preguntar (Entrevista n.º 2).

“La matrona atendía primero, y tú hacías un resumen de diagnóstico tanto... el paciente refiere tal cosa y en ese tiempo teníamos que escribir, no teníamos computadora. Y él médico, lo hacía nuevamente basado en eso. Luego, seguía consultándole a la mamá y completando (Entrevista n.º 2).

2.2.2. Recepción de usuarios menores de 15 años, por el Equipo de Maltrato Infantil y Abuso Sexual del CASR.

Como ya fue planteado, otra vía de ingreso al CASR se realiza a través de este equipo. De acuerdo a lo señalado por una de las médicas encargadas de este equipo, *“El abuso sexual se considera una urgencia desde el año '89, por lo tanto, cada vez que llega un niño a consultar por un abuso sexual o por un probable abuso sexual, se ve en ese día, inmediatamente” (Entrevista n.º 6).*

Este equipo se compone, inicialmente, por una médico ginecóloga, un médico psiquiatra, una trabajadora social y una psicóloga. Luego de 3 años el psiquiatra deja de trabajar para el equipo y el año 2010 se contrata a otra ginecóloga para apoyar la atención. Este equipo se focaliza en brindar una atención inmediata a todos los menores de 15 años que han sido víctimas de maltrato y abuso sexual, que por lo general, corresponden a casos que presentan larga data desde el acontecido del abuso, o bien, presentan cronicidad en su ocurrencia. A este equipo también le toca dar una primera atención cuando se presentan casos en dicha instancia cada vez que son requeridos en la urgencia pediátrica del hospital. Así es como, de acuerdo a lo señalado por una entrevistada, *“cuando hay un caso en urgencia, nos mandan una interconsulta e íbamos las tres a la urgencia [...] Cuando íbamos nosotros, hablábamos con los papás, la mamá o si venía del colegio insistíamos que tenía que venir la mamá a hablar con nosotros. Y nosotros nunca hablábamos con la víctima, eso lo hacía la psicóloga [...] El equipo completo entrevistábamos a la familia, lo que pasa es que a la víctima, el resto del equipo no la veía, sólo intervenía la psicóloga (Entrevista n.º 4).*

De acuerdo a lo señalado por la misma entrevistada, el proceso de atención se daba de la siguiente manera: *“[...]en un plazo muy corto. Ahora no sé si eso fue bueno, pero atendíamos casi como si estuviéramos en urgencia [...] Ingresaban, yo los ingresaba, venía una doctora, la doctora la veía. Luego venía la psicóloga y la veía. Ahora se da otro sistema porque, como te digo, antes estábamos bien aglutinadas, bien sintonizadas técnicamente, ahora el ingreso es diferente. Más*

lento, ya que llega, se le ingresa, lo ve la doctora y se le da una hora en el futuro. Pero no sé...” (Entrevista n.º 4).

2.3. Importancia de la privacidad

De acuerdo a lo señalado por los distintos actores entrevistados, la *primera acogida* o primera atención a los usuarios que han experimentado violencia sexual, representa un punto importante dentro del proceso de atención que estos reciben. Los entrevistados señalan que esta primera atención se realiza, por lo general, en un box o espacio diferenciado de la sala de espera en la urgencia, con el objetivo de resguardar la privacidad de la persona afectada.

Según refiere uno de los profesionales entrevistados, en estos casos: *“La privacidad debe ser extrema. De hecho teníamos un cuarto especial para poder interrogarla. Para mí era eso, la contención y que siempre debía estar acompañada de alguien muy cercano a ella [...] decirle oye vamos a ayudar, y si no quieres que te hagamos esto, no [...] Había una actitud de ayuda de todas maneras, sin tratar de dañar más a la mujer que ya viene dañada. Y tampoco victimizarla, como que todos estuvieran como encima, ¡oh pobrecita! y que todo el mundo se enterara, sino que se trata de decirle a ella: ya paso esto, estamos contigo, no sé... Tampoco era volver a exponerla. Y eso era por lo menos lo que yo tenía entendido... (Entrevista n.º 2).*

En el espacio diferenciado descrito y dispuesto para la atención a víctimas, se realiza la *primera atención*, que incorpora tanto aspectos del buen trato a los usuarios como otros procedimientos que por protocolo deben realizarse en dicha instancia, antes de la atención que más tarde realizará el médico de turno. Cabe mencionar que, los profesionales que dan la atención consideran la entrega de información clara y la voluntad de las personas, en cuanto a decidir realizar los exámenes que se le ofrecen.

“La verdad es que siempre examinamos a los niños, pero para examinar el área genital le pedimos permiso y esto, a cualquier edad [...] Está la mamá presente. Como somos pediatras con la otra doctora, tenemos un natural acercamiento a los

niños. Le pregunto si va al colegio, cómo se llama la tía del colegio, si tiene más hermanitos y le digo: "¿Sabes qué? Te voy a examinar, te voy a mirar [...] Entonces lo llevo a la camilla y le digo a la mamá que aún no le quite su ropa interior. Comienzo a revisar los ojos, la boca, los dientes, el cuello, etc. y luego empiezo a bajar, y le explico que le voy mirar el "popín" con la mamá. Las dos juntas lo examinamos. En mi caso, por formación profesional, porque soy ginecóloga infantil, siempre les examino los genitales a todos los niños, es un examen general para mí" (Entrevista n.º 6).

Los entrevistados enfatizan el hecho de otorgar palabras que expliquen a las víctimas los procedimientos clínicos necesarios a realizar, como también consideran relevante responder a la voluntad de lo que las víctimas quieren o no realizar.

"Por ejemplo, el doctor le decía: "mira tenemos que hacerte eso, pero ¿Tú estás de acuerdo? Había una consideración de decirle, mira esto es importante, esto no puede volver a pasar, pucha sabemos que esta adolorido. Es como darle un poquito de protección, de que se sienta cómoda, acogerla y contenerla. Ese era el sentido como implícito, para mi implícito, pero además resguardar lo que puede ser usado judicialmente después." (Entrevista n.º 2).

Otro aspecto a destacar en la atención que se otorga a las personas, de acuerdo a lo relatado por los mismos profesionales que realizan la primera acogida, es la consideración de realizar una atención médica rápida y personalizada, que transmita al paciente la preocupación del personal del hospital por su bienestar.

"En general, desde el punto de vista [...] de la matrona o matrón, se realiza una buena acogida y nos preocupamos de darle una atención pronta, con el fin de que no espere mucho rato [...] Nosotros tratamos de optimizar y agilizar la atención por parte médica" (Entrevista n.º 1).

Con esto, se evidencia que, en primer lugar, son los aspectos del cuidado sanitario los que se intentan otorgar de la mejor forma. Los profesionales de salud incorporan en su atención elementos del buen trato y acogida a las víctimas, aspectos que se realzan en la normativa del programa *Salas de acogida*. No

obstante, se puede observar que las exigencias legales respecto a la atención que debiesen recibir estas personas en los servicios de urgencia, no se estarían cumpliendo específicamente las referidas a la toma de exámenes sexológicos forenses y la conservación de muestras.

"Se da la contención del paciente, de darle un trato [...] Bueno, eso es lo que se hace, resguardar su privacidad, tratarla como una emergencia y no hacerla esperar tanto rato y comunicarse inmediatamente con el jefe o el médico a cargo para que la evalúe rápido. Porque lo que hacemos ahora no es tanto examen físico, que por lo general llegan después de días, donde ya se ha duchado, alterando todo. Entonces ahí se enfoca en el tratamiento preventivo de la parte clínica, que es la administración de medicamento, pastillas de emergencia, anticonceptivo de emergencia, se le consigue eso y se le hace su tratamiento y se maneja esa parte. Y se la deriva con interconsulta al Servicio Médico Legal si quiere, para hacer la denuncia igual" (Entrevista n.º 2).

De esta forma, se observa que en los espacios de la urgencia del CASR, la primera acogida no estaría incorporando los aspectos judiciales exigidos, restringiéndose sólo a la atención sanitaria.

El siguiente entrevistado detalla el tipo de intervención que se otorga en un primer momento a las víctimas, la cual ilustra lo señalado:

"Una anamnesis dirigida, referente a lo sucedido en cuanto a la agresión, pero acotándose a preguntas muy básicas, con el objetivo de no llegar al problema en sí, para no sacar a relucir la agresión misma que vivió la paciente. Las preguntas básicas consisten en si ha tenido gestaciones previas, si ha tenido relaciones sexuales anteriores, si usa algún método anticonceptivo, y cuándo ocurrió el abuso. Después de ello, se ingresa a la paciente y categoriza según la patología, es decir, según el cuadro que presenta para que sea vista por el médico. En estos casos, se le informa al médico que la paciente tiene que ser vista con prontitud, y los médicos lo manejan bastante bien [...] Después, en la atención médica, la verdad es que no sé qué tipo de atención se le hace [...] Obviamente es una atención profesional, pero específicamente qué se hace, cuál es el protocolo a seguir y todo lo demás, lo

maneja directamente el mismo médico (Entrevista n.º 1).

Si bien, la atención que describe el entrevistado no incorpora elementos del ámbito pericial, en el siguiente extracto, la matrona hace referencia a aspectos judiciales que estarían incorporados en la primera atención que realiza.

“Yo como matrona primero interrogaba por lo que le pasó. La mamá te iba contando, o la niña, la joven, o la adulta, o lo que fuera, te decían. Tú le tratabas de decir... Algunas venían completamente choqueadas. Otras estaban, podían conversar y de ahí tú evaluabas eso y llamabas inmediatamente al residente, al médico, a cualquiera de ellos. Nosotros llamábamos siempre al jefe de turno, al tiro” (Entrevista n.º 2).

Con esto se observa que el principal foco de la atención en salud está puesto en otorgar una atención sanitaria de calidad a las víctimas, que resguarde la privacidad y respete la voluntad de las mismas. No obstante, si esto aporta al ámbito judicial o no, es algo que estaría en segundo plano.

2.4. Abordaje clínico de la violación

La primera acogida que se realiza a personas que ingresan al CASR por casos de violación, consideran un proceder del personal de salud distinto al que se realiza ante personas que presentan daños causados por otras formas de violencia sexual. Sobre esto, una de las entrevistadas refiere lo siguiente:

“Lo primero que se debe hacer siempre, es estabilizar al paciente en caso de daño físico. Después se puede proceder a un servicio de acogida mayor. La verdad, a mí, en mis 30 años en el servicio de urgencia, nunca me ha tocado recibir una violación aguda. Como son 3 o 4 casos al año, no considero extraño que no me haya tocado nunca, estos casos son realmente muy escasos” (Entrevista n.º 6).

A continuación, se observa el conflicto que se produce entre las competencias clínicas de los médicos y la necesidad de atención de los usuarios. Aquí se explicita que la atención de una persona se posterga hasta que el médico especializado se encuentre disponible. Esto, a pesar de que la normativa sobre la atención a víctimas de delitos sexuales en salud, debe otorgarse de forma eficiente

y oportuna.

“Lo que pasa es que si llega un niño a la 1 am y el médico hace turnos hace poco, este médico va a tener poca experiencia y el niño va a tener que esperar a que llegue una de nosotras al otro día a las 8:30 am. Va a hacer que este niño espere 6 u 8 horas. Tampoco estoy a favor de esto. Yo estoy aquí todos los días hasta 2:30 pm y mi colega también. Por lo tanto, hacer esperar a alguien desde 2:30 pm hasta 8:30 am del otro día, es mucho. Porque los otros no se van a sentir capacitados para sacar muestras ni nada de eso” (Entrevista n.º 6).

De acuerdo a la normativa judicial, la atención médica esperada en este tipo de casos, contemplaba el examen sexológico forense junto con la toma y conservación de muestras físicas y biológicas, cuyo fin es apoyar el proceso de persecución penal. Con esto, se espera que los usuarios no tengan que trasladarse al Servicio Médico Legal para ser examinados, por los largos tiempos de traslado y espera que esto conlleva y por el riesgo a que los usuarios se retracten de denunciar en ese lapso de tiempo.

El hecho de que ante este tipo de casos, las personas fueran derivadas desde el CASR al Servicio Médico Legal, evidencia que los casos de violación se presentan como un problema especialmente crítico y complejo a abordar desde el punto de vista de la atención que realizan los profesionales de salud. A consecuencia de ello, se difiere la atención de estos pacientes a otras instancias, con todos los riesgos que conlleva el no brindar una atención inmediata.

Las siguientes viñetas, ilustran el grado de complejidad que representan estos casos para el personal de salud:

“Ahora, felizmente, en la experiencia nuestra, las violaciones son las menos. Por una razón... Bueno, es bueno que sean menos. Esos casos van algunos directamente al Servicio Médico Legal, o llegaban a urgencia y se enviaban al Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 4).

“[...] eso lo ven los cirujanos y ellos constataban alguna lesión en la zona genital o que sé yo [...] Entonces, si llegaba un niño, por ejemplo, se dejaba la constancia con Carabineros. El carabinero tomaba los datos del acompañante, ya

sea la madre o el padre, y tomaban los datos del niño y se dejaba una constancia. Después, con una interconsulta, se enviaba al niño al Servicio Médico Legal, para que fuera evaluado por un perito” (Entrevista n.º 3).

A partir del relato de los entrevistados, es relevante considerar que en pacientes que consultan por violación, se privilegia la atención médica para luego derivar los aspectos periciales. Es decir, más allá de la atención clínica correspondiente a un examen médico general, el médico de turno no realiza los exámenes ni la toma de muestras que deben realizarse a las víctimas de delitos sexuales, de acuerdo con la normativa legal que así lo indica¹⁵.

“Normalmente, las violaciones ocurren en niñas adolescentes o preadolescentes. Son niñas más grandes. Estas violaciones que ocurren 3 o 4 veces en el año, las mandamos al Servicio Médico Legal [...] primero se hace el ingreso a la unidad, esto lo tenemos escrito. Se registra el ingreso, se lleva a la sala de acogida, una sala pequeña con dos sillones y una silla, se registra la derivación al Servicio Médico Legal y se deriva al Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 6).

“[...] el médico indica la terapia, los medicamentos, decide si la paciente es derivada al Instituto Médico Legal, si requiere otra intervención, si tiene que ir a ITS, etc. Él decide la conducta a seguir o el protocolo a seguir” (Entrevista n.º 1).

La atención médica en la urgencia relatada por los entrevistados, consiste en un examen de medicina general y la indicación de tratamiento farmacológico. De esta forma, queda en la figura del médico, la decisión de derivación de la víctima al Servicio Médico Legal. No obstante, ante casos de violación reciente, algunos entrevistados señalan que la mayoría de las personas que llegan por esta causa al CASR, son derivadas al Servicio Médico Legal luego de recibir la primera atención y de ser examinadas por el médico de turno.

¹⁵ Las razones e hipótesis descritas por los entrevistados, acerca de los motivos por los que los médicos no realizaron los exámenes y toma de muestras correspondientes y exigidos por el Código Procesal Penal, serán revisados en el Objetivo n.º 3.

3. Derivación

Este proceso será descrito en relación a lo que los mismos profesionales relatan, y se refiere a cuando las víctimas son derivadas al Servicio Médico Legal. De acuerdo a lo relatado, existe poca claridad en lo que sucede después de que los usuarios son derivadas a esta instancia, desconociendo si estas personas realmente llegan al Servicio Médico Legal o si después de esto, reciben la medicación señalada en el hospital San José (los pacientes mayores de 15 años) o en el hospital Roberto del Río (los pacientes menores de 15 años). Ambos hospitales, cercanos al Servicio Médico Legal, se encargan de otorgar la entrega de profilaxis a los usuarios luego de que estos han recibido atención en el Servicio Médico Legal.

Sobre esto, una de las entrevistadas señala:

“[...] Finalmente todo se concentró en la Urgencia de Maternidad [...] por un tema ginecológico, de especialistas, y después tampoco siguió en la maternidad y los pacientes fueron derivados al Servicio Médico Legal. Sin acompañamiento y confiando en que los padres llevarán a sus hijos. Se iban por sus propios medios [...] Y adultos también, ellos comenzaron a ser derivados al Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 3).

“[...] como que después de esto, se desligó todo lo que era parte del manejo de exámenes, de custodia. Ya no corre. Ahora, a uno lo antes posible le dan tratamiento [...] Entonces de ahí se mandaban al Servicio Médico Legal y no sé más allá” (Entrevista n.º 2).

Con respecto a esto, los profesionales refieren que existe escasa o nula comunicación con el Servicio Médico Legal que permita saber si las personas derivadas reciben atención en ese lugar. Una de las hipótesis señaladas por los profesionales es que, estas derivaciones pocas veces se concretan debido a que las víctimas son enviadas por su propia cuenta a este Servicio, lo cual conlleva el riesgo de que las personas finalmente se retracten de recibir esta atención y de realizar la denuncia.

[...] Iban o venían acá, luego a maternidad y después se iban al Servicio Médico Legal sin acompañamiento. Entonces no sabíamos, y tampoco el Servicio Médico Legal te retroalimenta. No dice el paciente enviado tal y tal... No [...] Lo enviábamos y perdíamos la pista del paciente [...] Entonces tampoco se ha logrado este feedback, que el Servicio Médico Legal ~~para~~ pueda retroalimentar a las urgencias [...] Nunca vuelven. Niñitos abusados sexualmente no vuelven [...] Por último, volverá por una patología específica [...] Los padres no dicen el niño vino antes por... Y tú te olvidas de caras y de nombres” (Entrevista n.º 3).

3.1. Seguimiento: falta de registro compartido entre las instituciones intervinientes

En definitiva, al no existir registros compartidos o instancias que permitan realizar un trabajo de seguimiento intersectorial con respecto a la situación de las víctimas, ocurre que estas terminan *perdiéndose en el camino*, lo que impide que las instituciones que atienden a estos usuarios —en este caso el CASR y el Servicio Médico Legal —puedan hacer una evaluación acerca del impacto de las intervenciones que realizan, visualizar nudos críticos y elaborar posibles soluciones a estos. En la actualidad se desconocen estos aspectos, por lo tanto, no se puede probar la eficacia del programa, a modo de conocer cómo impacta la primera atención que realizan los profesionales de Salud en la continuidad del tratamiento de ese usuario y sí esto contribuye o no a evitar la victimización secundaria.

“[...] Habría que focalizar, más a futuro, la etapa de seguimiento. Esta etapa yo la he notado débil [...] Eso es vital, y que se lleve un buen registro y poder tener esa retroalimentación [...]” (Entrevista n.º 4).

De acuerdo al relato de una de las entrevistadas, ocurre que algunas víctimas que pasan por el Servicio Médico Legal son nuevamente referidas al CASR o bien, derivadas al Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS).

“ [...] a veces las mandaban con nosotros y otras veces al CAVAS [...] Sí, yo creo que la mayoría los derivaban al CAVAS, otros casos los teníamos nosotros y hacíamos lo mismo que hacíamos con todos los demás. Ingreso desde el punto

de vista ginecológico, la ginecóloga de igual forma tenía que terminar los tratamientos que le indicaban desde el Médico Legal, los ingresaba y yo desde el punto de vista social, intervenía como asistente social y lo mío era dirigido fundamentalmente a la protección. Entonces, terminaban en terapia con la psicóloga” (Entrevista n.º 4).

Objetivo específico n.º 2: encuentro con los usuarios atendidos en el CASR

Los profesionales entrevistados dan cuenta de su encuentro con las personas atendidas en calidad de víctimas de violencia sexual, proponiendo metáforas o figuras a partir de las cuales refieren dicho encuentro. Para esta categoría, fueron diferenciadas las siguientes subcategorías o tópicos: La violencia sexual como situación crítica para los profesionales de salud; Producción de la victimización secundaria en la práctica hospitalaria; y el impacto del fenómeno de la violencia sexual en la interacción de los profesionales con los usuarios.

A partir del relato de los profesionales entrevistados, en primer lugar se hacen presentes las significaciones que ellos otorgan al fenómeno de la violencia sexual y su complejidad, junto a la percepción de incapacidad de ellos mismos para atender adecuadamente a los pacientes en calidad de víctimas de violencia sexual; y en segundo lugar, se aprecia cómo esa significación les afecta en la aproximación que estos actores tienen hacia estas personas.

1. La violencia sexual como situación crítica para los profesionales de la salud

A partir del relato de los entrevistados, se desprende una comprensión de la violencia sexual como un fenómeno de complejidad bio-psico-social difícil de abordar desde el ámbito de la salud, en tanto el daño que esta produce excede lo propiamente físico, dando cuenta de una dimensión psicológica tanto o aún más afectada que la física, y de una dimensión socio-cultural propicia para la generación y perpetuación de estas vulneraciones.

“Es bien amplio el concepto, porque pensamos que existe desde la pornografía, hasta las tocaciones, hasta la violación, todo eso lo consideramos

abuso nosotros [...] Yo diría que es porque es la vulneración más grande que uno ve, o sea, más fuerte. Incluso, desde mi punto de vista, más fuerte que el maltrato físico. El maltrato físico si tú lo trabajas, yo creo que se pueden lograr cambios, se puede aminorar el daño que queda, el mental. Pero el abuso yo lo encuentro más fuerte. Yo diría que es eso” (Entrevista n.º 4).

“El abuso está claro. Todo lo que tiene que ver con la parte genital es someter al niño a un abuso sexual. En general, cuando hay abuso sexual, no hay maltrato infantil. Es decir, no hay maltrato infantil en cuanto a daño físico propiamente tal, porque obviamente el agresor va involucrando a la víctima en un juego tal, que en el minuto en el que llega a ser agresivo, la víctima puede a protestar o reclamar” (Entrevista n.º 6).

Del relato de los entrevistados, se puede apreciar una comprensión acerca de los aspectos fenomenológicos y psicosociales involucrados en esta forma de violencia. Estas apreciaciones de los profesionales de salud, generan dificultades a la hora de intentar proteger y reparar los daños que produce este tipo de violencia.

“Yo creo que es tan complejo. Es por la forma como se produce y después ver a la familia, que es una entidad protectora, pero no lo es. Ya que el gran porcentaje, por estadísticas nuestras, se produce al interior del hogar por miembros de la familia que deberían ser protectores y no lo son. Uno puede entender que sea el agresor una persona externa. Esa situación es complicada. Un espacio que debe ser de protección, de seguridad, no lo es. Y muchas mamás, una vez con la psicóloga quisimos ver eso, pero nos faltaba tiempo. Muchas mamás habían sido violadas, abusadas [...] y les pasaba lo mismo a las hijas” (Entrevista n.º 4).

“[...] son familias poco funcionales, poco protectoras. Las mamás minimizan, en el asunto del acoso” (Entrevista n.º 4).

A su vez, los profesionales reconocen los aspectos contextuales en los cuales se produce la violencia sexual, dando énfasis al factor de desprotección que representa el entorno cercano (familia) para las víctimas, lo cual incrementa la complejidad y la dificultad del abordaje de estos casos. El factor de riesgo que representa un contexto familiar de desprotección, aumenta la sensación de

incapacidad a la hora de enfrentar estos casos por parte de los profesionales que intervienen, lo cual excede las capacidades del mismo sistema sanitario, para dar por sí mismo una respuesta de real protección a las víctimas.

“Si queremos erradicarlo de verdad, el foco no va en las Salas de Acogidas que son solo para el momento de crisis. La reparación o la ayuda que se le tiene que prestar, sale de ese foco de momento de crisis que son solo un par de horas, esto es mucho más largo y es un proceso intersectorial que tiene que ser acompañado, y sacado del lugar donde está viviendo esa persona” (Entrevista n° 8).

“No somos profesionales capacitados para atender ese tipo de pacientes [...] a veces, aparte de dar una palabra de aliento, más no sabemos. Y nadie tampoco nos ha enseñado como auto-protegernos. Hay momentos en donde tu familia quiere interactuar contigo y estas como bloqueada. Sobre todo en casos que te impactan [...] Me llegaron dos niñas que fueron violadas por el padre y después las mato [...] entonces, te digo, ver eso te impacta. Le impacta a todo el mundo, no solamente a uno, sino que ves a médicos llorando, enfermeras llorando y son cosas que no te enseñan a manejarlo” (Entrevista n.º 3).

Los profesionales de la salud reconocen su incapacidad para abordar este problema, ya que excede sus competencias y área de formación. Si bien, se espera que estos profesionales (enfermeros, matrones, médicos y trabajadores sociales) sean capaces de dar la mejor atención a estos pacientes, estos señalan no sentirse preparados para abordar a las personas que se han visto afectadas por hechos de violencia sexual, desde el punto de vista psicológico.

“[...] yo no engancho con eso para protegerme yo. Si tú enganchas con todos los problemas de todas las historias de los pacientes, tú te vas llenando de una carga emocional increíble [...] Entonces, que hace uno al final, es como que vas a meter los dedos a la chimenea, tú sabes hasta donde puedes llegar, porque si llegas más allá te vas a quemar. Uno, claro, hace todo lo que tiene que hacer, mejor de lo que uno puede hacer y de repente, te digo, lloramos y lloramos. Pero de ahí te corres, retrocedes...” (Entrevista n.º 3).

Con esto se evidencia el alto estrés al cual se ven expuestos los profesionales de la salud en general cuando se enfrentan a estos casos, ya que exceden su formación técnica y capacidades de abordaje. Al respecto, se hace referencia a que estas personas debiesen ser atendidas por profesionales psicólogos, dado que la dimensión de lo traumático se ve especialmente involucrada.

“Es difícil, por eso necesitamos urgente psicólogos en las urgencias. Porque si quieren que exista un personal que atienda feliz de la vida a los usuarios, como debiera ser, debe haber alguien que te apoye, que te enseñe, que te guíe [...] Y te digo, a veces no pueden ni hablar y para eso, deberían entrenarte. Porque con una buena capacitación, o con un profesional adecuado al lado, o el que corresponde, tu puedes entregar mucho más a la familia y la familia no se va con esa visión de que todos son unos cara de palo con un corazón de hielo, con esa sensación de creer que ni siquiera nos duele lo que les está doliendo. No, porque a nosotros también nos duele” (Entrevista n.º 3).

Además del alto estrés al que se ven enfrentados los profesionales en la atención de urgencia, no existen espacios de autocuidado o de apoyo a los equipos que realizan atención a personas que han atravesado situaciones traumáticas. Esto pone en evidencia las pocas herramientas entregadas a los profesionales que trabajan con estas problemáticas, para tramitar lo que les acontece al enfrentarse a estas situaciones.

“Esa crisis también se manifiesta en el personal, y a su vez esa crisis se manifiesta en los usuarios, y los usuarios perciben que una está estresada, pero ellos creen que su enfermedad es la más grave, aunque sea dolor en la uña” (Entrevista n.º 3).

Esto, como se ha visto, gatilla distintas reacciones poco atingentes y descuidadas por parte del personal de salud, lo cual se torna más grave cuando afecta a sujetos que han experimentado este tipo de violencia. Así es como, una de las formas que tienen de enfrentar esta situación, es a través de la reproducción de dinámicas excesivamente protocolizadas que afectan la respuesta hacia las

víctimas.

“Todo está súper mecanizado. Nos hemos preocupado de que haya una Sala de Acogida, que tenga las condiciones mínimas, que un profesional del ámbito de la Salud (médico o matrona) la vea, y después de eso, la mandas al Servicio Médico Legal. Ahí igual la ve un médico, y se le toman exámenes y la derivan para que le den medicamentos; y después sigue el control de los medicamentos por profilaxis con médicos o profesionales del área. Entonces, como ves, estamos súper mecanizados, no estamos mirando nada más” (Entrevista n.º 8).

“La percepción general de la gente es que no tiene tiempo para ese tipo de cosas, pero después se van dando cuenta de que no es un tema de tiempo sino del cómo se están haciendo las cosas. El tratar de dar una buena atención a las víctimas de violencia sexual, permeará en otra áreas de salud también. La inmediatez en la sociedad actual, genera la relación médico-paciente que tenemos hoy, donde prima la eficiencia, la producción antes que la calidad de la atención” (Entrevista n.º 9).

Este desconocimiento y falta de formación de los profesionales que realizan atención a personas atravesadas por lo traumático, genera distintas reacciones que pueden impactar en el encuentro con estos usuarios y producir efectos negativos sobre la salud mental, incrementando su afectación inicial. Esto es lo que se entenderá por victimización secundaria.

2. Producción de la victimización secundaria en la practica hospitalaria

La *victimización secundaria* se produce en la medida que la institución, en este caso de salud, que debiese responder aminorando los efectos de la violencia sexual en las personas afectadas, acaba produciendo un incremento del malestar o afectación en estas, lo cual termina siendo tanto o más perjudicial para su salud mental y física que la vulneración inicial acontecida producto del delito.

La falta de preparación de los equipos que realizan la primera atención a estas personas, es decir, su falta de formación y de conocimientos acerca de cómo enfrentar este tipo de casos, decanta en la producción interacciones que entorpecen

la recuperación de los aspectos psicológicos que se han visto afectados en estas personas a raíz del evento traumático.

“Típico que tú llegas a un hospital a una Urgencia, y con lo primero que te encuentras es con el guardia que te pregunta “¿A qué viene?”. Y después, te encuentras con el SOME y te pregunta “¿A qué viene?” “¡Ah! Pero eso le paso porque viene vestida así pue, cómo se le ocurre...”, “¿Y en qué andaba usted a esta hora?” todas esas preguntas son incómodas e indolentes, que están dadas por la cultura que tenemos [...] Empieza desde el momento que el guardia te mira feo en la puerta. No sólo en las mujeres, a las personas de la diversidad. Imagínate en los transgéneros... desde el guardia en la puerta ya lo discrimina y son los más violentados” (Entrevista n.º 8).

Lo anterior, es un ejemplo acerca lo que se produce por falta de competencias o preparación a la hora de enfrentar este tipo de casos. Este hecho puede generar diversas situaciones perjudiciales para la canalización del trauma en las personas afectadas por delitos sexuales, provocadas por el mismo personal de salud. Ejemplos de dichas situaciones son: la emisión de juicios morales a las víctimas, provocar la culpabilización en las personas afectadas por lo ocurrido, evitar o negar la atención (derivación a otras instancias) e incluso en quitarles la posibilidad de hablar a las víctimas producto de la renegación de lo acontecido.

“[...] acá llegan mujeres maltratadas, golpeadas. Ahora que voy a las urgencias, me ha tocado ver en las tres, que consultan mujeres maltratadas [...] Como te digo, falta equipo que vaya a la urgencia [...] Esa tarea la tiene que ver el equipo clínico que sólo va a ver hematomas, que sólo va a ver fracturas y después la parte psicológica y emocional la va a tener que ver, con suerte, un mes después” (Entrevista n.º 3).

La *victimización secundaria* ha sido principalmente entendida por los profesionales de la salud, como aquello que se produce cuando las personas afectadas por hechos traumáticos de estas características, deben repetir en múltiples instancias, el relato de lo ocurrido. También se alude a que esta victimización se da cuando los usuarios deben esperar largo tiempo para recibir

atención.

“Para mí, es tener que volver a recordar un hecho traumático. Pero yo podría entrevistar a la mamá, pero a esa víctima nunca, nunca. La doctora cuando la examinaba, cuando la atendía, ahí preguntaba pero lo justo y preciso [...] Y ahí pasaba a la psicóloga [...] (Entrevista n.º 4).

“Muchas veces, a parte de los tiempos de espera, a la víctima se le interroga una y otra vez, ya sea por el médico, por el fiscal, el actuario, etc. Al preguntarle tantas veces lo mismo, sacan a relucir el problema una y otra vez, lo que afecta negativamente a la víctima” (Entrevista n.º 1).

De esto se desprende la necesidad de capacitar a los profesionales que atienden a estos usuarios, o bien, de contratar a profesionales psicólogos en estas instancias hospitalarias, a modo de poder otorgar un espacio de escucha y reconocimiento a quienes se han visto afectados por hechos traumáticos de esta naturaleza.

En el siguiente apartado, se verá cómo estos aspectos ligados a la falta de formación o preparación técnica hacia los equipos profesionales que trabajan en temáticas vinculadas a la atención de las personas que han experimentado acontecimientos que van en la línea de lo traumático, impacta en la atención que estos profesionales realizan.

3. Impacto del fenómeno de la violencia sexual en la interacción de los profesionales con los usuarios

Como ya se ha enunciado previamente, la interacción entre los profesionales de la salud y las personas que acuden al sistema sanitario en busca de atención, se ve afectada por el impacto que produce el que estas últimas se hayan visto perjudicadas por hechos de violencia sexual. Dicho impacto puede deberse a la falta de herramientas por parte del personal de salud para afrontar este tipo de atenciones, como también puede deberse a la excesiva presión asistencial que tienen los equipos que trabajan en el hospital, para quienes estos casos representan una demanda de atención distinta a la que se otorga habitualmente en urgencias.

“[...] habitualmente no es una emergencia porque, por ejemplo, vienen en Julio a las 9 pm porque la niña fue víctima de un abuso en febrero cuando estaban en el campo veraneando con el papá. Y si se le pregunta ¿y cómo y por qué la trae ahora?, responden "es que estábamos viendo televisión, me contó y la traje de inmediato". Eso no es una emergencia. Por supuesto, es una emergencia psicológica para la madre, pero para el niño no. Para el niño preferimos la reserva. Le recomendamos a la madre que no se le pregunte nada más al niño. Al día siguiente puede ver a un psicólogo, con el objetivo de que este profesional le tome el relato al niño de la forma más pura posible, para así evitar que el niño tenga que repetírselo a cinco personas. Eso no está bien. Además, le van quitando o agregando cosas al relato. Es por esto que le decimos a la madre que, desde ese momento, no debe preguntarle nada más al niño y se le dice que nadie más le pregunte, es porque queremos que la psicóloga que está en el equipo trate de obtener el relato lo más completo posible” (Entrevista n.º 6).

De aquí, se observa que la demanda asistencial que producen estos pacientes, es de un ritmo distinto a lo que están acostumbrados los profesionales de salud que trabajan en las urgencias hospitalarias.

“Las urgencias sólo se justifican si el evento ocurrió antes de 48 horas o si hay heridas activas y sangrantes en el minuto de la consulta. Si no, la necesidad de verla en ese preciso minuto no es para nada absoluta [...]”. (Entrevista n.º 6)

Lo que se aborda como urgente, en la urgencia, no es más que el daño físico que pueda haber ocasionado el delito. El aspecto psicológico se pospone, el que puede darse meses después, cuando se haga efectiva la interconsulta psicológica. Lo que puede entenderse como una demanda psicológica, no es escuchada en el espacio de la urgencia, pues el tiempo de la develación no ocupa el mismo ritmo que una urgencia en sentido médico de un accidente, por ejemplo. Esto hace que las prácticas instaladas en el hospital choquen con los tiempos de quienes solicitan atención por violencia sexual.

“[...] porque habitualmente el niño ha sido víctima de abuso durante un largo período y hay un momento en el que relata. Sin embargo, no es que haya sido

abusado en ese mismo momento. Probablemente, lo haya sido durante un largo tiempo. Es por este motivo que le pedimos a nuestros funcionarios que no tomen el relato del niño, porque pensamos que lo mejor es que lo haga una persona capacitada, como las dos psicólogas que están en nuestro equipo [...] La verdad es que en eso hemos tenido nuestras discrepancias. Nuestra psicóloga estaba dando hora para dos meses más. No es instantáneo. Antes lo hacíamos como una recepción urgente, pero no hemos logrado todavía ese gancho” (Entrevista n.º 6).

Del relato de los entrevistados se puede desprender que los profesionales de la salud - no psicólogos - no cuentan con las competencias para afrontar esta dimensión del daño, lo cual se refleja en la reticencia para recepcionar el relato que las personas afectadas por hechos de violencia sexual puedan traer. Ejemplo de lo anterior, se puede ver plasmado en los siguientes extractos de las entrevistas realizadas:

“[...] yo nunca entrevisté a los niños, nunca, nunca, nunca [...] Nosotros veíamos a todos, pero a los niños los veía la psicóloga. Los entrevistaba la psicóloga” (Entrevista n.º 4).

A modo de contrastar la postura argumentada por algunos médicos con respecto a rol que les compete en la atención a víctimas, un punto interesante a considerar, son las expectativas que profesionales del ámbito judicial tienen en cuanto a la atención que los médicos puedan brindar a las víctimas. Con esto, una abogada entrevistada da cuenta acerca de lo que para ella representa la figura del médico, y cómo es que a través de este actor, sería posible obtener información que sirva al proceso investigativo. De esta forma, la entrevistada refiere:

“Hoy por hoy, de los casos que se van a juicio oral, yo diría que el 80% depende de la anamnesis. Muchas veces las víctimas se retractan y el retracto no es sólo la negación, sino también, el no volver a hablar de los hechos. Quizás se lo dijo a su mamá, al médico y nunca más habló del tema. A los médicos, la gente le dice cosas que no le dice a la policía. Porque pasa que va, y está en el ámbito de la recuperación y si uno al médico no le cuenta todo, está jodido. Hasta el niño más pequeño, sabe que si le pregunta si le duele, tiene que decir lo que le pasa”

(Entrevista n.º 7).

A partir de este extracto, se observa cómo la figura del médico representaría un agente de confianza para las víctimas, desde el punto de vista de la abogada. De acuerdo a lo planteado por ella, la atención del médico sería clave por la transferencia que las personas depositarían en esta figura, promoviendo la confesión de las víctimas casi de forma espontánea. Es interesante contrastar esta representación expuesta por la abogada, con lo que en realidad se ha extraído de las entrevistas realizadas. Precisamente en el espacio del CASR, ocurre lo contrario a lo planteado, observándose constantemente una reacción evitativa por parte de los médicos y otros profesionales, a recepcionar cualquier tipo de relato que pudiese abrir algo de aquello del orden del horror experimentado por la víctima. Cabe preguntarse si la retractación de las víctimas pudiese estar ligada, de alguna manera, a esta falta de recepción y a esta derivación casi inmediata que se realiza cada vez que las víctimas de violencia sexual buscan algún tipo de acogida en estos espacios.

Por su parte, una de las medidas que los profesionales del CASR han tomado respecto a la recepción del relato de estos pacientes, ha sido el delegar esta función al profesional psicólogo con el fin de evitar que la persona afectada relate más de una vez lo acontecido. No obstante, el problema que se desprende de esta medida es que el psicólogo no se encuentra disponible en las urgencias cuando las víctimas se presentan, ya que estos no están contratados en sistema de turnos y tampoco en las urgencias.

“[...] lo que yo entiendo, es que cuando tú interrogas al paciente reiteradamente o reiterativas veces, lo vuelves a hacer sentir lo que sintió la primera vez [...] Eso debiera estar normado. Los niños no debieran someterse a variadas sesiones de interrogatorios, no. A lo mejor un especialista o todos capacitados para, pero una vez y nunca más.” (Entrevista n.º 3).

“[...] todos los niños pasan a psicólogo. Todos, no hay ninguno que no pase. Y todos son evaluados por la asistente social, donde se hace una ficha familiar y se hace una visita domiciliaria, con el fin de conocer el entorno, las redes familiares.

Ya que, si hay un niño que es víctima abuso o es un niño con condiloma, y por lo tanto, se sospecha que ha sido abusado, pido que todos los adultos se dirijan a la sección ITS aquí abajo para que los evalúen [...] si hay sospechas de una enfermedad de transmisión sexual, todos los adultos de la casa donde vive el niño tienen que venir a ITS [...] (Entrevista n.º 6).

Se observa que en la atención de urgencia para los casos de violencia sexual, prima la tendencia a abordar los daños físicos a partir de la búsqueda de hallazgos evidentes o apuntando a la prevención de las enfermedades que la violencia sexual pudiese provocar en el cuerpo, también los profesionales que intervienen reconocen la afectación que este tipo de violencia produce a nivel psíquico, dando cuenta de esta dimensión del daño a partir de lo que ellos mismos relatan de su encuentro con los usuarios.

A continuación, se muestra la visión que los profesionales tienen acerca de los pacientes que reciben:

“[...] Recuerdo que más tarde fui yo quien atendió a esta niña y presentaba una amnesia absoluta del evento. Total. Ella negaba todo, no se acordaba de nada y no era capaz de decir nada del evento [...] Las dos veces que la vi, la mamá me decía que no recordaba nada.” (Entrevista n.º 6).

“[...] muchas veces llegan retraídas, muy calladas y transmiten sensación de tristeza. La mayor parte de las veces llegan llorando. Habitualmente, el familiar que la acompaña o el funcionario (de la PDI o de Carabineros), es el que más aporta datos respecto de dónde fue encontrada, qué ocurrió, etc. Y esto pasa porque la paciente se mantiene muy retraída como para poder hablar por sí misma” (Entrevista n.º 1).

Aquí se plantea un punto que diferencia la atención que recibe una víctima, de lo que ocurre en el encuentro con otros pacientes. Esto dice relación con lo que gran parte de los entrevistados refieren como *resguardo de la privacidad*. No obstante, se destaca en el relato de los entrevistados, la atribución a las víctimas de elementos de pasividad, de mutismo o negación con respecto a la experiencia acontecida. Por lo general, es la figura de un otro —policia, madre, médico— quien

habla por la víctima. La privacidad de la víctima en el espacio de atención que se le otorga en el CASR, por lo general, es un espacio en donde siempre hay un otro auxiliar que acompaña y quien habla por ella. Por lo tanto, el espacio de intimidad, o de acogida se produce en la práctica como un espacio en donde no se diferencia entre el sujeto víctima y el otro acompañante.

Acerca del impacto que produce la temática de violencia sexual en la interacción de los profesionales de salud con pacientes que sufren sus consecuencias, se puede apreciar desde el relato de los entrevistados, que los aspectos ligados a la escucha del sufrimiento o malestar producto del trauma, es algo constantemente evadido. Este vacío en la primera atención a usuarios atravesados por hechos de violencia sexual, impacta en la relación que los profesionales de la salud puedan establecer con estos pacientes que, dadas las características de la experiencia acontecida, han visto afectados los cimientos en los que sostienen sus relaciones con los otros. Desde la *Clínica de lo traumático* se releva la importancia de este primer encuentro, en donde se espera que los profesionales que brinden la atención, realicen un reconocimiento en la escucha de lo que estos pacientes tengan para decir en respecto a la experiencia de lo traumático. De esta manera, se pretende reconstruir algo de aquello que, en lo subjetivo, fue arrasado por la experiencia acontecida. La constante negación de estos aspectos del daño en el encuentro con los usuarios, acrecenta las posibilidades de que los efectos del trauma vivenciado tengan peores consecuencias sobre el psiquismo de los sujetos.

Objetivo específico n.º 3: relación a la normativa y procedimiento procesal penal: tensiones en el proceso de atención de usuarios en el CASR

Esta categoría reúne las particularidades reconocidas por los entrevistados, acerca de los efectos que ha tenido la implementación del programa de atención a víctimas de delitos sexuales en CASR, llamado *Sala de Primera Acogida*, que a propósito de la Reforma Procesal Penal, impone nuevas exigencias al quehacer de los profesionales que otorgan prestaciones sanitarias a las personas afectadas por

delitos sexuales que acuden a las urgencias hospitalarias.

Para cumplir con este objetivo, fueron diferenciadas las siguientes subcategorías: 1) Posición adoptada por los profesionales de la salud frente a la normativa judicial, y 2) Impacto de las disposiciones jurídicas en la atención de salud que reciben las víctimas de violencia sexual.

1. Posición adoptada por los profesionales de la salud frente a la normativa judicial

Como ya se ha descrito en el objetivo n° 1, la estrategia de atención a víctimas de delitos sexuales cuyo foco se pone, inicialmente, en la atención a menores de 15 años, comienza a desarrollarse en el CASR el año 1989, con anterioridad a la Reforma Procesal Penal. Esta estrategia - que surge del interés de un grupo de profesionales que ven la necesidad de dar respuesta oportuna a estas víctimas - incorpora elementos del ámbito judicial en su procedimiento, como lo es la interposición de denuncia, cuya función recae en la asistencia social del equipo. Junto con ello, también realizan derivación de casos de violencia sexual reciente al Servicio Médico Legal.

Con la llegada de la Reforma Procesal Penal durante el año 2000, y la implementación de la *Sala de Primera Acogida* en el año 2006, los profesionales de este equipo, no refieren variaciones en la forma de atender ni en la forma de proceder con relación a las denuncias y a la derivaciones que han seguido realizando hasta la actualidad.

“[...] nosotros, en general, no hemos cambiado la forma de atención. Tenemos un equipo encargado del maltrato infantil, en donde están incorporadas las víctimas de abuso y las víctimas de maltrato. Esto funciona así desde 1989”. (Entrevista n.º 6).

No ocurre lo mismo con el programa de atención a víctimas de delitos sexuales, que se inaugura con la implementación de la *Sala de Primera Acogida* en la Urgencia de Maternidad del CASR. Como bien se ha visto, este programa nace como una respuesta a las nuevas exigencias que impone la Reforma Procesal Penal al sector Salud, las cuales ponen énfasis en la obligatoriedad de denunciar para

todos los funcionarios ante la sospecha o develación de un delito sexual, así como también, imponen a los médicos la obligatoriedad de la realización de exámenes y tomar muestras como medio de prueba para la fiscalía, en caso que el juez así lo ordene. De esta manera, la obligatoriedad de la denuncia, trae consigo la posibilidad de que el fiscal solicite al hospital las pruebas necesarias para apoyar el proceso investigativo.

“[...] la instalación de la Reforma, que parte primero en regiones, al momento de implementarse en Santiago, cuenta con una norma del MINSAL que decía que había que atender a las víctimas de delitos sexuales en las dependencias del hospital. Entonces, a propósito de eso, como partida de la Reforma en Santiago, el Servicio de Salud Sur-Oriente, donde he trabajado toda mi vida prácticamente, definió que había que avanzar en ese tema en conjunto con la Fiscalía Regional Sur. Fue así que se instaló una sala, con recursos de la Fiscalía y espacio físico y todo el resto puesto por el Hospital, en la Unidad de Maternidad, en la Emergencia de Maternidad”. (Entrevista n.º 9)

Estas nuevas disposiciones legales, exigen que el personal sanitario incorpore en la atención de urgencia, elementos y procedimientos propios del quehacer forense, situación que produce una serie de resistencias en los profesionales que realizan atención a las víctimas de delitos sexuales en este contexto hospitalario.

“[...] frecuentemente la Fiscalía decía que ellos habían puesto recursos, que tenía que ver con ropa de repuesto, con muebles, con computador, con una máquina fotográfica, con una serie de elementos que permitían atender a las víctimas en mejores condiciones (de hecho, después, la máquina fotográfica se perdió y hubo un sumario porque quién tenía la máquina era todo un cuento, porque eso hay que rendirlo a la Fiscalía). Y el Servicio de Salud puso el espacio físico, las camillas, y todo lo que significaba toma de exámenes, y todo el apoyo propio del hospital en atención de las víctimas. Hubo una inauguración, yo sé que fue con mucho bombo y todo el mundo feliz. Y ahí empezó a funcionar. En el primer año, la sala atendió a alrededor de 40 personas, al segundo año 36, al tercer año como 18,

al cuarto año como 7 y después nunca más se atendió. Esa fue la evolución en el tiempo de esta sala” (Entrevista n.º 9).

Del extracto anterior, se observa de qué manera este programa representa una responsabilidad compartida entre el Ministerio Público y Salud, y las primeras dificultades que surgen con respecto al cuidado de los bienes ahí disponibles. A raíz de esto, aparece el tema de la responsabilidad. Es decir, el evento de la pérdida de la cámara pone en evidencia, desde un comienzo, un conflicto que se seguirá reproduciendo en la continuidad de este programa, y que tiene relación con la tensión presente entre los representantes de ambos sectores —Fiscalía y Hospital— con respecto a qué es lo que compete realizar a cada instancia frente a las personas afectadas por delitos sexuales. A partir de esto, se podrá analizar cuál es la posición que los profesionales entrevistados desde ambos sectores, toman con respecto a este programa.

1.1. Denuncia

Con respecto a la denuncia, se observan algunas dificultades respecto a lo que implica este acto en la atención que realizan los entrevistados. Específicamente, se refieren a cómo esta obligación legal interfiere en la relación que se establece con los familiares de las personas que se han visto afectadas por hechos de violencia sexual.

La posición que enuncian los profesionales de salud es la siguiente:

“[...] llegaba un niño y se le diagnosticaba abuso, probablemente abuso, y todo el mundo esperaba que nosotras que estábamos constituidas como equipo, hiciéramos la denuncia, hiciéramos todo. Entonces, en un minuto yo vivía en tribunales, como que trabajaba en tribunales [...] estuvimos años sin la Reforma. Pero yo diría, haciendo la denuncia, yendo a ratificar la denuncia y después cuando estuvo la Reforma comenzamos a ir a las audiencias [...] Nosotros en un tiempo, como te dije, hacíamos todas las denuncian, todas las que me tocaban a mí” (Entrevista n.º 4).

Ante la carga que significaba hacerse responsable de todas las denuncias,

se define la alternativa de no hacer directamente la denuncia, sino más bien, realizar un acercamiento con el adulto responsable, en este caso, del niño, niña o adolescente que se vio afectado por el delito. Según refiere la entrevistada, esta modalidad busca asegurar que los mismos involucrados se hicieran parte de la denuncia. De esta manera, se busca evitar las posibles retractaciones tan comunes en los familiares de las víctimas, y eventualmente, contribuir a la reparación de las víctimas.

“[...] nos empezamos a dar cuenta que íbamos al tribunal y entonces decían: la señorita no me entendió bien o eso no paso, le ponen demasiado, no fue tanto, ella es mentirosa. O sea, miles de argumentos. Entonces, cuando empezamos a darnos cuenta de que esto ocurría, comenzamos a realizar un trabajo en paralelo a la mamá, a educarla, ya que ella debía hacer la denuncia, ya que era muy sanador para la hija, ya que era chiquitita y ella no lo podía dimensionar, pero a futuro sería muy sanador para la hija ver la protección de la mamá, a través de la denuncia [...] Como nosotros dejamos de hacer denuncias, [...] queríamos generar un cambio, porque nosotros quedamos tranquilos, de que se atendió bien, ya que se había hecho todo lo correcto (Entrevista n.º 4).

Con esto, se observa como este equipo de profesionales es capaz de generar una alternativa que se adapta a las características del fenómeno de la violencia sexual, considerando sus particularidades, sin dejar de cumplir con la normativa de denunciar. Lo que hace este grupo de profesionales, es percatarse de que la denuncia es más efectiva cuando involucra la voluntad de quienes se han visto afectados por este tipo de delitos.

Por su parte, la médico entrevistada señala que en la actualidad, las denuncias son efectuadas por profesionales correspondientes al área jurídica del hospital.

“[...] entonces, le decimos a la asistente social que hay que hacer una denuncia por probable abuso, la asistente social hace un informe, lo envía a jurídica y jurídica hace la denuncia [...] Desde hace 2 o 3 años lo hacen ellos [...] Antes la hacíamos nosotros [...] Habitualmente, en los abusos, privilegiábamos que los

padres hicieran la denuncia, pues eso tiene un efecto terapéutico. Cuando el niño ve que su familia está involucrada y hace la denuncia tiene un efecto terapéutico y eso se ha visto. Y muchas veces, se hace la denuncia a través de jurídica y también la madre ha hecho la denuncia por su parte. Eso es bueno para el niño, porque este se da cuenta de que le creen, le cuidan, lo quieren, lo protegen” (Entrevista n.º 6).

Si bien, de alguna forma este grupo de profesionales ha podido vérselas con esta obligación legal en el CASR, es importante detenerse sobre este punto, dado que a partir de la obligación legal de denunciar, surgen algunas reflexiones en torno a cuestionarse sobre si la denuncia es suficiente para lograr la protección hacia quienes sufren violencia sexual, y si este programa en particular, contribuye efectivamente a que esto suceda.

Como ya se ha visto, la concreción de este acto jurídico y social por parte del profesional que trabaja en salud, representa un compromiso posterior con la víctima, además de convocar al escenario del tratamiento una serie de factores a abordar, que van más allá de la clásica forma de reparar los cuerpos.

Si bien en medicina se trata del abordaje de los cuerpos, de su suturación y la prevención de las enfermedades que se puedan suscitar, el fenómeno de la violencia sexual, viene a remecer la forma concreta y específica de dibujar soluciones farmacológicas sobre el cuerpo dañado. En estos casos, como ya se ha dicho, se abre una dimensión desconocida, ajena al quehacer cotidiano de la medicina, y lo más complejo de todo, inabarcable por sí sola desde el ámbito de la salud.

“[...] en el diario vivir espontáneo, si un médico pesquisa que un paciente está siendo violado o qué sé yo, tendría que denunciar. Pero si la mamá lo oculta y toda la cosa, no sé, depende mucho de la víctima. El médico tendría que hacerlo como parte de su quehacer [...] Ahora el tema que corresponde, es que se haga la denuncia en el momento en que se haga el peritaje. Eso como primera cosa, y segundo, es que va a seguir expuesta al riesgo si uno no toma medidas. Si vuelve a su entorno, volverá a sufrir y seguirá siendo vulnerada. Son acciones que se pueden evitar, porque una persona de cáncer también, si va a su casa va a seguir

con el cáncer y no tengo muchas herramientas para cortarlo de inmediato, pero en este otro caso, si uno implementa algo, podría evitar que siga avanzando o que se siga generando la vulneración de derechos” (Entrevista n.º 10).

Ahora cabe preguntarse, qué es ese *algo* que podría implementarse para prevenir la violencia sexual. Sobre este punto amerita detenerse en la diferencia que la médico realiza entre la enfermedad – el cáncer – y el fenómeno de la violencia sexual. De acuerdo a lo que la entrevistada plantea, se desprende la concepción de que el acto de la denuncia sería crucial para que se den una serie de otros elementos que permitan detener la violencia. Se ha planteado previamente, en el desarrollo del marco teórico, la relevancia que conlleva el acto de la denuncia para el reconocimiento social del delito, en la medida en que a través de este acto, se devela y se sanciona una situación que no debiese ocurrir y que, por lo tanto, marcaría el inicio de las acciones de todo un sistema que se pondría a disposición de la víctima para propender a la reparación social del daño ocasionado, es decir, en el sentido de un *hacer justicia* para la víctima.

En esa línea, la normativa legal ha permitido que surjan una serie de iniciativas desde las políticas públicas, como un intento de abordar este fenómeno. Sin embargo, a través de este estudio queda de manifiesto la insuficiencia de la norma por sí misma. Su efectiva implementación pasa porque la política pública, entregue las herramientas suficientes para que quienes deban hacer operar el sistema, lo hagan de una manera efectiva. Y esto, en el marco de la implementación del programa de la *Salas de Primera Acogida* del CASR, como se ha visto, no pasa únicamente por la negativa de los médicos y otros profesionales de la salud a interponer una denuncia y otorgar los exámenes forenses correspondientes a las víctimas; más bien, es necesario leer esta resistencia de los profesionales de la salud, como un síntoma de algo que no funciona. Esto guarda relación a un saber - implícito o no – acerca de los límites de la justicia en el enfrentamiento social de la violencia sexual, y más aún, pasa por ver que, aunque el programa de atención a víctimas se hubiese podido implementar en el CASR, esta acción por sí sola, desde el ámbito de la salud, no es suficiente como respuesta estatal para enfrentar la

violencia sexual.

“[...] no funciona en la articulación. Pese a cualquier restricción que tenga, si no funcionan en la articulación, no tenemos las herramientas necesarias para darle a esa mujer o esa persona para poder salir del entorno, porque si no la sacamos ¿Qué saca con denunciar? Que el marido le vuelva a pegar o hasta la mate en ese mismo instante [...] Por ejemplo, si la persona va a Carabineros y pone la denuncia, al final la restricción es que el acusado no puede acercarse a menos de 100 metros de la persona, pero lo que vemos todos los días en las noticias es que el tipo igual le pega, la mata, la viola hasta con niños. Y eso ocurre porque tampoco tenemos las herramientas policiales para que realmente haya un resguardo. No va a estar el Carabiniero todo el día afuera de la puerta de la casa para que el tipo no entre” (Entrevista n.º 8).

Aquí es donde se produce el choque entre el deber ser del sistema jurídico, es decir, la arbitrariedad de la ley y la dimensión de la realidad con toda su complejidad. Si bien la ley marca un límite, reconoce un antes y un después, en la medida en que permite situar al sujeto en la sociedad, en una relación al otro a través de un lenguaje compartido, la imposición del *para todos* de la ley deja fuera el *para quién*. Con la aplicación al *todos por igual*, se oprime la historia, la memoria de ese alguien que bien, tendría algo por decir con respecto a su deseo.

“La experiencia psicoterapéutica [...] muestra la presencia harto común de la posibilidad de elaborar lo traumático y de sobrevivir creativamente a sus efectos. Posibilidad de pensamiento, de sublimación, de simbolización, que descansa a menudo en el soporte humanizante de los vínculos con los otros, de quienes el sujeto traumatizado recibe las herramientas colectivas para “elaborar” su dolor e, incluso, su vergüenza. Sin embargo, no es menos cierto – y la historia lo muestra – que esta posibilidad que recrea la humanidad de los vínculos y de las experiencias personales puede verse afectada hasta el punto de anularse toda posibilidad de sobrevivencia subjetiva.” (Aceituno, 2013, p. 62).

Así es como, la figura de la víctima arrastra consigo la consigna del silencio, del sometimiento a los avatares institucionales y la pasividad con respecto a decidir

sobre su propio deseo, condiciones perpetuadas por un sistema desvinculante y descoordinado que legitima, mediante la condena de las víctimas, su permanencia en un estado de desintegración aún mayor al producido por el evento traumático.

Para la abogada citada anteriormente, por defecto prima la aplicabilidad de la ley para los funcionarios de salud, independiente de las circunstancias puntuales que puedan surgir como manifestaciones de las víctimas respecto a la conveniencia o deseo de interponer una denuncia.

En este contexto, nada de lo que la víctima tenga por decir, es suficiente o razonable desde el punto de vista jurídico para no interponer una denuncia. Así es como, el sufrimiento psíquico es pasado por alto en razón del deber ser que impone la ley. Este hecho es particularmente crítico en casos donde la violencia sexual representa la última frontera de un tipo de violencia simbólica que deambula a nivel de lo social, y tal cual vemos, se hace encarna en estas prácticas institucionales que no dejan espacio a la subjetividad. En este sentido, la Ley viene a acallar todo lo que la víctima pueda decir respecto a su sufrimiento y a las circunstancias de este. Tras esto, opera el implícito de que la Ley por sí misma sería portadora de eficacia, actuando a expensas de lo que la víctima/sujeto pudiese aportar en la búsqueda de dar una salida a su sufrimiento y su estado de vulnerabilidad.

“[...] a las 2 o 3 de la mañana, el Sistema Judicial no tiene nada disponible más que el teléfono del fiscal que con suerte te contesta, y si contesta, contesta el secretario o secretaria pero ni siquiera te contesta el fiscal de turno. Entonces, enfrentado a eso y que muchas veces el que violentó a la persona está en la puerta del box esperando ¿Qué haces tú? ¿La obligas? Si logras convencerla, lo haces, pero si no lo logras, no puedes arriesgar a esa persona aún más si no existen las redes para denunciar de una forma segura.” (Entrevista n.º 8).

“[...] como era un tema legal, había que hacerlo igual [...] Hay recursos, actitudes de la gente, proyectos incompletos que se supone que porque “la ley lo dice”, todo el mundo debe hacerlo, lo cual no es cierto, ya que debe haber capacitaciones, construcciones colectivas que se tienen que dar para funcionar efectivamente.” (Entrevista n.º 9).

1.2 Examen sexológico forense

Este punto es el que reviste mayor resistencia por parte del personal médico, quienes se ven exigidos a efectuar el procedimiento por normativa.

Como se ha visto, por parte de ambos sectores —Ministerio Público y Salud— se hicieron esfuerzos al nivel de la gestión para que estos exámenes fueran tomados en la *Sala de Primera Acogida*; sin embargo, al poco andar, esto no se concretó por una serie de dificultades relatadas por los médicos, entre las que se destacan las siguientes:

- La exigencia de que los gineco-obstetras tuviesen que realizar examen sexológico con características forense a todas las víctimas que se presentaran en el CASR, siendo que estos no se sentían capacitados para atender a niños u hombres adultos, dada su especialidad.
- La exigencia de tener que prestar declaración en juicios, para lo cual no tenían la preparación ni el tiempo suficiente.

Algunas de las siguientes citas, ilustran lo señalado:

“Estamos conscientes del problema que hay, pero nadie se hace cargo. De hecho, conseguir la Sala, el espacio, fue complicado. La Sala a veces la prestaban, a veces no, no cuidaban los equipos, etc. Entonces sí, el problema todo el mundo lo sabía, que hay que denunciar, que hay que darle una atención a las víctimas, que hay que darle un tratamiento, etc. Pero nadie asume eso con responsabilidad, sino que se piensa que alguien va a venir a arreglar eso y por lo tanto, no cambió la atención de la víctima en el choque. Se siguió haciendo lo que se estaba haciendo antes, es decir, que se mandaba a la víctima al Servicio Médico Legal [...]” (Entrevista n.º 10).

Esta normativa que impone un cambio en el modo de atender a las víctimas, produce una serie de inconvenientes y resistencias en los funcionarios de salud, propiciados principalmente por la forma en que se trata de implementar este programa, el cual fue carente de un trabajo previo de preparación con los profesionales, sobre todo con médicos, en materias forenses y de atención a víctimas. Así también, hubo brechas en materiales y equipos que permitieran llevar

a cabo las nuevas exigencias.

Por su parte, un profesional entrevistado, perteneciente al sector justicia, señala:

“Desde que no tenían cuestiones tan básicas como cartuchos de papel para levantar las cadenas de custodia. Segundo, que no había cómo levantar o llenar las NUE (Numero Único de Evidencia) para levantar las cadenas de custodia. Tercero, les faltaba cierto instrumental para los exámenes. Bueno, y para mí esto siempre ha sido tabú, pero yo no sé si es cierto que existan los colposcopios dentro de los servicios de salud. Sé que están en el Servicio Médico Legal, pero necesitaban un colposcopio que estaba en el Médico Legal y que era muy caro, que no se podían comprar, y eso no lo compramos nosotros, decían [...] La cámaras fotográficas, etc. Y ya empieza el gran tema que ellos no son peritos forenses. Entonces, no tienen la experticia de poder definir que si existe o no existe lesión. A la larga, con todas esas dificultades van decantando. En el fondo, te terminas quedando con la atención que hace el Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 5).

A todo lo anterior, se suma el hecho de no haberse contemplado cómo serían cubiertas las horas médicas en la urgencia, cada vez que estos profesionales tuviesen que asistir a prestar declaración:

“Mi impresión es que los médicos, si bien comenzaron este proyecto con mucho entusiasmo, después se les complicaba la vida cuando tenían que ir a la fiscalía a declarar. Ellos tenían que costear a sus remplazantes si es que tenían que salir de la urgencia, en algún horario de turno. [...] entonces eso les fue complicando, y por ese lado ellos comenzaron a referirlos a la maternidad y de la maternidad los derivaban al Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 2).

Por su parte, en opinión de una profesional del sector judicial, la negativa de los médicos a realizar los exámenes forenses, ocurriría por lo siguiente:

“[...] no quieren ir a juicio, porque en el juicio los cuestionan y a ellos no les gusta que los cuestionen. Además, pierden tiempo porque un juicio puede caer en hora de sus consultas, pierden plata. Y creo que en definitiva, no tienen mucho compromiso con las víctimas. Hay lugares donde existe gente excepcional, no son

todos. La gran mayoría tenía ese comportamiento, y excepcionalmente había gente comprometida [...] pero también ellos dicen “yo no lo sé hacer” y al final esa era la respuesta que te daban... “lo voy a hacer, pero no tengo idea”, lo que al final era lo mismo que decirte que no lo van a hacer o que lo harán mal” (Entrevista n.º 7).

No obstante, los médicos de turno, quienes deben realizar los peritajes sexológicos además de seguir otorgando atención a todos los pacientes que se presentaran de urgencia, declara no sentirse capacitados para realizar exámenes de carácter forense, lo cual se tradujo en que las víctimas siguieran siendo derivadas al Servicio Médico Legal.

“[...] en el Sótero del Río, se pasó de haber estado atendiendo y tomando fotos a los pacientes en las Salas de Acogida, a no hacer nada. Y no es que hayan disminuido los delitos, como expliqué antes, sino que lo que probablemente se hizo, fue decirle sutilmente a esas personas, “aquí no se atiende así que mejor váyase al Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 9).

“La sala empezó atendiendo a un poco más de gente al principio, cuando estaban más motivados y presionados probablemente, y empezó a morir naturalmente en el tiempo. Nadie dijo ¡la sala se cierra! sencillamente, cada vez empezó a haber menos funciones. Claramente no han disminuido los delitos sexuales, lo que sucedió fue un desconocimiento del procedimiento a seguir y antes de que la persona entrara a la Urgencia, donde estaba ubicada la Sala de Acogida, la derivaban al Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 9).

Las dificultades relatadas, fueron generando una serie de inconvenientes en la relación y articulación entre los profesionales de Salud con los fiscales y otros profesionales pertenecientes al Ministerio Público, al tiempo que existía un compromiso de parte de las autoridades para llevar a cabo este programa.

Sobre esto, una abogada del Ministerio Público refiere:

“[...] el Código Procesal Penal fue mucho más explícito y claro en esta tarea y en el rol de denuncia, y se incorporó un artículo donde quedó súper explícito qué debes o no debes hacer. Y dentro de los ingresos de las denuncias, una de las primeras vías de ingresos importantes de este tipo de delitos, es Salud. Entonces,

yo creo que ahí, en ese minuto se debe haber pensado que era una buena vía para hacer el camino más corto. Y lo otro, es que el equipo de la URAVIT, cuando se determinaba la sala, llegaba con capacitaciones y sensibilidad en el área para las personas que iban a trabajar en el área. Había todo un dossier propiamente tal, tanto de capacitaciones, contenidos, etc. Que Incluía reuniones de coordinación, después se trabajaba un flujograma, después se hacían capacitaciones, etc” [...] (Entrevista n.º 7).

A su vez, los profesionales del Ministerio Público, asumen que la implementación de este programa se dio de manera abrupta y sin sopesar todas aristas a abarcar para que los médicos de salud pudiesen adaptarse a esta normativa. De esta manera, el sector justicia reconoce que no hubo una preparación suficiente en estos aspectos, lo cual dificultó y produjo el fracaso de este programa en el CASR.

“Yo creo que en la implementación cambiaría, primero, que fue muy de golpe y porrazo el rol que le estábamos pidiendo a los equipos médicos, de tener a equipos médicos que nos enviaban algunos certificados de constatación de lesiones que nunca los llevaste a juicio oral, que nunca tuvieron que defender su peritaje, que nunca se expusieron desde esa perspectiva a un juicio. Pensando en la modalidad antigua, de la noche a la mañana hoy tiene este rol” (Entrevista n.º 5).

“Desde hoy son actores importantes, casi actores principales y eso genera mucho temor y mucha angustia. Además, te lo digo porque nos pasa a nosotros como psicólogos o como asistentes sociales, esto de que te pongan en el primer juicio oral como testigo experto. Tú te vuelves mono estudiando. O testigo de oída, y no estamos hablando de un peritaje donde tienes que exponer lo que tu escuchaste en algún momento, eso generó algunos errores. En eso nos equivocamos, eso fue muy acelerado muy rápido y yo creo que habría que modificarlo” (Entrevista n.º 5).

Por su parte, algunos de los profesionales entrevistados del CASR, argumentan que la atención pericial forense a víctimas de violencia sexual, debe

seguir siendo realizada en el Servicio Médico Legal, ya que la modalidad de derivaciones y de coordinación con este Servicio, no representaría dificultades para los médicos.

Sobre esto, una de las entrevistadas señala lo siguiente:

“[...] si tenemos una víctima con abuso sexual agudo y nosotros le tomamos peritaje, al no ser un perito, nuestro peritaje tiene mucho menos valor. Nosotros entramos en la clasificación de testigos expertos, no de peritos, porque estos últimos son sólo los que trabajan el Servicio Médico Legal. Es por esto que, claramente, el niño va a estar mucho mejor resguardado y beneficiado si se hace todo allá [...] Yo siento que esa es la mejor solución, porque después la mamá va a tener que ir igualmente al Servicio Médico Legal [...] (Entrevista n.º 6).

“[...] si el niño se dirige allá, le toman la muestra, la foto, todos los exámenes pertinentes y hacen todo el tratamiento, no hay necesidad de que venga para acá. Si esto llega a un juicio, la validez de lo que se descubra en el Médico Legal, va a ser mayor que la de lo que nosotros podríamos encontrar.” (Entrevista n.º 6).

“[...] nunca hemos tenido esa competencia con el Servicio Médico Legal. Cuando yo tuve que pasar por ahí, que no fue hace tanto tiempo [...] un doctor me explicaba que allá la presión asistencial nunca era tanta y, es por esto, que ellos pueden asumir perfectamente eso.” (Entrevista n.º 6).

A partir de estas citas, se puede apreciar una actitud de resistencia a la atención exigida y de constante resguardo por parte de los entrevistados del sector salud, a diferenciar los roles que compete a cada uno de los Servicios involucrados. Es decir, se marca la diferencia entre la atención sanitaria propiamente tal y la atención médica de carácter forense, la que es atribuida de distintas maneras al sector justicia.

“[...] por qué no funcionó la sala, de verdad yo nunca lo supe. Estaba habilitada y le teníamos el nombre incluso. La jefatura o dirección, deben saber los detalles técnicos. Yo creo que, a lo mejor, los médicos, no tienen una responsabilidad legal para hacer ese tipo de Cadena de Custodia. Los médicos acá son gineco-obstetras, pero para asistir en algún tipo de preparación legal, no lo sé.

Debería haber una formación legal en estos casos para saber qué hacer” (Entrevista n.º 1).

De acuerdo a lo señalado por los profesionales entrevistados, han existido una serie de razones por las cuales los médicos no se han adaptado a esta normativa, lo que ha producido una permanente tensión con los profesionales que trabajan en Fiscalía, quienes siguen sosteniendo la necesidad de que las pericias se hagan en salud.

“[...] efectivamente, la forma del examen se aleja del área sólo clínica; Salud está para reestablecer la salud, sin embargo, en virtud del Código Procesal Penal, se le impone esta obligación legal, que no es sólo reestablecer la salud, sino también, poder emitir un informe del estado de la víctima, más bien forense. Se trata de una observación objetiva del estado del paciente, de levantar la evidencia y encargar las muestras necesarias. Entonces, es una mirada también distinta, de lo que está formado para Salud, esta es otra mirada. Entonces, también hay que tener personal que pueda asumir esa tarea” (Entrevista n.º 7).

De acuerdo a lo señalado por parte de los entrevistados, se argumenta constantemente que quienes estaban mandatados a efectuar la denuncia y la pericia sexológica forense en el CASR, no contaron con la preparación ni las herramientas necesarias para alinearse al cumplimiento de la norma encomendada. Como consecuencia de esto, al día de hoy, los médicos continúan efectuando las atenciones propias del protocolo de atención en unidades de emergencia, sin haber incorporado los elementos judiciales establecidos en la normativa, lo cual redundo en que las víctimas sigan siendo derivadas para la atención sexológica pericial al Servicio Médico Legal.

“[...] en la Región Metropolitana, la experiencia no fue igual. Yo creo, personalmente, que fue porque el Servicio Médico Legal funciona las 24 horas en Santiago. Entonces, por defecto, tú los mandas al Servicio porque siempre está abierto. Y entre llenar un hospital con este análisis de caso tan específico, que tiene más gente con problemas y con médicos de turno colapsados, cualquiera prefiere enviarlos al Servicio Médico Legal” (Entrevista n.º 7).

2. impacto de las disposiciones jurídicas en la atención de salud que reciben las víctimas de violencia sexual

A continuación, a partir del relato de los profesionales entrevistados, se analizará el impacto que han tenido estas disposiciones jurídicas en la atención de salud que se otorga a las víctimas de delitos sexuales en el CASR. Este impacto será analizado a propósito de la reflexión que hacen algunos profesionales desde su experiencia en el desarrollo de este programa.

De acuerdo a lo planteado por una de las médicas entrevistadas, quien participó en la implementación del programa *Sala de Primera Acogida* a víctimas de delitos sexuales en el CASR, la negativa por parte de los médicos de salud para hacerse cargo de la atención forense de las víctimas, conlleva grandes riesgos para estas últimas, ya que se les estaría dejando sin la atención de urgencia que en un momento dado se requiere.

“[...] lo peor es no atender. No se le puede decir a una persona ‘yo no me quiero meter en este tema, así que por favor, váyase para otro lado’. De alguna forma, esto igual ocurre [...] Si nos ponemos en los zapatos de una víctima, es impresentable. Si va a una parte, donde espera ser atendida y acogida para poder ser tratada por los riesgos e infecciones que tienen asociados los delitos sexuales, negarle eso a una persona es una aberración. No tiene sentido, no es explicable de ninguna forma, porque el médico aunque no tenga experiencia en la parte forense, sí la tiene en la parte clínica de los medicamentos, de los exámenes que se le tomen, etc.” (Entrevista n.º 9).

Con relación a lo planteado por esta entrevistada, los argumentos dados por los médicos para no realizar este tipo de atención, no serían justificados, ya que la falta de competencias en temas forenses, no sería un impedimento para poder dar una atención de salud mínima a las víctimas. En este sentido, se observa que el remedio resulta peor que la enfermedad, en el sentido de que los médicos y los profesionales de la salud en general, comienzan a generar resistencia hacia todos los aspectos periciales involucrados en la atención de este tipo de casos,

excluyéndolos del ámbito de su quehacer. De esta forma, las víctimas quedan cargadas de una connotación simbólica que las estigmatiza, al punto que las condena, juzgándolas y excluyéndolas casi por completo del sistema sanitario.

Parte de este rechazo a hacerse cargo de la atención a las víctimas de violencia sexual en salud, se explica por parte de una de las entrevistadas, de la siguiente manera:

“Yo creo que ahí hay que ponerse a pensar cuál es el obstáculo mayor. Es abordar un tema que es complejo, delicado: tiene implicancias médico-legales; significa ir a juicio eventualmente; significa que si no hago las cosas bien, además perjudico la vida de las víctimas; y existe desconocimiento de lo que significa un peritaje y de cómo hacerlo bien” (Entrevista n.º 9).

De acuerdo a lo señalado por la entrevistada, el temor a la equivocación y al cuestionamiento de los médicos al ser puestos en una posición de evaluación por parte de un otro agente que detenta el poder de juzgar, es lo que se traduce en un juego de poderes en tensión que no termina por resolverse y que, finalmente repercute en la protección de los derechos de quienes terminan siendo víctimas de esta pugna.

“El riesgo es lo que tenemos hoy en la Región Metropolitana, que nadie hace los peritajes, y todos los médicos están vacunados con historias tremebundas de que a alguien le pasó algo súper feo en un juicio y cosas por el estilo [...] que era el argumento acá en Santiago para no hacerlo, porque si había peritos reconocidos y validados en el Servicio Médico Legal ¿Por qué iba a hacer el peritaje alguien sin la experticia necesaria?” (Entrevista n.º 9).

Algunos entrevistados señalan que este programa ha contribuido para crear consciencia en los equipos de salud acerca de la complejidad del fenómeno de la violencia sexual y sus consecuencias en las personas que experimentan este tipo de violencia, lo cual se ha podido constatar a partir de la incorporación de algunos elementos en la forma de atención que se realiza a este tipo de usuarios, como por ejemplo, resguardando su privacidad y brindando una atención diferenciada y oportuna. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, el personal médico

insiste en no involucrarse más allá, delegando al sector justicia la responsabilidad de esta atención.

“[...] sin duda estaríamos en mejor pie si se hubiese abordado inicialmente con una estrategia diferente. Aquí se daban instrucciones por todos lados, pero no había financiamiento que asegurara la reposición de los recursos. Tampoco había un reconocimiento de todo lo necesario para que esto funcionara bien. Por ejemplo, la cadena de custodia: Fiscalía y Carabineros nos pedían algunos formularios, y si se acababan o si la persona no tenía idea de cómo llenarlo, cada uno tenía que ver cómo lo hacía; esa era la política [...] En ese sentido, todo indicaba que esto iba a fallar.” (Entrevista n.º 9).

Lo complejo de todo esto es que, las víctimas de violencia sexual opten por no acudir a la instancia Médico Legal, ya sea por la distancia que eso implica o simplemente porque desisten de denunciar. Esto es grave, dado que programa buscaba todo lo contrario, es decir, proveer de cuidados y de protección desde el ámbito de la salud, incorporando aspectos que apoyen la búsqueda de justicia. El error principal radica en que los cuidados en salud y la búsqueda de la justicia para las víctimas de estos delitos, se condicionaron a la interposición del acto de la denuncia.

De acuerdo a lo señalado por una de las médicas entrevistadas, este descuido interinstitucional podría repercutir en la salud de las víctimas, de la siguiente forma:

“[...] puede que llegue a la negación del hecho o hasta suicidarse. Puede que quede con daño permanente y secuelas no vistas o evaluadas por no haber sido atendida como corresponde, o con enfermedades de transmisión sexual. En definitiva, puede causar un impacto negativo en la salud física y psicosocial de la persona para toda la vida. Por ejemplo, he escuchado el relato de los niños y sus familias que han sido víctimas de agresiones en el pasado inmediato o remoto, pero que aún les afecta” (Entrevista n.º 9).

V. Discusión de resultados

Como ya se ha visto a lo largo del análisis de las entrevistas, la Reforma Procesal Penal ha propiciado que, desde el sector judicial, se genere la demanda al sector sanitario de incorporar elementos adicionales en las atenciones que se realizan en las urgencias hospitalarias: por un lado, se demanda brindar *acogida* a las víctimas de violencia sexual, y por otro lado, se exige manejar aspectos relacionados al ámbito de la medicina legal.

La interpelación que hace el sector justicia a salud para que incorpore tales aspectos a la atención de urgencia, ha generado una serie de complejidades y resistencias en los equipos profesionales, quienes han visto las dificultades en la implementación de esta política.

Con respecto a este hecho, se debe reflexionar acerca del sentido que han tenido las intervenciones multidisciplinarias dirigidas a víctimas en contextos hospitalarios, de manera de poder identificar las resistencias —conscientes e inconscientes— que los mismos profesionales implicados en la implementación de este programa de atención a víctimas, exponen a través de sus relatos.

La implementación del espacio de la *Sala de Primera Acogida* en el CASR, como se ha constatado a través del análisis de las entrevistas, se produce de manera abrupta y con recursos físicos y humanos insuficientes para lo que este programa pretendía hacer en relación a disminuir la *victimización secundaria*. Se esperaba que profesionales de turno en la urgencia realizaran la *primera acogida* y, específicamente, el médico de turno se encargara del peritaje sexológico forense. Esto, sin advertir ni asumir las faltas de competencias que estos profesionales tienen en lo referido a los aspectos judiciales, dentro de los cuales se consideran la toma y conservación de las muestras físicas y biológicas, así como también en aspectos de la psicología, requeridos para poder brindar la *primera acogida*.

A todo lo anterior, se suma que la implementación del espacio de la Sala de atención a víctimas dispuesta en el CASR, tampoco consideraba los equipos e insumos necesarios para efectuar un trabajo eficiente desde el punto de vista forense. Todas estas falencias institucionales recaen en los procesos e

intervenciones de los operadores del sistema y terminan por generar una reacción opuesta a los objetivos establecidos por parte de la institución. A esto se le llama *desvío institucional* y ocurre en las instituciones cuyo objetivo es, precisamente, el cuidar. Se entiende por desvío institucional, “[...] a un proceso de inversión de su objetivo terapéutico [...] al hecho de que una institución cuya tarea es de cuidar termine por desviarse de sus objetivos y su funcionamiento para transformarse en una institución de no-cuidados y aun de anti-cuidados” (Kaës, 1987, p. 661).

A partir del análisis de los resultados obtenidos, se puede constatar que los procesos de victimización vigentes - al menos en lo que compete a este delimitado campo de estudio - reproducen una configuración de la víctima, sostenida por un aparataje burocrático que demuestra ineficiencia en dar una respuesta oportuna a las personas que sufren estos delitos, provocando así la *victimización secundaria*.

Los usuarios no acceden a la atención requerida de manera oportuna y expedita, puesto que deben trasladarse y esperar largos lapsos de tiempo para recibir una atención que se encuentra desagregada desde el inicio del proceso: el recorrido que se inicia en el CASR, se deriva al SML, para luego continuar en otro hospital que hará entrega de la profilaxis. Esta desintegración de la atención, provoca que los usuarios tengan que estar al servicio de un sistema que no ha logrado unificarse, sino que por el contrario, prima la separación de saberes y acciones que finalmente, repercuten en una forma de atención que, visto desde los aportes que a esto sugieren los desarrollos en la línea de la Clínica de lo traumático, genera incidencias en el sujeto a nivel subjetivo.

A lo largo de este circuito, los distintos intervinientes en el proceso de atención, aparecen *no queriendo saber nada* acerca de la subjetividad afectada de quien busca atención, a propósito de encontrarse en una situación atravesada por un evento traumático. Se impone una mirada cosificada y parcelada del sujeto detrás de la marca de la victimización, la que se ve sostenida por el discurso pericial forense que espera encontrar el momento propicio para rescatar una verdad pura y única, exenta de todo elemento subjetivo que pueda distorsionarla. Esta posesión de verdad, sería lo único valioso que la víctima detenta desde el punto de vista

jurídico, con lo cual el Derecho Penal pretenderá demostrar y establecer la justicia.

De esta manera, la subjetividad queda relegada a un tercer plano, o para ilustrarlo en jerga hospitalaria, queda constantemente derivada en la eterna espera de que en algún lugar exista Otro, con el tiempo y la dedicación suficiente para dar cabida al reconocimiento del sujeto violentado en su intimidad, para así otorgar espacio a aquello de lo traumático en la experiencia del sujeto, que más adelante podría llegar a elaborarse.

Como se pudo extraer de las entrevistas, los profesionales que interactúan con las víctimas en la atención de urgencia, señalan que no son ellos quienes propician o escuchan el relato de ellas. Principalmente, el foco de la primera atención de urgencia se concentra en el daño físico que pueda existir, y por lo tanto, la aproximación que el profesional de atención hace hacia la víctima, tiene que ver con extraer información que pueda aportar a determinar las consecuencias físicas del delito. Así es como, los delitos sexuales se consideran una urgencia, en el entendido de que las víctimas no pueden o no deben esperar para ser atendidas. No obstante, el abordaje de la dimensión del daño psicológico, es algo constantemente excluido de este contexto, en tanto el relato de lo que los pacientes tengan para decir acerca de su malestar psíquico, se desplaza a los profesionales del ámbito *psi*, quienes no atienden en turnos de urgencia y tienen largos tiempos de espera para atender las interconsultas.

La visibilización de la afectación psicológica como una urgencia a ser abordada en forma inmediata, pasa a un segundo plano. Del relato extraído de las entrevistas, se puede reconocer que el espacio de acogida niega o contiene la escucha de lo que el paciente tenga por decir con respecto a su afectación emocional. De esta forma, la urgencia es reducida a lo que concierne puramente al aspecto físico del daño, sin consciencia por parte de los profesionales de la salud de lo fundamental que pudiese ser el dar un espacio al relato de estas personas, en el entendido de otorgar un lugar de reconocimiento a la experiencia traumática y su acontecer por parte de un Otro, más allá de lo que la justicia pueda demandar, y en donde la persona afectada por lo traumático pueda depositar algo de aquello

indecible e insoportable.

Es interesante observar que los médicos y otros profesionales de la salud, entienden el habla como una manifestación sintomática de la afectación, por lo cual se niega y se toma distancia pues de ella, nada se puede escuchar, porque por un lado aumentaría el daño en las víctimas, y por otro, desvirtuaría la verdad de los hechos. De esta forma, el relato sólo adquiere importancia, en la medida en que exista un otro capaz de obtener de él su estado más puro, como si los hechos fueran captados por el psiquismo de manera análoga a su versión real, sin desvirtuarse en las mismas fantasías.

Lo que se alcanza a constatar a partir de este análisis, es una *primera acogida* que *no acoge* aquello que escapa al ámbito de la salud física o aquello que compete al ámbito pericial. Las categorías que permiten pensar la realidad de los sujetos que viven estas circunstancias traumáticas, tanto para los profesionales de la salud como para los profesionales del sector justicia, están totalmente gobernadas por el saber médico y jurídico, no dejando espacio a la posibilidad de que ahí pueda verse involucrado un sujeto o potenciarse algo de su agenciamiento.

La víctima interpelada en su papel de tal, es sometida a la eterna repetición de lo mismo. Repetición incansable detrás de la cual no hay Otro capaz de escuchar, ni reconocer al sujeto detrás de esta identificación. De esta forma, el sujeto se va convirtiendo en víctima de manera legítima y sostenida por el sistema que pone a prueba a través y a costa de ella, todo su poder. No obstante, de estos ensayos y error que el sistema burocrático produce, se devela la propia impotencia de la Ley y se sigue constatando la impunidad de quienes la transgreden.

A partir del análisis que se ha llevado a cabo a lo largo de este trabajo, se evidencia la continuidad de un sistema autocomplaciente y resistente al cambio, que se niega constantemente a incorporar otros aspectos del saber en su quehacer, perpetuándose una mirada parcelada y estigmatizante hacia las personas que viven este tipo de experiencias, por parte de quienes están encargados de brindar los cuidados que estos requieren. Este parcelamiento en la atención desconoce los aspectos que podrían prevenir algo de lo traumático. Consecuencia de ello, es la

constante exclusión que esconde la figura de la derivación de las personas que requieren de un tipo de atención que se ajuste a las necesidades que presenta en sus múltiples dimensiones.

Aquí es donde se constata que, si bien el sistema de atención conduce a la víctima a quedar relegada a un lugar de pasividad y objetualidad, a su vez, la mantiene vigente y activa como representante de aquello que no anda, encarnando aquel acto de violencia en su cuerpo, que invoca un atentado a la sociedad y a los poderes que la gobiernan. Así es como, la individuación de la víctima y su psicologización, encapsulan y silencian un problema de mayor amplitud, del cual la sociedad no se está haciendo cargo. Con esto, se hace referencia a que la violencia sexual devela las profundas desigualdades en la diferencia entre los sexos. Siguen siendo las mujeres y las niñas quienes abundan en el entramado de estos dispositivos de atención, quedando condenadas a su identificación con la pasividad, la inercia y la repetida queja. De esta forma, estos dispositivos de atención van reproduciendo y ejerciendo una violencia estructural a través de sus formas alienantes de trabajar con las víctimas.

Conclusiones

Las exigencias que la Reforma Procesal Penal ha impuesto a través de la implementación del programa de la *Sala de Primera Acogida* en el CASR, tales como la realización de exámenes sexológicos forenses y toma de muestras, no se han cumplido. A pesar de ello, esta Sala sí ha sido un motor para la producción de algunos cambios en lo que concierne a la atención que se brinda a las víctimas en dicho establecimiento.

Si bien estos cambios producidos a nivel de la cultura organizacional han permitido dar visibilizar el fenómeno de la violencia sexual en el CASR, se observan falencias importantes con respecto a la irresolutividad del conflicto o tensión suscitada entre médicos y juristas, escenario que impacta en la respuesta intersectorial que otorga este programa desde salud, en cuanto a la *primera acogida* que los profesionales del CASR puedan otorgar a las víctimas de violencia sexual.

A continuación, serán expuestas las conclusiones que se desprenden de esta investigación:

En primer lugar, este programa genera la definición de un proceso de atención que asegura el resguardo de la intimidad de las víctimas en la urgencia. Dicho proceso, se cumple tanto en la urgencia de Maternidad como en los casos en que se pesquisa Abuso Sexual en menores de 15 años, los que son referenciados a un equipo de atención definido.

No obstante a ello, la atención que se otorga en el CASR no logra incorporar los aspectos periciales exigidos en la normativa. Si bien se brinda una primera atención a los usuarios, todo lo que concierne a los aspectos forenses, se ha seguido delegando al Servicio Médico Legal.

Esta derivación de las víctimas hacia otro Servicio, no es percibida como problemática por parte de los profesionales, ya que ellos cumplen con dar la primera atención de salud. Sin embargo, tras esta derivación, existe un vacío de información y de registros que permitan saber si los usuarios efectivamente acuden al Servicio Médico Legal, y si continúan el circuito de atención para acceder a todo el tratamiento requerido.

Se infiere de esto, la necesidad de establecer una coordinación interinstitucional para realizar una evaluación de impacto que mida la efectividad de este programa en cuanto al cumplimiento del objetivo de evitar la *victimización secundaria*, y que además, permita levantar antecedentes para mejorar la atención que se realiza.

Junto a esto, se observa que los profesionales de salud que otorgan la primera atención a las víctimas, carecen de las competencias necesarias para otorgar una atención adecuada que permita el reconocimiento de la subjetividad detrás del rótulo legal con el que se identifica a las personas que sufren este tipo de vulneraciones.

De esto se obtiene que, el orden médico y el personal de salud en su conjunto, desconocen la relevancia que sus acciones de primera acogida podrían tener en el devenir del tratamiento de estas personas, en respecto a su salud física

y mental, y en lo que esto pueda contribuir a la elaboración de lo traumático.

Los profesionales reconocen la necesidad de especificar un tipo de atención de urgencia especial para los pacientes víctimas de violencia sexual, donde el tiempo requerido para abordar aspectos en el ámbito de lo psicológico y el tiempo de la atención de urgencia para la resolución de otras problemáticas, es muy distinto.

Los entrevistados relatan que se hacen presentes ciertas condiciones privilegiadas de su atención, logrando dar una información clara, en un espacio privado y personalizado a los pacientes y sus familiares. Estos aspectos son valorados como tópicos de una atención oportuna y específica a estos casos.

Con esto, se desprende que la *clínica de lo traumático* desde una mirada psicoanalítica, puede aportar al desarrollo de conocimientos y competencias en los profesionales que realizan la primera atención a las personas que han sido víctimas de violencia sexual, realzando los aspectos claves del cuidado en el encuentro que estos profesionales tengan con sujetos atravesados por lo traumático, con el fin de prevenir los efectos de la vivencia traumática a partir del trabajo con transferencia, a través de una escucha que permita situarse en el comienzo de un proceso de reparación y recomposición del lazo social.

De esta forma, se reconocen como centrales los aportes que propone el psicoanálisis, relevando la importancia del lugar del Otro como clave en la escucha, que permita dar estatuto de existencia a la experiencia del sujeto. Es decir, sea capaz de dar reconocimiento a este relato, a partir de la disposición a escuchar aquello que el sujeto esté dispuesto a contar de su experiencia, de modo tal que pueda comenzar a reconstruir la subjetividad avasallada por el acontecimiento traumático.

Así es como la *primera acogida*, podría ser repensada desde el cuidado y la escucha que en estos espacios pueda otorgarse a los pacientes, de forma tal que el encuentro que allí se produzca, reconozca el padecimiento subjetivo sin homogeneizarlo en un lenguaje que olvida el estatuto de la experiencia singular, y somete a los sujetos a los enclaves de un discurso victimizador donde no cabe el

relato ni la apropiación del sufrimiento, en una línea que permita continuar hacia la elaboración de lo traumático (Fassin, 2009; Alonso, 2014).

Bibliografía

1. Aceituno, R. (2003). Clínica y testimonio, *Praxis*, 5, 80-87.
2. Aceituno, R. Davoine, F. y Gaudilliere, J. M. (2010). *Conversación con Françoise Davoine y Jean Max Gaudillière. Introducción al seminario "Clínica del traumatismo y lazo social"*. Recuperado de http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/presentacion_libro_ra.pdf.
3. Aceituno, R. (comp.) (2012). *Espacios de tiempo. Clínica del traumatismo y procesos de simbolización*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
4. Aceituno, R. (2013). *La memoria de las cosas*. Santiago de Chile: Departamento de Artes visuales, Facultad de arte, Universidad de Chile.
5. Agamben, G. (1999). *Lo que queda de Auschwitz. El archivero y el testigo. Homo Sacer III*. Valencia: Pre-textos.
6. Agamben, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* París: Payot & Rivages.
7. Agger, I. y Buss Jensen, S. (1996). *Trauma y cura en situaciones de terrorismo de Estado. Derechos humanos y salud mental en Chile bajo la dictadura militar*. Santiago de Chile: Ediciones ChileAmérica CESOC.
8. Albarrán, A. J. (2003). Psicología forense y victimología. En J. Urra, *Tratado de psicología forense*. España: Siglo XXI.
9. Alfano, A. (2010). Victimización, derechos y responsabilidad: una aproximación a su complejidad en los tiempos de la niñez. *Psicoanálisis y el hospital*, 38, 37-42.
10. Alonso, O. (2014). Producción de víctimas: la ideología implícita en los procesos de victimización. *Revista de Antropología Experimental*, 14, 278-291.
11. Andréu, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.

12. Arensburg, S. (2011). *Dispositivo jurídico y tramas de calificación victimal: estudio cualitativo de víctimas de delito y ruta procesal penal en Chile*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
13. Arensburg, S. y Lewin, E. (2014). Comprensión de los nudos institucionales en el abordaje de la violencia contra las mujeres en la pareja: aportes de una lectura feminista a la experiencia chilena. *Revista Universitas Humanística*, 78.
14. Arensburg S. y Pujal M. (2014) Aproximación a las formas de subjetivación jurídica en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Universitas*, 4(13).
15. Arensburg S. (2015). *Le trauma chez les sujets victimes des violences d'état, familiales, de ségrégation*. Ponencia presentada en el congreso Traumatismes et Transmissions: Violence de Guerre, Urbaine et dans la Culture, Aix-Marseille Université, Francia, 2-3 de octubre.
16. Arent, A. (2006). *Sobre la violencia*. España: Editorial Alianza.
17. Banfí, A. (2007). *La implementación del modelo de Salas de primera acogida a víctimas de delitos sexuales en Región Metropolitana*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de Justicia de las Américas (CEJA).
18. Barbuto, V. y Moreira M. J. (2008). Los procesos de reparación y la violencia sexual contra las mujeres en Argentina. En L. Fries (coord.), *Sin tregua. Políticas de reparación para mujeres víctimas de violencia sexual durante dictaduras y conflictos armados* (pp. 40-67). Santiago, Chile: Corporación Humanas.
19. Baudini, S. (2005). *La urgencia y el tiempo. Tiempos de urgencia*. Buenos Aires: JCE.
20. Belaga, G. y Sotelo, M. (comps.) (2005). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
21. Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblios.

22. Berrill, K. T. y Herek, G. (1992). *Hate crimes: confronting violence against lesbians and gay men*. California: Sage Publications.
23. Bonino, L. (1997). Micromachismo: la violencia invisible en la pareja. En AA. VV., 1.^{as} *Jornadas sobre la violencia de género en la sociedad actual* (pp. 25-45). Valencia: Generalitat de Valencia.
24. Botella, C. y Botella, S. (1997). *Más allá de la representación*. Valencia: Ed. Promolibro.
25. Botella, C. y Botella, S. (2001). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2003.
26. Bustos, J. y Larruri, E. (1993). *Victimología: presente y futuro*. Barcelona: Editorial Temis.
27. Cabrera, P. (comp). (2012). Actualidad de las piezas de museo. Freud o la ecuación etiológica ampliada. *Revista de psicología*, 1, 21.
28. Cabrera, P. (comp). (2014). *Construcciones, clínica de lo traumático y figurabilidad*. (1.^a ed.). Santiago: Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
29. Cánaves, V. (2011). Como la cigarra. Notas sobre violencia sexual, jurisprudencia y derechos humanos. *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*, 1(12), 87-110.
30. Castro, J. (2004). La víctima y el querellante en la reforma procesal penal. *Revista de Derecho*, 25.
31. Cruz, M. (2012). *Adiós, historia, adiós. El abandono del pasado en el mundo actual*. Oviedo: Nobel.
32. Davoine, F. y Gaudillière, J. M. (2001). *El acta de nacimiento de los fantasmas*. Córdoba: Fundación Mannoni.
33. Davoine, F. y Gaudillière, J. M. (2011). *Historia y trauma. La locura de las guerras*. Buenos Aires: FCE.
34. Diccionario de la Real Academia Española (1981). Madrid: Espasa Calpe.

35. Dimitriu, M. (2002). *Lenguaje y discriminación: el discurso sobre homosexualidad en la prensa escrita venezolana*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de Humanidades y Educación.
36. Espinoza, L. e Ibañez, C. (2005). *Algunos discursos de la psicología clínica y docente en torno a la homosexualidad*. (Tesis para optar al título de Psicología). Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.
37. Fassin, D. (1999). La patetización del mundo. En M. Viveros y G. Garay (comp.), *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Utópica Ediciones.
38. Fassin, E. (2006). *Democracia sexual*. Recuperado de <http://es.slideshare.net/estebangalvan/democracia-sexual-por-eric-fassin>.
39. Fassin E. (2008). Somnolencia de Foucault. Violencia sexual, consentimiento y poder. *Estudios Sociológicos*, 76(XXVI), 165-177.
40. Fassin, D. y Rechtman, R. (2009). *The empire of trauma*. Reino Unido: Princeton University Press.
41. Fenemías, M. L. (2009). Violencia de sexo-género: el espesor de la trama. En P. Laurenzo, M. L. Maqueda y A. Rubio (coords.), *Género, violencia y derecho* (pp. 41-64). Buenos Aires: Editores Del Puerto.
42. Ferenczi, S. (1966). *La confusión de lenguajes entre los adultos y el niño. Problemas y métodos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
43. Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
44. Freud, S. (1991). Inhibición, síntoma y angustia. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (tomo XX). Buenos Aires: Amorrortu.
45. Freud, S. (2003). La negación. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (2.ª ed., tomo XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
46. Freud, S. (2004a). El malestar en la cultura. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (2.ª ed., tomo XXI). Buenos Aires: Amorrortu.
47. Freud, S. (2004b). La dinámica de la transferencia. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (tomo XII). Buenos Aires: Amorrortu.
48. Freud, S. (2004c). Más allá del principio de placer. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (tomo XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.

49. Freud, S. (2004d). Sobre la Iniciación del tratamiento. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (tomo XII). Buenos Aires: Amorrortu.
50. Freud, S. (2005a). Tótem y tabú. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (2.ª ed., tomo VIII). Buenos Aires: Amorrortu.
51. Freud, S. (2005b). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (2.ª ed., tomo VII). Buenos Aires: Amorrortu.
52. Freud, S. (2009). Conferencias de introducción al psicoanálisis. La fijación al trauma. Lo inconsciente. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (tomo XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
53. Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. París: Gallimard.
54. Foucault, M. (1978). *Dits et écrits III*. París: Gallimard.
55. Foucault, M. (1995). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
56. Gaínza, A. (2006) La entrevista en profundidad individual. En M. Canales, *Metodologías de la investigación social. Introducción a los oficios* (pp. 219-263). Santiago, Chile: LOM ediciones.
57. Galindo, J. (2009). Apuntes para una sociología de la violencia. En M. Barbosa. y Z. Yebenes (comps.), *Silencios, discursos y miradas sobre la violencia* (pp. 201-231). Barcelona: Anthropos.
58. Gallo, H. (1999). Juicio y realidad. *Affectio Societatis*, 4.
59. Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley: Sociology Press.
60. Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Chicago: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine Publishing Company.
61. Gutiérrez, J. (2002). La violencia y su relación con la sexualidad. Una precisión psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 10.
62. Gutiérrez de Piñeres Botero, C. Coronel y E. Pérez, C. (2009). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit*, 1(15), 49-58.

63. Gutman, M. (2002). *Angustia, tiempo, urgencia*. Recuperado de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_cartel&SubSec=cuaderno&File=cuaderno/016/gutman.html.
64. Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 9315(359), 1423-1429.
65. Kaës, R. (1987). Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos psíquicos. *Psicoanálisis APdeBA*, 3(XXVI), 655-670.
66. Kaës, R. (2004). Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos psíquicos. *Psicoanálisis APdeBA*, 3(26).
67. Kaës, R. (2006, 6 de abril). Catástrofe psíquica. *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-64915-2006-04-06.html>
68. Krause, M., Cornejo, M., Radovic, J. (1998). *Diseño de estudios cualitativos*. Santiago, Chile: Minsal.
69. Lacan, J. (1976-77). *Lo no sabido que sabe*, seminario XXIV, clase 4, inédito.
70. Lacan, J. (2004). *La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
71. Lacan, J. (2006). *Seminario. Libro 10. La Angustia*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
72. Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
73. Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Revista Virtualia*, 2.
74. Massa, M. y Zerba, D. (2010). La ofensa sexual y el mercado absoluto. *Psicoanálisis y el hospital*, 38, 187-190.
75. Mella, O. (2003). *Metodología cualitativa en ciencias sociales*. Santiago, Chile: Editorial Primus.
76. Merlinsky, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. *Cinta de Moebio*, 27, 27-33.
77. Miller, J. A. (1998). *El hueso de un análisis*. Buenos Aires: Tres Haches.
78. Ministerio de justicia (2000). *Código procesal penal*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=176595>.

79. Ministerio Público (2010). *Guía para la evaluación pericial de daño en víctimas de delitos sexuales. Documento de trabajo interinstitucional*. Recuperado de <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/archivo?id=627&pid=61&tid=1&d=1>.
80. Ministerio de Salud y Ministerio Público (2005). *Orientaciones técnicas: salas de primera acogida para atención de víctimas de delitos sexuales en servicios de urgencia*. Chile: Fiscalía Nacional.
81. Ministerio de Salud y Unicef (2011). *Guía clínica para la atención de niños y niñas víctimas de abuso sexual*. Santiago, Chile: Unicef.
82. Ministerio Público (2014). *Unidad Especializada de Delitos Sexuales y Violencia intrafamiliar. Informe de cuenta pública*. Recuperado de http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/quienes/docu/delitos_sexuales_y_violencia_intrafamiliar.pdf
83. Mol, A. (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. Nueva York: Routledge.
84. Molinier, P. (2015). *Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación posible?* Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/salud-y-trabajo-trabajadores-hospitalarios-cultura-gestion-cultura-del-cuidado-¿una>
85. Montada, L. (1991). Coping with life stress: injustice and the question "Who is responsible?". En H. Steensma y R. Vermunt (eds.), *Social justice in human relations* (Vol. 2, pp. 9-30). Nueva York: Plenum.
86. Montada, L. (1994). Injustice in harm and loss. *Social Justice Research*, 1(7), 5-28.
87. Navarro, N (s. f.). *Aspectos psicológicos básicos de la atención a las víctimas por parte de los cuerpos de seguridad*. Recuperado de: <http://www.osce.org/es/odihr/26723>.
88. Nereyda, C. (2008). Divergencias y convergencias en la teoría fundamentada (Método Comparativo Continuo). *Revista Ciencias de la Educación*, 32(1), 123-135.

89. Organización Mundial de la Salud (2011). *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.
90. Organización Mundial de la Salud (s. f.). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
91. Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1.
92. Orti, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación* (p. 180). Madrid: Alianza.
93. Pachoud, B. (2010). Aspects du care et de "l'éthique du care" en psychiatrie. *Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, 8, 152-157.
94. Pitch, T. (2003a). *Responsabilidades limitadas. Actores, conflictos y justicia penal*. Buenos aires: Ad Hoc.
95. Pitch, T. (2003b). *Un derecho para dos. La construcción jurídica de género, sexo y sexualidad*. Madrid: Trotta.
96. Pomiere, F. (2011). *Lo extremo en psicoanálisis*. Santiago: Ediciones del Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
97. Puget, J. y Kaes, R. (comps.) (1991). *Violencia de Estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina/Asamblea Permanente por los Derechos Humanos.
98. Recio, F. (1997). Análisis del discurso y teoría psicoanalítica. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Síntesis.
99. Rodríguez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
100. Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: Arfo.

101. Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social Región Metropolitana de Santiago (2014). *Región Metropolitana de Santiago. Índice de prioridad social de comunas 2014*. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/ÍNDICE%20DE%20PRIORIDAD%20SOCIAL%202014.pdf>.
102. Schkolnik, F. (2010). Efectos de lo traumático en la subjetivación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 100.
103. Sloterdijk, P. (2010). *Ira y Tiempo. Ensayo psicopolítico*. Madrid: Siruela.
104. Sotelo, M. I. y Belaga, G. (2006). *Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo_1.pdf.
105. Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, España: Síntesis.
106. Viñar, M. (2009). *El enigma del traumatismo extremo. Notas sobre el trauma y la exclusión. Su impacto en la subjetividad*. Recuperado de http://exil-ciph.com/htdocs/ressources_dwnld/textes/V/VIGNARmarcelo_Trauma_E.pdf.
107. ŽIŽEK, Slavoj (2008). *Sobre la violencia*. Madrid: Paidós.

