



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Intervención en Abuso Sexual Infantil y del Adolescente:
Un estudio exploratorio-descriptivo acerca del abordaje en abuso
sexual infanto-juvenil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria como
contexto privado de la red de salud mental**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

Investigadoras Responsables:
Lic. Paulina Andrea Pozo Morales
Lic. Verónica Susana Vial Aguilar

Profesora Patrocinante:
Ps. y Mag. Elisabeth Wenk Wehmeyer

Profesora Guía:
Ps. y Mag. Karla Álvarez Kozubová

Santiago, 2009

INSTITUCIÓN PATROCINANTE

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

PROFESORA PATROCINANTE

Ps. y Mag. Elisabeth Wenk Wehmeyer

PROFESORA GUÍA

Ps. y Mag. Karla Álvarez Kozubová

INVESTIGADORAS RESPONSABLES

Lic. Paulina Andrea Pozo Morales
Lic. Verónica Susana Vial Aguilar

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a las madres de este proyecto: Karla, gracias por tu inspiración, por sembrar en nosotras las ganas de saber. Profe Elisabeth, gracias por su paciencia, su contención y su conocimiento. A ambas, nuestra admiración y afecto.

Gracias al personal de admisión de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, en especial a Jaime, por su indispensable ayuda, por buscar y buscar cientos de fichas.

A los niños, niñas y adolescentes protagonistas de este estudio, un abrazo para ellos y nuestro compromiso de siempre mejorar, de ser el apoyo profesional que haga la diferencia.

A todos ustedes... gracias totales.

Vero y Poly

Al final de este proceso, como al final de todos los procesos, agradezco a mi familia, a mis padres, que han confiado plenamente en mí y me han apoyado hasta en los proyectos más insólitos.

A mi Yaya, que sería sin ella... a mi hermano, mi maravilloso hermano.

Gracias amigas, gracias amigos, por rodearme de gente maravillosa, por ser ustedes...

Gracias a mi compañera y amiga Vero, gracias por tu amistad, por tu trabajo duro.

A Karla...mi maestra, el ejemplo.

Y, sobre todo, a mi motor: mis pacientitos.

Poly

A mis padres, Rodrigo y Susana, por su apoyo siempre incondicional;

A mis hermanos, Iván, Loreto y Nicole, por regalarme sus sonrisas cada día;

A Cristián, por su paciencia, ayuda y compañía, en todo momento y de principio a fin;

A todos aquellos amigos que no dudaron en ayudarme cuando lo necesité;

A mi compañera y amiga Paulina, quien no dudó en que juntas podríamos sacar este tremendo proyecto adelante.

A todos ustedes, infinitas gracias.

Verónica

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| II. ANTECEDENTES TEÓRICOS..... | 5 |
| El abuso sexual en niños y adolescentes: Cuerpo y afecto, sexualidad y poder..... | 5 |
| La realidad del abuso sexual infanto-juvenil en Chile: Cifras y políticas públicas..... | 7 |
| La dinámica de los vínculos en el abuso sexual infantil y del adolescente: Algunas consideraciones al pensar en intervenir..... | 10 |
| Intervenir en abuso sexual infantil: El trabajo en redes..... | 13 |
| III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN..... | 17 |
| IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS..... | 17 |
| Tipo de investigación y diseño..... | 17 |
| Planteamiento de hipótesis e interrogantes de investigación..... | 18 |
| Definición de variables..... | 18 |
| Colectivo y definición de la muestra..... | 19 |
| Técnica de recolección de datos e instrumentos utilizados..... | 20 |
| Técnicas de análisis de datos..... | 21 |
| Criterios de confiabilidad y validez de la investigación..... | 22 |

| | |
|---|----|
| V. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN | 23 |
| Levantamiento de categorías de análisis..... | 23 |
| Caracterización de los niños, niñas y adolescentes que consultan a la Clínica Psiquiátrica Universitaria con antecedentes o sospecha de abuso sexual | 26 |
| Sobre las estrategias de intervención realizadas por el equipo de profesionales de la Unidad de Niños y Adolescentes de la Clínica Psiquiátrica Universitaria | 36 |
| ¿Cómo opera el trabajo en red en este contexto de atención privado en casos de abuso sexual en niños y adolescentes? | 42 |
| | |
| VI. CONCLUSIONES..... | 52 |
| Sugerencias y proyecciones del estudio..... | 56 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 59 |
| | |
| ANEXOS..... | 64 |

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo de enfoque cuantitativo, no experimental y transversal, cuyo objetivo es explorar y describir el abordaje del abuso sexual infantil y del adolescente (ASI-A) que realiza la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU), como institución privada articulada en la red de salud mental. Se procedió a revisar los registros de las fichas clínicas de los pacientes pertenecientes a la muestra estudiada, que presentaran antecedentes o sospecha de ASI-A entre los años 2005 y 2008. Se encontró que no existe un perfil definido del niño/a o adolescente víctima de ASI-A; las intervenciones se basan principalmente en el operar en duplas psicólogo-psiquiatra, quienes utilizan mayoritariamente intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y psicodiagnóstico; sin embargo, no es posible observar una estrategia de intervención coordinada y sistemática. Como proyección, se postula el desarrollo de una línea de investigación en temáticas de ASI-A y violencia asociada, que responda a la demanda actual que enfrenta la CPU y que permita gestionar un modelo de intervención basado en el trabajo en equipo, en red y coactivo, permitiendo equilibrar la mirada clínica con las intervenciones de control social.

Palabras clave: Abuso sexual infantil y del adolescente (ASI-A), trabajo en red, equipos transdisciplinarios, contextos de atención privados en salud mental.

INTRODUCCIÓN

La infancia y adolescencia han sido descritas históricamente desde las ciencias humanas –y en especial desde la psicología– como un continuo de etapas de desarrollo en las que se espera que el sujeto en desarrollo cumpla e integre determinadas metas (Erickson, 1977; Piaget, 2005). El cumplimiento de dichos logros se supedita a vínculos dependientes con adultos significativos que proveen los cuidados y protección que hacen posible el desarrollo saludable del niño/a y el adolescente. Estos vínculos primarios se establecen, como regla general, al interior de las familias de origen, posibilitando el desarrollo psíquico del sujeto y marcando la pauta de sus futuros estilos vinculares.

La experiencia del abuso sexual infantil y del adolescente (ASI-A) se inserta en este contexto como un quiebre en el vínculo de cuidado, y por lo tanto, en el desarrollo. “Cuando el sostén ambiente falla en su función mediadora y deja de ser predecible, se interrumpe la continuidad de existencia del sujeto. Esto es comparable a la intrusión de un hecho sexual en la infancia para el cual la niña/o no cuenta con los procesos de simbolización propios de otras experiencias vitales” (Álvarez, 2005, p.2).

Las profundas consecuencias psíquicas comúnmente asociadas a esta intrusión (Kendall-Tackett, Meyer Williams y Finkelhor, 1993), la dificultad de las familias involucradas para responder asertivamente –en especial cuando, en muchos casos, víctima y victimario son miembros de la misma familia–, y la mayor cantidad de información disponible al respecto, hacen del ASI-A una temática constante en las consultas al área de salud mental.

En el entendido de que el ASI-A implica, por sobre todo, una experiencia de ruptura y confusión de los vínculos de cuidado, resulta indispensable pensar el rol del interventor de salud mental, a propósito de las relaciones y lo vincular. Esto se relaciona con la idea de que los individuos y los fenómenos que les acontecen se sitúan en un entramado relacional (Dabas y Perrone, 1999), e implica que el conocimiento y los significados son producto de la manera singular en que las personas se relacionan con su mundo, es decir, se forjan en la interacción. De acuerdo con esto, se hace imprescindible pensar el trabajo de intervención en ASI-A como un trabajo de redes, el cual entiende la

intervención como un “accionar coherente de los profesionales agentes y equipo especializado y transdisciplinario, integrado a las demás instituciones” (Álvarez, 2003, p. 27). De esta manera, es posible plantear, respecto de los equipos interventores en la temática del ASI-A, que “lo importante es que los propios actores involucrados en esas organizaciones tomen conciencia de la existencia de esas redes, al igual que los administradores que generan intervenciones para su mayor efectividad” (Dabas y Perrone, 1999, p. 2).

A la luz de este marco conceptual surge el interés de pensar las intervenciones en ASI-A en tanto posibilidad de restaurar esa falla en los vínculos, las jerarquías y el cuidado, mirando la práctica clínica como una instancia que puede contribuir a reparar la confusa experiencia del ASI-A, o bien, reafirmar el caos cuando el equipo no logra lidiar con la difícil tarea de trabajar con este tipo de casos. En este sentido, el desafío que esta investigación plantea es el análisis de la labor del psicólogo infanto-juvenil que se ve enfrentado al fenómeno del ASI-A, considerando tanto las acciones individuales, como la capacidad de articulación y trabajo en red con otros actores e instituciones indispensables en la reparación del daño y la restauración de la continuidad vital.

Bajo este panorama, resulta relevante investigar cómo se interviene en ASI-A desde el sector privado de la red de salud mental, cómo se articulan las acciones con los profesionales e instituciones públicas pertinentes. Resulta relevante conocer cómo las políticas gubernamentales en materia de ASI-A se enlazan con los sectores públicos y privados de la red, en una praxis útil y coherente. Desde nuestra perspectiva, el hacer investigación sobre el proceder de la red privada de salud mental enriquece el aporte, ya que las intervenciones y procesos a seguir no se encuentran sujetos de modo directo a los lineamientos ministeriales, desafiando a la vez la capacidad de los equipos profesionales de articularse con otros actores de la red.

De acuerdo con lo expresado, la pregunta que atraviesa la presente investigación es: **¿Cómo se ha abordado la intervención en abuso sexual infantil y del adolescente (ASI-A) desde el sector privado de la red de salud mental? ¿De qué manera es posible intervenir desde dicho contexto, a partir de la acción en red?**

Para esto, se considera la experiencia de intervención en abuso sexual infantil y del adolescente (ASI-A) en la Clínica Psiquiátrica Universitaria¹ de la Universidad de Chile, como institución privada de salud mental. En cuanto al objeto de estudio, este corresponde a la intervención en red de los profesionales en los casos de ASI-A, por lo que se considera como fuente de información la ficha clínica de los sujetos que componen la muestra, lo que constituye una fuente secundaria de información.

Metodológicamente, este estudio se plantea desde un enfoque de investigación cuantitativo, tratándose de un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, en tanto se intenta llegar a estructurar tipologías descriptivas respecto del abordaje y tratamiento del abuso sexual infantil y adolescente en contextos de atención privados. Respecto de la técnica de recolección de datos, ésta corresponde a la revisión de las fichas clínicas de los pacientes que conforman la muestra estudiada, y como método de recopilación de información, una grilla construida para estos fines, que contiene y organiza los elementos de cada caso que permiten dar respuesta a nuestros objetivos. El análisis estadístico realizado corresponde al nivel de medición en que se encuentran los datos, que es nominal o categorial, por lo que se determinaron frecuencias absolutas y relativas de los fenómenos listados.

Como desafíos pendientes en esta línea de investigación, se plantea la construcción de un protocolo que permita estandarizar la recogida de información en casos de ASI-A, de acuerdo a lo que se consigna como datos relevantes en la literatura y las necesidades encontradas en este estudio. Por último, se considera que replicar este estudio utilizando fichas clínicas pertenecientes tanto a contextos privados como públicos permitiría indagar, problematizar y contrastar el trabajo entre estas dos áreas, respecto del alcance real de las actuales políticas de salud mental y sus efectos en la posibilidad de intervenir ética y eficientemente en los casos de ASI-A.

¹ Al tener la Clínica Psiquiátrica Universitaria el carácter de centro clínico universitario, siendo una institución donde se imparte docencia y formación clínica, tiene ciertas consideraciones éticas al atender a quienes llegan a consultar, firmando todos los pacientes una carta de consentimiento informado en que aceptan poder ser eventualmente partícipes de estudios y/o investigaciones –o bien hacer uso de la información entregada y registrada en las fichas clínicas–.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

El abuso sexual en niños y adolescentes: Cuerpo y afecto, sexualidad y poder

El recién nacido humano depende completamente de sus vínculos con adultos protectores, tanto para satisfacer sus necesidades nutricias como para establecer las bases de un desarrollo psíquico saludable. En su función fundadora del psiquismo, la importancia de la interacción con otros significativos trasciende a la autonomía de las funciones biológicas y perdura a lo largo de la adolescencia, extendiendo su alcance a lo largo de toda la vida.

La infancia y la adolescencia, en este sentido, implican dependencia de adultos significativos, cuya función es proveer afecto, cuidado y condiciones materiales que permitan el adecuado desarrollo de los niños/as y adolescentes a su cargo. Estos vínculos, fundamentales para el cumplimiento de las tareas evolutivas, se espera no sólo que sean de amor y cuidado, sino también estables y, sobre todo, predecibles, en tanto niños/as y adolescentes se definirán a sí mismos a partir de éstos.

Este vínculo del niño/a y/o adolescente con el adulto se encuentra a su vez inserto en una cultura particular y un momento histórico determinado, que enmarcan lo que se espera de dicha relación y lo que no. En la cultura occidental latinoamericana ha primado una concepción de sumisión respecto del mundo adulto, una perspectiva adultocéntrica y de ideología patriarcal (Barudy, 1998), que a partir de la estructura social da mayor valoración a la realidad del adulto económicamente productivo, en desmedro de los otros grupos sociales (Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2007). Estas valoraciones culturales, implícitas en padres, profesores y la gran mayoría de los adultos, sumadas a la completa dependencia de niños/as y adolescentes no productivos, generan un contexto de riesgo para la disfunción de los vínculos, que pueden tornarse abusivos y violentos.

La definición de abuso es variada, ha ido modificándose a través del tiempo en la medida que una sociedad adulta ha logrado visibilizar a niños, niñas y adolescentes, consensuándose que el abuso a estos niños/as y adolescentes implica una vulneración a sus derechos, reconocidos como sujetos de derecho a partir de la promulgación de la

Convención Internacional de los Derechos del Niño² (1990). Implica múltiples manifestaciones y grados de severidad, siendo el uso y abuso de poder el elemento medular de este fenómeno. La coerción y la asimetría de poder constituyen factores estructurantes de este fenómeno (Barudy, 1998; Peroni, 2000), que en el caso del abuso sexual infantil y del adolescente (ASI-A) se conjugan de tal modo que el adulto agresor pueda complacer sus propias necesidades sexuales inmaduras e insatisfechas, ejerciendo un poder físico o psíquico sobre la víctima (Barudy, 1998).

El Código Penal chileno (2007) estipula como delito el abuso sexual, considerando distintos tipos en el contexto del ASI-A, como la violación, estupro, sodomía, entre otros delitos sexuales. En este documento legal se entiende “por acción sexual cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella” (Código Penal, 2007, p. 72).

Esta consideración del fenómeno del ASI-A implica nuevas y profundas responsabilidades y dispositivos sociales. Entendiendo que el ASI-A se trata de un fenómeno altamente complejo y multicausal (Álvarez, 2003), para los fines de esta investigación, éste se entenderá como “la implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto de dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión –por la violencia o la seducción– y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares” (Kempe, 1978, en Barudy, 1998, p. 161).

De acuerdo con lo revisado anteriormente, se entiende que la mayoría de los abusos sexuales contra niños/as y adolescentes se dan en el contexto de vínculos afectivos y cercanos, donde la experiencia de la sexualidad ejercida por el adulto desde

² Realizada por la Asamblea General de la ONU en 1989 y siendo ratificada por Chile en 1990. Constituye un instrumento jurídico vinculante para nuestro país, es decir, ha sido incorporada como Ley de la República a partir de su fecha de ratificación.

su posición de poder sitúa al niño/a en una situación de confusión y sentimientos de culpa, anclada en la instauración del secreto, lo que se ha denominado como la “ley del silencio” (Barudy, 1998). En la mayoría de los casos de ASI-A, entonces, el tabú del incesto, fundante de la cultura y las sociedades humanas (Lévi-Strauss, 1949), resulta ser subvertido. Junto a esto, no debe olvidarse el lugar que ocupa la sexualidad en la estructura social, manteniéndose por siglos en el orden del silencio, siendo negada e invisibilizada y con mayor fuerza en el espacio de lo infantil: “Es sabido que los niños carecen de sexo: razón para prohibírsele, razón para impedirles que hablen de él, razón para cerrar los ojos y taparse los oídos en todos los casos en que lo manifiestan, razón para imponer un celoso silencio general” (Foucault, 1976, p. 9).

El agresor, quien seduce a su víctima y, a la vez, la manipula mediante trucos como regalos, amenazas, chantajes, engaños, culpabilización, manipulación psicológica o incluso ejerciendo fuerza física, logra interactuar sexualmente con ésta, abusando de su confianza y haciendo uso de su poder. El niño/a o adolescente víctima se sitúa entonces en un lugar de ambivalencia, donde no logra comprender el sentido de estas actividades de carácter sexual, resultando el ejercicio de la sexualidad traumático e inapropiado para su edad (Álvarez, 2003), en tanto es sexualmente inmaduro y no conoce cabalmente el significado social y los efectos a nivel psicológico de los encuentros sexuales (CAVAS, 2003). En este sentido, el contenido altamente patológico de la experiencia del ASI-A “consiste en que además como se produce en la matriz biológica y social de base, donde el niño debería recibir cuidado y protección, esta confusión o contradicción fundamental queda inscrita en él, y el niño no es capaz de registrar eso como maltrato o abuso” (Peroni, 2000, p. 3).

La realidad del abuso sexual infanto-juvenil en Chile: Cifras y políticas públicas

Respecto de la incidencia de este fenómeno en la realidad local, el año 2006, los delitos sexuales contra menores ingresados al sistema judicial chileno alcanzaron a 9.770, lo que corresponde al 61,38% del total de delitos sexuales³ denunciados ese año⁴ (Leiva,

³ Los delitos sexuales ingresados durante el año 2006 son 15.404, lo cual corresponde al 1,5% del total de los delitos ingresados (1.004.476) durante ese año.

2007). Las investigaciones sobre el tema apuntan, además, a que cada denuncia esconde una cifra negra de 3 casos no denunciados, donde entre un 75% y 80% de los casos no serían denunciados (Capella y Miranda, 2003), lo que habla de la incidencia altísima que tiene este fenómeno.

De este universo de casos, un porcentaje cercano al 80% corresponde a ASI-A intrafamiliar o es perpetrado por personas cercanas al niño/a o adolescente víctima (Barudy, 1998), quienes quebrantan el vínculo de confianza, afecto y protección, instaurando la intrusión sexual y generando graves consecuencias en el desarrollo psíquico de la víctima de ASI-A. Las consecuencias asociadas a este fenómeno se diferencian de otras formas de maltrato infantil en diversos aspectos, principalmente, en el predominio de consecuencias a nivel psicológico, muchas veces invisibilizadas, existiendo incluso casos en que las víctimas se mantienen asintomáticas durante años (Kendall-Tackett et al., 1993).

Las consecuencias psíquicas que el ASI-A puede llegar a tener de no existir el adecuado control y tratamiento y su alta incidencia en la población infanto-juvenil, lo han convertido en un área prioritaria de estudio e intervención en el campo de la salud mental. A nivel de políticas gubernamentales, se han formulado normas, orientaciones, guías clínicas y planes de prevención, además de diversas investigaciones en esta área, así como también modificaciones en las legislaciones destinadas a la protección de niños y adolescentes y a la reparación del daño (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2001). Estas iniciativas han permitido aunar esfuerzos en torno a la defensa de los derechos de la infancia y adolescencia, y unificar, al menos en el discurso oficial, los actos considerados como transgresiones de dichos derechos.

El año 2001 se publica la Política Nacional y Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2001), que recoge los principios y derechos previamente consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1990), en que éste se define como «sujeto de derecho

⁴ Cifras entregadas por la Unidad de Delitos Sexuales y Violentos de la Fiscalía Nacional en Julio de 2007 (Leiva, 2007).

especial», implicando también plantear políticas para ejercer la protección, prevención y difusión de los menores.

El objetivo de este documento fue constituirse en un marco ético, valórico y programático bajo el cual se inscribieran las iniciativas dirigidas a niños/as y adolescentes, tanto públicas como privadas, durante el período 2001-2010. De esta manera, pretende dar un marco ordenador que cumple una “función orientadora y articuladora del conjunto de acciones que los actores gubernamentales emprenden y emprenderán a favor de la infancia y adolescencia” (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2001, p. 5)⁵. Dentro del análisis expuesto, se menciona y destaca el hecho de que se evidencian insuficiencias respecto a la calidad y oportunidad de la atención que se entrega a niños/as y adolescentes, según el sistema de salud al que pertenezcan, público o privado (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2001).

Respecto de las políticas públicas específicas para el sector salud, el año 2000 comenzó a implementarse el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud, 2000), documento que sistematiza el trabajo desarrollado en el área de la salud mental pública (Abarzúa y González, 2007) y pretende convertirse en el marco regulatorio para todas las acciones en salud mental, tanto para entidades públicas como privadas, durante el período 2000-2010. Como tal, establece ciertos fines estratégicos y prioridades programáticas, donde las concernientes a la infancia y la adolescencia corresponden a: trastornos de hiperactividad/atención en niños/as y adolescentes en edad escolar; trastornos psiquiátricos severos/esquizofrenia; abuso y dependencia de alcohol y drogas; trastornos de salud mental asociados a la violencia: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política (1973-1990).

Junto a estas prioridades programáticas, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace énfasis en la importancia del trabajo en equipos de alto nivel y del uso de la red de salud mental, de modo que puedan responder de manera efectiva a las necesidades de los usuarios y así “garantizar los valores de un modelo de acción dirigido

⁵ En el capítulo IV, Áreas estratégicas de intervención (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2001), se presentan las estrategias diseñadas para la provisión de servicios especiales para la protección integral de los derechos de la infancia y la adolescencia.

al desarrollo humano, con acceso universal, oportuno y continuo, de alta calidad, y con participación activa del paciente y sus familiares” (Ministerio de Salud, 2000, p. 142). En este sentido, se hace énfasis en la necesidad de que estos equipos, conformados por profesionales y técnicos, se encuentren altamente motivados, sean técnicamente competentes y se mantengan comprometidos con la tarea, teniendo así responsabilidad, tanto directa como indirecta, en el cuidado de los pacientes de mayor severidad y en las acciones de promoción y protección en salud mental y el tratamiento de enfermedades de menor complejidad (Ministerio de Salud, 2000). De acuerdo al plan, las principales características que deben tener estos equipos son multidisciplinaridad, trabajo en equipo, sectorialización, integralidad de las acciones, continuidad del cuidado, articulación con atención primaria, protagonismo de usuarios y familiares, relación con otros sectores, desarrollo profesional continuo e incentivos. Es decir, el énfasis se mantiene en contar con equipos especializados, transdisciplinarios⁶, enfocados hacia un trabajo integral, de equipo y en red⁷.

La dinámica de los vínculos en el abuso sexual infantil y del adolescente: Algunas consideraciones al pensar en intervenir

El ASI-A, como una forma de maltrato infantil, no es posible de reducir a un solo factor explicativo. Aparece multicausado, sostenido por múltiples factores de riesgo y mantenedores, entre éstos, los individuales e institucionales (Bronfenbrenner, 1987).

Los distintos tipos de maltrato, donde se incluye el ASI-A, implican una deformación de los vínculos. En los procesos de abuso, la seguridad del niño/a o adolescente víctima se ve minada, en tanto se altera la predictibilidad de los vínculos con los adultos protectores y significativos una vez que comienza la agresión (Álvarez, 2005). En este sentido, se trata de un fenómeno que implica una disfunción vincular, entendiendo que durante la infancia y adolescencia estos adultos significativos debiesen proveer de

⁶ El concepto de «transdisciplinario» refiere a la integración de distintas ciencias y/o disciplinas, donde éstas renuncian a su “territorio” de conocimientos para así lograr conectarse con otros discursos. Esto puede observarse en el trabajo de los llamados “equipos transdisciplinarios”, integrados por profesionales especializados de las más diversas disciplinas, en pro de una tarea en común.

⁷ El concepto de «trabajo en red» será abordado más adelante.

afecto, protección y cuidado, lo que en el fenómeno del ASI-A se torna confuso, ambivalente e impredecible tras la intrusión sexual.

De este modo, la experiencia del ASI-A repercute negativamente en el desarrollo psicosexual, afectivo, social y moral (CAVAS, 2003). Las víctimas de ASI-A en cuyo contexto familiar priman patrones relacionales tolerantes a las dinámicas de dominio-sumisión y que enfrentan el develamiento del abuso sexual con aceptación, negación y/o minimización, existiendo cronicidad de éste, serán las que estén expuestas a sufrir el mayor daño psicológico, expresado a nivel de la estructuración de la personalidad, ya sea a través de una alteración severa del desarrollo de la psicosexualidad –de la vinculación, como inhibición o facilitación social, relacional y/o afectiva– o una disociación profunda (Huerta, Maric y Navarro, 2002).

Considerando que la mayoría de los casos de abuso sexual infanto-juvenil ocurren al interior de la familia de origen del niño/a o adolescente, resulta inevitable pensar en cómo es que este fenómeno se perpetúa a través del tiempo y las generaciones. Los patrones relacionales familiares de éstas –y todas– las familias se gestan sobre elementos de personalidad de los padres y sus anteriores experiencias de vida, los que actúan como factores etiológicos y precipitantes del patrón vincular final, en estos casos, un patrón en el cual los vínculos de protección y cuidado se encuentran alterados, y en el que a menudo el abuso sexual de niño/as y adolescentes está inserto en la dinámica familiar como una herramienta implícita reguladora de problemas o conflictos emocionales/sexuales (Furniss, 2001). La perpetuación del ASI-A intrafamiliar ocurre en una compleja dinámica vincular de dependencia emocional e inmadurez, donde lo emocional y lo sexual se confunden y entremezclan, cumpliendo una función al interior de esa familia y distorsionando las bases de la futura experiencia vincular del niño/a y adolescente en cuestión.

La alteración vincular generada en la familia de origen tiene potencialmente el alcance de teñir los otros vínculos del niño/a o adolescente y afectar su modo de relacionarse con otros, entre los cuales los profesionales de salud mental no son la excepción. El comprender que el maltrato infantil, y en particular el ASI-A, implican una alteración a nivel de los vínculos, tiene implicancias directas al momento de intervenir.

Esto resulta sumamente relevante “para la temprana detección, protección y tratamiento de las víctimas así como para diseñar programas de prevención que fortalezcan relaciones familiares más saludables disminuyendo la posibilidad de ocurrencia del abuso” (Quirós, 2006, p. 3). En tanto el ambiente es vivenciado como inseguro e impredecible, el trabajo de los interventores debe responder a la demanda de la acción de redes coherentes y seguras que no reproduzcan la dinámica abusiva, disminuyendo el riesgo de retraumatización. “El sentido psicológico de la reparación consistiría en favorecer el restablecimiento de la continuidad vital. Esta continuidad es posible a partir de la construcción de un espacio relacional, predecible, seguro, con satisfacción paulatina de necesidades, de confianza y credibilidad. Es en la relación con otro donde se puede mirar el horror, sin quedar atrapado” (Álvarez, 2005, p. 3).

En este sentido, es en la sintomatología asociada, así como en el origen del ASI-A como patología de los vínculos, que se encuentran también las claves para la adecuada intervención al respecto. La literatura enfatiza que la acción de los profesionales involucrados debe ir orientada a la restauración de vínculos positivos y predecibles, tanto en el trato directo con el paciente y su familia, como en los vínculos al interior del equipo de trabajo (Álvarez, 2005; Furniss, 1991).

Furniss (1991) señala que la temática del ASI-A se ha problematizado desde dos corrientes: desde el movimiento por los derechos de los niños –secundario al movimiento por los derechos de la mujer– y desde la creciente preocupación por la salud física y mental en la infancia. De este modo, perfila el ASI-A como un problema de vulneración de derechos y de salud mental, en que la intervención efectiva, por lo tanto, debiese considerar ambas caras de la problemática. El autor describe tres grandes líneas de intervención:

1. *Intervención primaria punitiva*: Centrada en el castigo al abusador y su responsabilidad legal;
2. *Intervención primaria protectora del niño*: Centrada en la protección del niño y su distanciamiento de factores de riesgo (principalmente la familia de origen);
3. *Intervención terapéutica primaria*: Apunta a tratar el trauma individual y cambiar los patrones de relaciones familiares que hicieron posible el abuso.

Las intervenciones primaria punitiva y primaria protectora, centradas en el control social, si bien detienen la situación abusiva –elemento base de cualquier intervención– no permiten al niño reparar la experiencia en el contexto en que ocurre, ni dan a la familia la posibilidad de co-generar, en conjunto con el equipo terapéutico, nuevos estilos vinculares más saludables que terminen con relaciones de poder abusivas al interior de ese núcleo familiar. A su vez, la intervención terapéutica primaria busca articular trabajo a nivel psicológico individual con el establecimiento de nuevas pautas relacionales al interior de la familia, respaldando este proceso con la acción legal correspondiente.

Este modelo de intervención conlleva un desafío importante para el equipo intervector, que debe ser capaz de articular su trabajo de modo coherente y eficiente, dividiendo funciones y respetando espacios, e incorporará a la familia al proceso de reparación, donde el elemento reparatorio de la intervención está dado por la capacidad de devolverle a la existencia del sujeto la continuidad vital, restablecer el orden social predecible y la claridad de los vínculos (Álvarez, 2005). Visto así, la importancia de la adecuada coordinación del equipo y la capacidad de trabajo en red se constituyen como un elemento esencial en los alcances del tratamiento.

Intervenir en abuso sexual infantil y del adolescente: El trabajo en redes

Los múltiples aspectos involucrados en el ASI-A y la necesidad de incluirlos en un diseño de intervención eficiente, llevan a plantear el abordaje necesariamente en el marco del trabajo en red. Con todo lo señalado, el trabajo en red aparece central, entendiendo por red, de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud, 2000), “los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes [...]” (Ministerio de Salud, 2000, p. 127).

Dabas y Perrone entienden el trabajo en red como “una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes” (Dabas y Perrone, 1999, p. 8). En este sentido, se entiende que, para que

exista una red, es necesario que exista una finalidad explícita y un ideario y objetivos compartidos entre las personas e instituciones que la conforman, con la intención de “aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración” (Dabas y Perrone, 1999, p. 9). De acuerdo a esto, la metáfora de la red alude a que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo, sino que construyen significaciones en la interacción, donde una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio y donde el universo es un entramado relacional.

La intervención en ASI-A se desarrolla dentro de este marco general de trabajo en red y requiere de nexos con otras instancias: tribunales, Servicio Médico Legal, entre otras. El nexo del equipo interventor con la familia es esencial, de acuerdo con Furniss (1991), quien señala que la intervención en ASI-A implica un sistema familia-profesionales, en el que ambos subsistemas se influyen entre sí. A su vez, el subsistema profesional constituye por sí mismo una red de actores profesionales de la salud mental y el bienestar psicosocial, en que diversos profesionales se hacen cargo de distintas áreas de la intervención (Furniss, 1991).

Paralelamente, el trabajo con instancias de justicia es también fundamental. En consideración a la complejidad del fenómeno, la terapia coactiva plantea que los equipos de salud y juzgado deben trabajar interrelacionados e intrainstitucionalmente. “El sistema terapéutico necesita del control que ejerce el sistema judicial sobre la familia y requiere que le otorgue autoridad y respaldo en su labor. A su vez, el sistema terapéutico otorga al tribunal una alternativa a su intervención” (Hidalgo y Carrasco, 1999, p. 202).

En esta red resulta necesario que los profesionales del ámbito de la salud mental sean también concedores del andamiaje social y legal, de manera que sepan cómo utilizarlo de modo coordinado, responsable y predecible (Álvarez, 2003). Esta realidad intenta ser posible en instituciones del ámbito de lo público, en tanto existen las disposiciones y consecuencias en materia legal (Ministerio de Justicia, 1999) y los conductos de acción se encuentran regidos por los reglamentos y protocolos dispuestos para ello (Ministerio de Salud, 1998; Ministerio de Salud, 2000). Cabe ahora preguntarse,

¿cómo se articula la intervención en red cuando los casos de ASI-A son atendidos en contextos de salud privados, en que el terapeuta puede verse fácilmente aislado del soporte del trabajo en equipo? ¿Qué ocurre cuando el fenómeno del ASI-A se presenta dentro de un contexto privado de salud?

Actualmente en Chile, no existen investigaciones actualizadas ni con resultados contundentes acerca de qué ocurre con la salud infanto-juvenil dentro de los contextos privados de atención, menos que aborden de modo especializado la problemática del ASI-A. Asimismo, la escasez de estudios epidemiológicos en niños y adolescentes, así como de incidencia y prevalencia en ASI-A (Servicio Nacional de Menores, 2004), sigue la misma tendencia, siendo la mayoría de los estudios existentes aquellos que se basan en datos entregados por instituciones del sector público, realizados por ministerios u organismos gubernamentales o internacionales (UNICEF, 2006; Servicio Nacional de Menores, sin año).

No obstante, existe una investigación realizada el año 2000 con datos obtenidos de la ISAPRE Colmena Golden Cross S.A. (Recart, Castro y Álvarez, 2000), presentada como el primer y único estudio realizado en Chile sobre la salud mental en niños y adolescentes usuarios del sistema institucional privado (ISAPRES⁸). Dentro de la muestra estudiada, se encontró que un 2,5% de los casos que consultaron tenían como diagnóstico de ingreso⁹ «maltrato infantil», categoría que incluía maltrato físico, maltrato por negligencia y abuso sexual. Una vez ingresados los casos al sistema de salud, y procediendo a la confirmación diagnóstica, se encontró que, de la totalidad de los casos que componían la muestra, el 2% tenía el diagnóstico de abuso sexual, de acuerdo a los criterios del DSM-IV¹⁰.

⁸ Las instituciones de salud previsual (ISAPRE) son instituciones privadas que captan las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que han optado por utilizar este sistema de manera voluntaria. Estas instituciones otorgan servicios para financiar diversas prestaciones de salud, de acuerdo al plan contratado por cada trabajador, las cuales se entregan a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de determinados servicios médicos financiados por estas instituciones.

⁹ Los diagnósticos de ingreso fueron realizados en relación a los motivos de consulta respectivos, de acuerdo a la ICPC-WONCA (International Classification of Primary Care – World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).

¹⁰ Es necesario aclarar que, cuando Recart et al. (2000) se refieren a los diagnósticos, éstos pueden referirse a categorías diagnósticas del DSM-IV correspondientes a los ejes I, II, III y IV, no aludiendo exclusivamente a diagnósticos para los ejes I y/o II.

Dentro de las conclusiones de este estudio, destaca que las cifras de consulta anual son más bajas de acuerdo a lo esperado, en comparación a estudios epidemiológicos realizados en otros países, evidenciando que un pequeño porcentaje de niños que requieren de atención psiquiátrica efectivamente consultan. Asimismo, llama la atención que se considera que el maltrato infantil se encontraría subdiagnosticado en este contexto de atención, pues en los ingresos no se preguntaría por este antecedente; además, postulan que influiría en este fenómeno la tolerancia cultural al maltrato, en tanto aún se encuentra vinculado a ciertos estilos de crianza; y proponen también que otra de las razones del subdiagnóstico sería que al diagnosticar el maltrato infantil “se asume una responsabilidad ética y legal frente a la situación, y no contamos con un programa elaborado para enfrentarlo en nuestra institución” (Recart et al., 2000, p. 31). Junto a esto, destacan que es de vital importancia contar con un equipo de salud integrado y afiatado, elemento que aparentemente no se encontraría en la gran mayoría de las instituciones pertenecientes al sector privado, ni políticas de funcionamiento que ofrezcan atención desde un enfoque integrador de la salud mental a sus afiliados: “un sistema de salud privado puede cubrir las demandas, pero necesita protocolizar los diagnósticos y tratamientos y realizar seguimientos. O sea necesitan políticas de funcionamiento para ofrecer enfoques más integrados de la salud mental a sus afiliados” (Recart et al., 2000, p. 32).

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Explorar y describir el abordaje del abuso sexual infantil y del adolescente (ASI-A) que realiza la Clínica Psiquiátrica Universitaria en pacientes de la Unidad de Niños y Adolescentes, entendida la CPU como una institución privada articulada en la red de salud mental.

Objetivos específicos

- Caracterizar a los pacientes consultantes de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU que presentan antecedentes o sospecha de ASI-A.
- Describir las estrategias de intervención realizadas en casos de ASI-A por el equipo de profesionales de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU.
- Explorar cómo opera el trabajo en red en contextos de atención privados en casos de ASI-A en pacientes de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de investigación y diseño

La investigación corresponde a un estudio exploratorio realizado a partir de un enfoque de investigación cuantitativo, en tanto se orienta a explorar y descubrir el sentido y significado del fenómeno a abordar, estando en condiciones de otorgarle un peso y una cuantificación a las categorías de análisis que se detecten. Esto lo hace derivar en un estudio de tipo descriptivo, intentándose a su vez llegar a estructurar ciertas tipologías descriptivas en torno al abordaje y tratamiento del abuso sexual infantil y adolescente en contextos de atención privados.

Respecto al diseño de investigación, es posible afirmar que se trata de una investigación no experimental, ya que las variables en estudio no fueron manipuladas, es

decir, éstas ya habían actuado sobre los sujetos o fenómenos, así es que no se tiene control directo sobre ellas, y donde los sujetos en estudio no han sido asignados de manera aleatoria, en la medida que ya pertenecen al grupo determinado a estudiar, es decir, en su contexto natural. Asimismo, se puede decir que se trata de una investigación con un diseño transversal, pues la recolección de los datos se ha producido en un único momento, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, proporcionando una visión del estado de las variables en los sujetos u objetos.

Planteamiento de hipótesis e interrogantes de investigación

En investigación en Ciencias Sociales, el planteamiento de hipótesis descriptivas suele adquirir un alto nivel de inespecificidad, resultando en el proceso de investigación mucho más útil la formulación de las interrogantes para guiar la investigación. En este sentido, se procedió a plantear las siguientes interrogantes de investigación:

- ¿En qué se caracterizan los pacientes que llegan a la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU y que tienen antecedentes de ASI-A?
- ¿Quiénes y cómo se constituyen los equipos de intervención que atienden los casos de ASI-A en la CPU?
- ¿Cuáles son las características de la red (de salud) en que se articula la CPU?
- ¿Quiénes y cómo suelen establecer los vínculos con otros profesionales de la red?
- ¿Con qué tipo de instituciones tiende a conformar redes la CPU?

Definición de variables

Variable en estudio (como variable dependiente)

De acuerdo con el carácter descriptivo del estudio, corresponde a la variable en estudio, Abuso Sexual Infantil y del Adolescente (ASI-A).

- Definición conceptual: aquel delito que implica una interacción patológica al interior de una relación asimétrica niño/a/adolescente–adulto, donde este último usa su autoridad y poder para involucrar a la víctima en actividades de índole sexual, terminando en un resultado confuso para el niño/a o adolescente víctima.

- Definición operacional: presencia de registros en la ficha clínica de cada paciente con relación a antecedentes o sospecha de la existencia de abuso sexual infantil y adolescente (ASI-A) donde el paciente es víctima directa de la situación abusiva.

Variables de estratificación de la muestra (como variables independientes)

Al igual que en el caso anterior, dado el carácter que tiene la investigación, las variables independientes corresponden a las variables de estratificación de la muestra, en tanto operan como condiciones constantes en todos los sujetos que la componen, siendo utilizadas como variables independientes en estudios no experimentales ex-post-facto. En este estudio, fueron consideradas las variables Edad y Género¹¹.

a. Edad

- Definición conceptual: años cumplidos correspondientes a cada uno de los sujetos que reciben atención clínica en la CPU.
- Definición operacional: años cumplidos consignados para cada caso, de acuerdo al registro de su respectiva ficha clínica.

b. Género

- Definición conceptual: sexo correspondiente a cada uno de los sujetos que reciben atención clínica en la CPU.
- Definición operacional: asignación de masculino o femenino consignado para cada caso, de acuerdo al registro de su respectiva ficha clínica.

Colectivo y definición de la muestra

El universo considerado en el estudio corresponde a todos los casos registrados en la Unidad de Niños y Adolescentes de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU), durante el período 2005 – 2008.

La muestra utilizada para el estudio está compuesta por sujetos de ambos sexos, entre 3 y 18 años, pacientes ambulatorios de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU entre los años 2005 y 2008, que registren en su ficha clínica antecedentes o

¹¹ Ya que en este caso el nivel socio-económico de los pacientes es homogéneamente medio-bajo –dadas las características de la institución en que se atienden– éste no opera como variable de estratificación de la muestra. Por ende, no fue considerado dentro de las variables independientes descritas anteriormente.

sospecha de abuso sexual. La muestra se inicia con una edad de 3 años, ya que esta edad corresponde al caso encontrado que registró la menor edad, y finaliza con los 18 años¹², debido a que esta edad corresponde al límite legal que marca el inicio de la adultez, teniendo consiguientemente efectos administrativos en la atención de los pacientes de la CPU¹³.

Esta muestra es de tipo no probabilístico y de carácter intencionada, ya que los casos estudiados fueron escogidos de acuerdo con ciertas características establecidas en el diseño de la investigación, en este caso, con la condición de que el fenómeno del abuso sexual infantil y adolescente se presentara en la historia clínica del paciente, constatado en la información recopilada en cada ficha clínica, respectivamente. El segundo criterio de intencionalidad de la muestra está dado por el período de tiempo considerado para la investigación, debido a que a partir del año 2005 comenzó a elaborarse un registro de los casos que registraban antecedentes o sospecha de ASI-A, para efectos de realizar diversas investigaciones en torno a esta temática. En forma secundaria constituye una muestra censal, dado que se intentó abordar todos los casos que se hubieran presentado con antecedentes de abuso sexual en el período. De acuerdo con esto, se encontraron 50 casos atendidos con las características ya descritas.

Técnica de recolección de datos e instrumentos utilizados

Para recoger los datos, se procedió a la revisión de cada una de las fichas clínicas de los pacientes que conforman la muestra, las cuales operan como instrumento que refleja las intervenciones realizadas por el equipo de salud y la red, sirviendo de ente transmisor entre éstos (Maciá, 2008). Se decidió utilizar las fichas clínicas debido a que éstas recopilan la historia clínica de cada paciente, incluyendo datos personales, anamnesis, exploración del paciente, pruebas complementarias, interconsultas, juicios de valor del profesional a cargo, evolución, órdenes médicas, entre otros. Las acciones

¹² Este rango etario constituye un criterio de intencionalidad de la muestra.

¹³ Una vez que los pacientes de la Unidad de Niños y Adolescentes cumplen 18 años, comienza a gestionarse su derivación a la Unidad de Psiquiatría de Adultos, para continuar su tratamiento, pero dependiendo administrativamente de esa unidad, con los especialistas respectivos.

escritas de cada uno de los tratantes son modos de conocer el trabajo de la red, y representan posiciones en la red, reflejadas en la ficha clínica.

Estas fichas clínicas fueron seleccionadas de acuerdo con la información entregada por los psiquiatras tratantes de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU, en base a la información que ellos manejan respecto de los casos atendidos en que hay antecedentes o sospecha de ASI-A, en base a los listados de atenciones realizadas durante el período 2005 – 2008.

La información proporcionada por los datos contenidos en las fichas fue organizada en una grilla construida de acuerdo con los criterios revisados en la literatura especializada (Furniss, 1991), respecto de los elementos que debiesen estar presentes al intervenir en casos de ASI-A. De este modo, la grilla reúne y organiza los datos relevantes consignados en cada ficha, de acuerdo con los criterios relevantes propuestos en la teoría. La información recopilada considera, de modo general, dos aspectos:

1. *La situación abusiva y sus características*: Describe la situación de abuso utilizando las variables consideradas como relevantes de acuerdo a las investigaciones preexistentes en relación al tema. El cómo se presenten dichas variables, en cada caso, incidirá en la vivencia del niño/a y adolescente abusado y, por lo tanto, en la estrategia y posibilidades de intervención adecuadas.
2. *El proceso institucional*: Intenta responder a la pregunta sobre qué y cómo hace la institución, en su calidad de organismo privado inserto en la red de salud mental, para responder a la demanda de los pacientes con antecedentes de ASI-A, de acuerdo con los criterios normativos establecidos para ello. Esta parte de la grilla, entonces, recopila toda la información pertinente al proceso de intervención, desde la vía de acceso del paciente, hasta su posterior alta o deserción, y posible seguimiento.

Técnicas de análisis de datos

La información obtenida a través de la revisión de las fichas clínicas de los pacientes que conforman la muestra fue sometida a análisis estadístico, en que se determinaron las frecuencias absolutas y relativas de los fenómenos listados.

Criterios de confiabilidad y validez de la investigación

El criterio de confiabilidad para esta investigación está dado por el criterio de objetividad en la recogida de los datos, constituyéndose como condición suficiente para la confiabilidad. Esta objetividad se encuentra específicamente dada por la confiabilidad interevaluadores, quienes obtuvieron resultados iguales en el levantamiento de las categorías de análisis, realizado de manera independiente por ambas investigadoras en base a la revisión de las fichas clínicas de los pacientes que conforman la muestra.

El criterio de validez está dado por la validez de contenido de las categorías levantadas, sometida al criterio de jueces expertos. Asimismo, también es posible hablar de la existencia de validez de constructo, en relación a las comparaciones posibles de establecer entre las categorías levantadas, de acuerdo con lo señalado en la literatura especializada.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Levantamiento de categorías de análisis¹⁴

Los datos recogidos del registro de las fichas clínicas fueron ordenados en una tabla de doble entrada confeccionada para este fin. Esta tabla o grilla contiene la información necesaria para responder a los objetivos de esta investigación, recopila los datos de cada caso de la muestra, organizándolos en categorías y subcategorías de análisis.

Tabla N°1. Categorías de análisis consideradas.

| CATEGORÍA | SUBCATEGORÍAS ASOCIADAS |
|---|--------------------------------------|
| Edad al ingreso | Infancia temprana (3 – 6 años) |
| | Infancia tardía (7 – 12 años) |
| | Adolescencia (13 – 18 años) |
| Estructura familiar | Biparental nuclear |
| | Biparental extensa |
| | Monoparental materno nuclear |
| | Monoparental materno extensa |
| | Monoparental paterno nuclear |
| | Monoparental paterno externa |
| | Institucionalizada |
| | Otra |
| Transgeneracionalidad de la violencia sexual | Sí |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| Violencia intrafamiliar | Sí |
| | No |
| Motivo de consulta inicial | Abuso sexual infanto-juvenil |
| | Otros |
| Asistencia a primera sesión | Madre |
| | Padre |
| | Ambos padres |
| | Madre y paciente |
| | Ambos padres y paciente |
| | Institución y paciente |
| | Otros |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |

¹⁴ Debido a la extensión propuesta para el formato de memorias para optar al título de Psicólogo, en este apartado sólo se nombrarán las categorías de análisis levantadas con sus correspondientes subcategorías, de modo de permitir la comprensión de la lectura del análisis de datos. Para obtener información acerca de estas categorías, ver Anexo N°1.

Continuación Tabla N°1.

| | |
|--|---|
| Quién hace referencia a la ocurrencia o sospecha de ASI-A | Madre |
| | Padre |
| | Paciente |
| | Ambos padres |
| | Profesional de salud mental |
| | Otro profesional de la red |
| | Otros |
| | No se menciona |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| Tipo de develamiento | Intencionado |
| | Precipitado |
| | Accidental |
| | Sospecha |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| Edad al develamiento | Infancia temprana (3 – 6 años) |
| | Infancia tardía (7 – 12 años) |
| | Adolescencia (13 – 18 años) |
| | No hay develamiento – sospecha de ASI-A |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| Relación víctima-victimario | Padre |
| | Padrastro |
| | Hermano |
| | Hermanastro |
| | Abuelo |
| | Tío |
| | Primo |
| | Miembro de familia de acogida |
| | Conocido extrafamiliar |
| | Desconocido |
| | Sospecha |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| | Edad en que habría ocurrido el abuso |
| Infancia tardía (7 – 12 años) | |
| Adolescencia (13 – 18 años) | |
| No hay develamiento – sospecha de ASI-A | |
| No hay antecedentes en ficha clínica | |

Continuación Tabla N°1.

| | |
|--|--|
| Sintomatología asociada | Trastornos del sueño |
| | Abuso de sustancias |
| | Intento suicida |
| | Conductas sexualizadas |
| | Síntomas regresivos |
| | Síntomas ansiosos |
| | Sintomatología asociada a personalidad limítrofe |
| | Sintomatología en el contexto escolar |
| | Síntomas psicósomáticos |
| | Síntomas depresivos |
| | Síntomas psicóticos |
| Síntomas conductuales | |
| Derivación desde otro profesional | Área salud mental |
| | Área judicial |
| | Área educacional |
| | Otro profesional |
| | No |
| Consulta previa a otro servicio de salud mental | Sector privado |
| | Sector público |
| | No |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| Procedimientos especializados | Encuadre |
| | Narrativa libre |
| | Manejo de la sospecha |
| | Control social |
| Psicología: Qué se hizo | Psicoeducación |
| | Intervenciones psicoterapéuticas |
| | Articulación en redes extrafamiliares |
| | Psicodiagnóstico |
| | Informes |
| | Supervisión |
| | No |
| Psiquiatría: Qué se hizo | Manejo farmacológico |
| | Psicoeducación |
| | Intervenciones psicoterapéuticas |
| | Articulación en redes extrafamiliares |
| | Supervisión |
| | Otros |
| | No |
| Terapia familiar: Qué se hizo | Sesiones de exploración |
| | Proceso de terapia |
| | No |

Continuación Tabla N°1.

| | |
|--|---|
| Atenciones profesionales realizadas | Psicología |
| | Psiquiatría |
| | Terapia familiar |
| | Terapia ocupacional |
| | Hospitalización |
| Control social | Profesional de CPU realiza indicaciones |
| | Profesional de CPU no realiza indicaciones |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| Judicialización | Denuncia familia del paciente |
| | Denuncia CPU – HCUCH |
| | Denuncia otro profesional de la red |
| | Caso es derivado a CPU ya judicializado |
| | Se mantiene como sospecha |
| | No |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |
| Seguimiento | Deserción |
| | Finaliza evaluación y no continúa en tratamiento |
| | Derivación a otra institución de la red |
| | Paciente decide continuar en otra institución de la red |
| | Actualmente en tratamiento en CPU |
| | Alta médica de tratamiento en CPU |
| | Falta de cohesión entre las áreas de tratamiento |
| | No hay antecedentes en ficha clínica |

Caracterización de los niños, niñas y adolescentes que consultan a la Clínica Psiquiátrica Universitaria con antecedentes o sospecha de abuso sexual

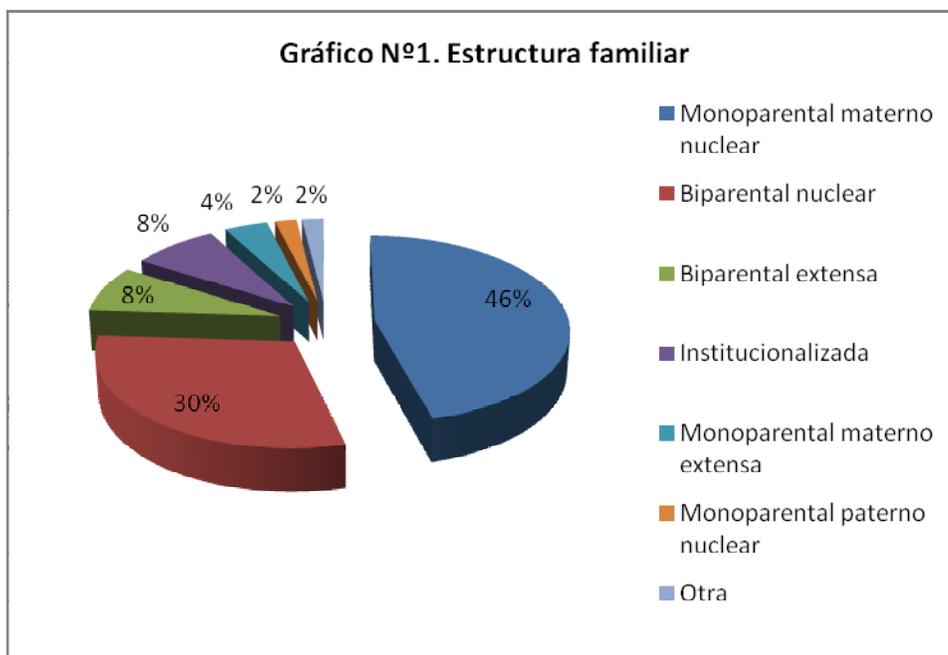
Sobre los pacientes al ingreso a la unidad

El 52% de los pacientes infanto-juveniles que consulta por primera vez en la CPU durante los años 2005 y 2008, y que registran antecedentes o sospecha de ASI-A, lo hacen en la adolescencia, es decir, entre los 13 y los 18 años. El 32% consulta entre los 7 y los 12 años (infancia tardía) y el 16% lo hace entre los 3 y los 6 años, durante la infancia temprana. El 70% de estos casos ingresados a la unidad durante este período, y que registran en su ficha clínica antecedentes o sospecha de ASI-A corresponden al sexo femenino y el 30% restante al masculino.

Cuadro N°1. Estructura Familiar.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|------------------------------|---------------------------|
| Monoparental materno nuclear | 46% |
| Biparental nuclear | 30 |
| Biparental extensa | 8 |
| Institucionalizada | 8 |
| Monoparental materno extensa | 4 |
| Monoparental paterno nuclear | 2 |
| Otra | 2 |
| TOTAL | 100% |

En su mayoría, estos pacientes se encuentran insertos dentro de familias monoparental materno nucleares (46%) o biparentales nucleares (30%). En un menor porcentaje, provienen de familias biparentales extensas (8%), institucionalizadas (8%), monoparental materno extensas (4%), monoparental paterno nucleares (2%) u otras¹⁵ (2%).



Respecto al motivo de consulta, la mayoría de los pacientes de la muestra presentan un motivo de consulta inicial sin la presencia abierta de la temática del abuso sexual. Si bien la queja aparece sobre síntomas posibles de ser asociados a la ocurrencia de procesos abusivos (58%) –síntomas ansiosos, conductas sexualizadas, síntomas depresivos, entre otros–, el antecedente o la sospecha de un abuso sexual surge, recién, durante el proceso de intervención en la CPU. El 42% restante de los casos consulta

¹⁵ Corresponde a un paciente de la muestra que vive junto a sus abuelos maternos.

directamente por la ocurrencia de una situación de ASI-A, ya sea por sospecha o porque ha ocurrido recientemente un develamiento por parte de la víctima.

Sobre el proceso de ASI-A

De acuerdo con los datos recogidos desde las fichas clínicas, es posible caracterizar al perpetrador como un tío materno o paterno de la víctima en un 16%, conocido extrafamiliar (14%), el padre (12%) y padrastros (8%). En menor medida, entre otros perpetradores se encontraron primos (6%), desconocidos (6%), hermanos (4%), hermanastros (4%), algún miembro de la familia de acogida en que permanecía el niño/a o adolescente víctima (4%) y abuelos (2%). En síntesis, el 70% de los perpetradores son personas conocidas por la víctima o su entorno y sólo un 6% corresponde a abusos sexuales perpetrados por desconocidos.

Cuadro N°2. Relación víctima-victimario.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|--------------------------------------|------------------------|
| Tío | 16% |
| Conocido extrafamiliar | 14 |
| Padre | 12 |
| Padrastro | 8 |
| Primo | 6 |
| Desconocido | 6 |
| Hermano | 4 |
| Hermanastro | 4 |
| Miembro de familia de acogida | 4 |
| Abuelo | 2 |
| Sospecha | 28 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 6 |

*Respuestas de opción múltiple.

En un 6% de los casos no se registraron antecedentes en las fichas clínicas sobre la relación víctima-victimario, y en un 28% de los casos el antecedente de ASI-A se mantuvo como sospecha, es decir, no hay un develamiento por parte del niño/a-adolescente, a lo largo del proceso de intervención en la CPU¹⁶. Cabe señalar que dentro del porcentaje de casos que se mantienen con sospecha, la mayoría de los perpetradores serían los padres. Si las sospechas se confirmaran, el porcentaje de niños/as y adolescentes sexualmente abusados por sus padres biológicos alcanzaría el 20% del total, ubicándose como la relación víctima-victimario de mayor frecuencia para esta muestra.

¹⁶ La suma de los porcentajes es mayor a 100 debido a que se trata de respuestas de opción múltiple, en este ítem debido a que hay casos en que existe más de un perpetrador.



El rango de edad en que se consuman la mayor cantidad de abusos, en esta muestra, corresponde a la infancia tardía (entre los 7 y los 12 años), con un 34% de abusos perpetrados. Le sigue el período de infancia temprana (3 a 6 años) con un 28% y luego la adolescencia (13 a 18 años), donde ocurriera un 4% de los abusos. En un 28% de los casos esta información no ha sido obtenida, debido a que la situación de ASI-A es tratada como sospecha y no se cuenta, por lo tanto, con un develamiento. En el 6% restante de la muestra no se registra la edad en que ocurriría la situación sexual abusiva, pese a existir develamiento por parte del niño/a o adolescente víctima del ASI-A.

Cuadro N°3. Edad cuando consumado el abuso.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---|------------------------|
| Infancia temprana | 28% |
| Infancia tardía | 34 |
| Adolescencia | 4 |
| No hay develamiento - sospecha de ASI-A | 28 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 6 |
| TOTAL | 100% |

Respecto al develamiento del abuso sexual, es decir, a que terceros conozcan de éste, en la muestra se observa que en la adolescencia (13 a 18 años) ocurre la mayor cantidad de develamientos (28%), seguido de la infancia temprana (18%) y luego de la infancia tardía (10%). El 38% de los develamientos tendría carácter intencionado, un 16%

habría sido precipitado por el contexto de evaluación psicológica y/o psiquiátrica y en un 6% de los casos, el develamiento fue accidental, es decir, sin mediar la voluntad de la víctima, se devela la situación abusiva mediante circunstancias accidentales. En un 28% de los casos no hubo develamiento, en tanto la situación de ASI-A se mantuvo como sospecha, y en un 12% de los casos no se encontraron antecedentes en las fichas clínicas respecto de esta información.

Cuadro N°4. Edad al develamiento.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---|------------------------|
| Infancia temprana | 18% |
| Infancia tardía | 10 |
| Adolescencia | 28 |
| No hay develamiento - sospecha de ASI-A | 28 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 16 |
| TOTAL | 100% |

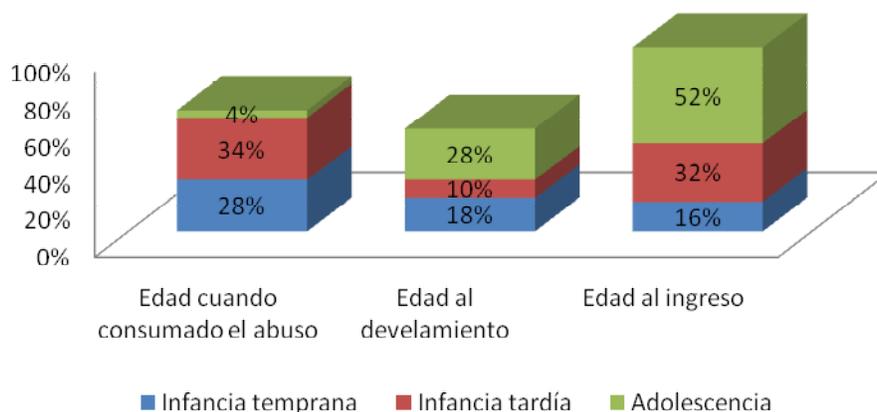
Con relación a los datos consignados en esta caracterización de la muestra, resaltan al análisis de frecuencias algunas vinculaciones posibles de plantear. Más de la mitad de quienes consultan son adolescentes y es también el grupo etario con mayor

Cuadro N°5. Tipo de develamiento.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|--------------------------------------|------------------------|
| Intencionado | 38% |
| Precipitado | 16 |
| Accidental | 6 |
| Sospecha | 28 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 12 |
| TOTAL | 100% |

porcentaje en cuanto a la ocurrencia de develamientos. Sin embargo, sólo un 4% de las agresiones sexuales ocurre en la adolescencia, siendo la infancia tardía el período con mayor incidencia de ASI-A. Lo anterior puede entenderse desde la ya descrita re-edición traumática de la experiencia abusiva infantil en la adolescencia, asociada a los nuevos vínculos de pareja y el proceso de desarrollo adolescente en general, lo que conlleva un incremento de la sintomatología y muchas veces, el develamiento de situaciones traumáticas a terceras personas. Con relación a esta reflexión y a la vinculación entre los datos de la muestra, el psicoanalista Antonio Pignatiello señala que “el trauma no se instala como tal en el momento de ocurrencia del evento que, en sí mismo, puede no tener especial intensidad. Tiene que haber un segundo momento, usualmente luego de la pubertad, en el cual un nuevo mal encuentro con la sexualidad, despierta la huella del evento pretérito, resignificándola. La escena abusiva se vuelve traumática [...] Lo nuevo, lo por venir es entonces vivido desde la matriz del trauma, como reedición del mismo” (Pignatiello, 2006, p. 165).

Gráfico N°3. Comparación entre la edad en que es consumado el abuso sexual, la edad en que es develado y la edad en que la víctima ingresa a la CPU



Antecedentes transgeneracionales

En cuanto a los antecedentes transgeneracionales con relación a la violencia, un 30% de las fichas clínicas registran antecedentes respecto de la transgeneracionalidad de la violencia sexual, en que otro miembro de la familia del niño/a o adolescente víctima de abuso también lo ha sido, ya sea por parte de un familiar o un desconocido. Sin embargo, resulta sumamente llamativo que, de acuerdo con la información recogida de las fichas clínicas, el 70% restante no registra antecedentes en relación a esta información, lo cual tampoco permite descartar la existencia de violencia sexual transgeneracional. De esta forma, se estaría obviando información muy útil a la hora de diseñar una intervención que involucrará directamente a la familia del paciente.

Es fundamental recabar estos antecedentes que permiten conocer a las familias de los niños/as y adolescentes víctimas, para así comprender el fenómeno del ASI-A en su real magnitud. Es sabido que la experiencia de vida individual de los padres hace a menudo comprensible las poderosas razones detrás de sus acciones, el cómo y por qué se eligen mutuamente como compañeros, a menudo recreando los patrones familiares de sus propias familias de origen (Furniss, 1991). Otras investigaciones en esta materia (Maida, Molina, Basualto, Bahamondes, Leonvendagar y Abarca, 2005; Molina, 2007)

resaltan la asociación entre el ASI-A y la experiencia de abuso sexual vivida por las madres de las víctimas. Al respecto, señalan que, mientras en los niños existiría una disposición a “externalizar” las consecuencias de la experiencia abusiva –manifestándose, por ejemplo, en la presencia de conductas abusivas hacia otros– en las niñas se produciría una “internalización” de esas consecuencias, mostrando una tendencia a repetir el rol de víctima. Esto último podría estar asociado a una falla en las competencias básicas de la parentalidad, de modo que las víctimas femeninas de abuso sexual infanto-juvenil se convertirían en “presas” de hombres que pueden continuar con el abuso en sus hijos (Maida et al., 2005).

Esta reflexión permite preguntarse cómo el factor de violencia transgeneracional podría ser incluido en el abordaje terapéutico, tanto en términos de evaluación como de intervención. Si bien lo anterior no es una regla en esta materia, refuerza la importancia de contar con dicho antecedente. Desde esta lectura, el contar con información sobre posible violencia sexual en la vida de los progenitores, resulta esclarecedor y puede darnos herramientas para intervenir de modo más eficiente.

A diferencia de lo que ocurre con el registro de la violencia sexual transgeneracional, en el 100% de las fichas clínicas se registra información sobre situaciones de violencia intrafamiliar, presentándose el fenómeno en un 70% de los casos. Este registro intencional y completo por parte del equipo de trabajo entrega información coincidente con la literatura, en que se postula que la probabilidad de que el ASI-A ocurra aumenta en familias expuestas a mucha tensión. Los niños/as y adolescentes están en riesgo de ser abusados sexualmente principalmente en familias que padecen estrés, pobreza, violencia, y cuyos padres y parientes tienen antecedentes de ASI-A (Wyatt, Loeb, Rivkin, Carmona, Chin, Williams, Myers, Longshore y Sykora, 2003).

Síntomas asociados al antecedente o sospecha de ASI-A

De acuerdo con la información registrada por los tratantes en cada ficha clínica, en un 68% de los casos, los niños/as y adolescentes que presentaron antecedentes o sospecha de ASI-A presentaron síntomas asociados a personalidad límite, seguidos de síntomas depresivos (52%), sintomatología ansiosa (42%), síntomas relacionados al

contexto escolar (36%), trastornos del sueño (32%), conductas sexualizadas (22%), síntomas psicósomáticos (16%), síntomas de la esfera conductual (16%), síntomas psicóticos (16%), síntomas regresivos (8%), intentos de suicidio (8%) y abuso de sustancias (4%). Esta gran cantidad de síntomas asociados es coherente con lo observado en anteriores investigaciones (Kendall-Tackett et al., 1993), en cuanto no existiría un sólo cuadro de síntomas que pudiera asociarse a un *síndrome de abuso sexual infantil y del adolescente*, sino que existe, más bien, una enorme variedad de síntomas que pueden presentarse en el niño/a y adolescente que ha sido víctima de una experiencia sexual abusiva, no habiendo entonces síntomas patognomónicos para este fenómeno.

Cuadro N°6. Sintomatología asociada.

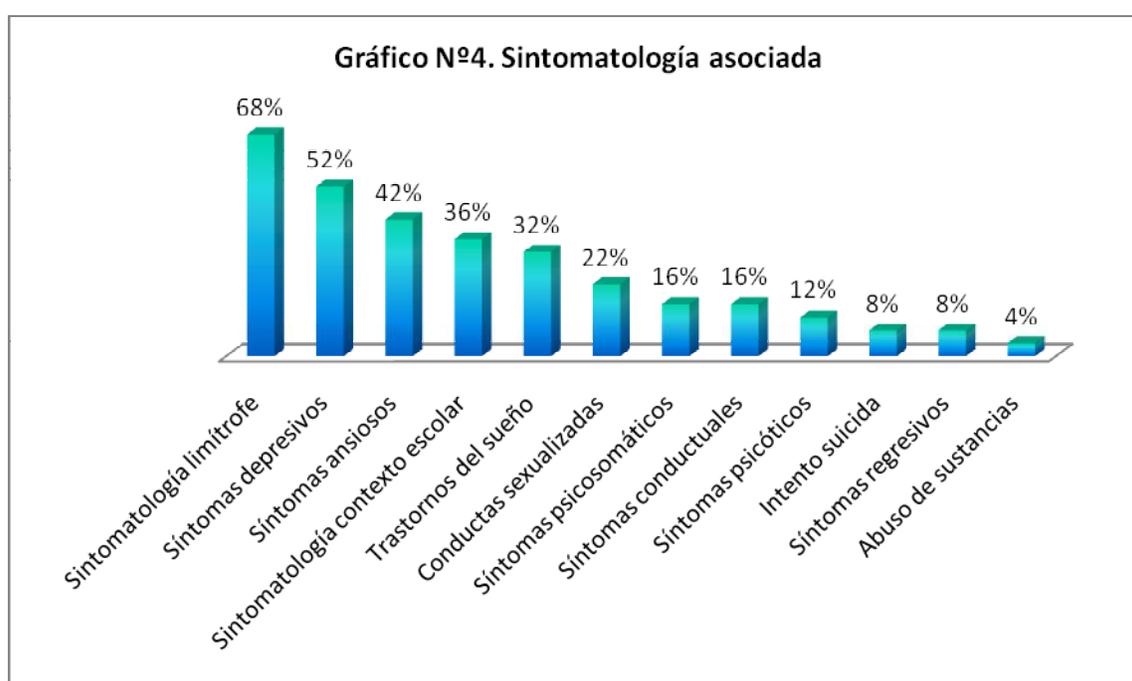
| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---------------------------------------|------------------------|
| Sintomatología límite | 68% |
| Síntomas depresivos | 52 |
| Síntomas ansiosos | 42 |
| Sintomatología en el contexto escolar | 36 |
| Trastornos del sueño | 32 |
| Conductas sexualizadas | 22 |
| Síntomas psicósomáticos | 16 |
| Síntomas conductuales | 16 |
| Síntomas psicóticos | 12 |
| Intento suicida | 8 |
| Síntomas regresivos | 8 |
| Abuso de sustancias | 4 |

*Respuestas de opción múltiple.

El desarrollo de la personalidad se ve alterado, predominantemente en la línea de la personalidad límite. En concordancia con la sintomatología encontrada, anteriores investigaciones con pruebas proyectivas señalan que las víctimas de ASI-A presentan alteraciones en la calidad afectiva con relación a si mismo y a los otros, una percepción amenazante, persecutoria y dañina de los vínculos (Álvarez, Astroza, Castillo, Oda y Pozo, 2008).

Estas particularidades del vínculo con los otros y consigo mismo que se evidencian en los desarrollos de personalidad límite (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2002), asociadas a los síntomas encontrados en la muestra, constituyen un aspecto relevante a considerar en todo el proceso de intervención, ya que la relación terapéutica se verá nutrida por esto, en tanto tenderán a reproducirse las mismas dinámicas vinculares con el equipo profesional. Así, el vínculo con el equipo puede ser vivido igualmente como “amenazante, persecutorio y dañino”, contexto en el cual las intervenciones en la línea de la predictibilidad y constancia del vínculo terapéutico se vuelven indispensables. En este sentido, considerar el abuso sexual como una intrusión en la vida del niño/a o

adolescente, implica comprender que las estrategias de intervención también podrían ser vividas de manera intrusiva. Entonces, ubicar el trauma en el ámbito de lo relacional implica tener registro de que en la relación, sea terapéutica, social o legal, también se corre el riesgo de retraumatización (Álvarez, 2005). En este sentido, la pregunta que surge tras esta reflexión es cómo intervenir sin retraumatizar, sin dañar al niño/a o adolescente que ha sido víctima de una experiencia sexual abusiva, cómo lograr acotar el proceso traumático a un tiempo y espacio determinado, de modo de impedir que se constituya en un continuo vital para la víctima (Álvarez, 2005).



Conducta ante las primeras sesiones

Respecto de la asistencia a la primera sesión, en la mayoría de los casos asisten el/la paciente junto a la madre (44%), seguido por ambos padres y paciente (22%), asistencia sólo de la madre (16%), paciente junto a miembros de la institución de la cual proviene¹⁷ (6%), ambos padres (4%), padre (2%) y otros (2%). En un 4% de las fichas clínicas no se registraron antecedentes respecto de esta información. Estos resultados

¹⁷ Corresponden a los casos en que los pacientes provienen de familias institucionalizadas, por ejemplo, familias de las cuidadoras de Corporación Opción, entre otros.

Cuadro N°7. Asistencia a la primera sesión.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---|---------------------------|
| Madre y paciente | 44% |
| Ambos padres y paciente | 22 |
| Madre | 16 |
| Institución y paciente | 6 |
| Ambos padres | 4 |
| Padre | 2 |
| Otros | 2 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 4 |
| TOTAL | 100% |

probablemente tengan relación con el dato mencionado anteriormente, respecto de la estructura familiar, teniendo en cuenta que casi la mitad de los pacientes pertenecientes a la muestra viven junto a una familia de jerarquía monoparental materno nuclear, seguido de familias biparentales nucleares, sumando entre ambas el 76% de las familias.

La sospecha o antecedente de ocurrencia de un proceso de abuso sexual suele ser mencionada por la madre del/a paciente al inicio de los procesos de intervención (32%), seguido por las menciones hechas por la misma víctima de la situación abusiva (30%). En menor medida, son ambos padres quienes mencionan el abuso (6%), el padre de la víctima (4%), un profesional de la red de salud mental ya enterado de la situación de abuso (4%), otro profesional del área de salud mental enterado del abuso con anterioridad (2%) y otros¹⁸ (2%). En un 12% de los casos, la situación de abuso no es mencionada, en tanto se mantiene aún como sospecha, y en un 8% de las fichas esta información no fue registrada.

Cuadro N°8. Quién menciona el abuso.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---|---------------------------|
| Madre | 32% |
| Paciente | 30 |
| Ambos padres | 6 |
| Padre | 4 |
| Profesional de la red | 4 |
| Profesional de la salud mental | 2 |
| Otros | 2 |
| No se menciona | 12 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 8 |
| TOTAL | 100% |

Si bien este dato, al igual que el anterior, se encuentra en relación con el tipo de familias en las que se encuentran insertos los pacientes, también se piensa que existe una relación con los integrantes de la familia que están más presentes respecto del proceso del paciente y su tratamiento –por ejemplo, madres que participan activamente, en tanto validan la experiencia abusiva padecida por su hijo/a, o padres que se mantienen

¹⁸ Corresponde a un paciente de la muestra cuyos abuelos maternos develaron la experiencia de abuso.

en un lugar mucho más periférico, en tanto pueden verse involucrados como posibles abusadores—. En este sentido, se considera que obtener esta información permitiría evaluar anticipadamente las posibilidades de contar con estos actores a la hora de una eventual intervención que involucre a las familias, así como las posibilidades de efectuar intervenciones reparatorias, en tanto existe la validación de la experiencia abusiva por parte de la madre o los padres.

Sobre las estrategias de intervención realizadas por el equipo de profesionales de la Unidad de Niños y Adolescentes de la Clínica Psiquiátrica Universitaria

Acerca de los procedimientos especializados en casos de abuso sexual infantil y del adolescente

Se habla de procedimientos especializados a la hora de intervenir en ASI-A en tanto las estrategias que son utilizadas por el equipo profesional se encuentran fundamentadas en la noción de «trauma», como un evento amenazante de la continuidad vital, buscando así impedir la retraumatización del niño/a y adolescente víctima en medio de un ambiente de sospecha o certeza de agresión sexual. De este modo, se entiende que cualquier tipo de exploración, evaluación y/o intervención debe ser realizada en un ambiente que permita la reparación de las secuelas del trauma, dentro de un espacio relacional predecible, confiable y protegido.

Cuadro N°9. Procedimientos especializados.

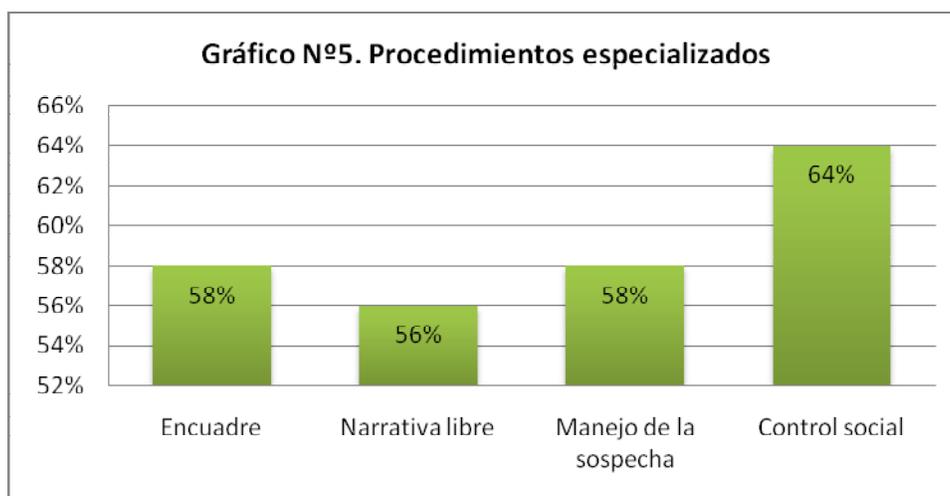
| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|-----------------------|---------------------------|
| Control social | 64% |
| Encuadre | 58 |
| Manejo de la sospecha | 58 |
| Narrativa libre | 56 |

*Respuestas de opción múltiple.

Respecto de la aplicación de procedimientos especializados en la temática del ASI-A, en el 86% de los casos se registra el haber realizado alguno de estos procedimientos. El encuadre, la narrativa libre y el manejo de la sospecha fueron utilizados

aproximadamente en igual medida, destacando la tendencia a utilizar estas herramientas en conjunto, ocurriendo el uso conjunto de las tres estrategias ya nombradas en un 42% de los casos. En el 64% de los casos fueron realizadas por los profesionales de la CPU indicaciones de control social, con el fin de detener la situación de violencia dentro de la familia del paciente víctima de ASI-A. Esto indica que estos especialistas no sólo

intervienen a nivel individual, sino que buscan acceder al nivel de las redes intra y extrafamiliares para proteger al niño/a y adolescente que ha sido víctima de ASI-A. En un 14% de la muestra no se utilizó alguno de estos procedimientos especializados.



Es necesario señalar que la pesquisa de este tipo de antecedentes y estrategias, así como la efectividad de las mismas, resulta muy dificultosa, debido a que en ninguna de las fichas clínicas revisadas existe un registro explícito de haber realizado este tipo de intervenciones y/o indicaciones, ya que en la CPU no existe un protocolo de registro de atención a sus pacientes, menos un protocolo especializado para pacientes víctimas de violencia. De acuerdo con esto, la pesquisa de información en relación a los procedimientos especializados sólo puede deducirse a partir del registro escrito en la ficha clínica de cómo responden los pacientes a este tipo de intervenciones –por ejemplo, de qué manera el tratante realizó manejo de la sospecha, o si las estrategias de control social indicadas a la familia fueron ejercidas por alguno de sus miembros–.

Esto puede tener relación con el hecho de que la CPU no es un centro especializado en el tratamiento de víctimas de violencia y abuso, por lo que parte de los operadores no tienen la especialización que requiere una temática de alta complejidad, como lo es el ASI-A, de modo que muchas veces estos procedimientos especializados no quedan registrados como tales. En este sentido, es necesario comentar que muchas veces los tratantes realizan procedimientos especializados en la evaluación y tratamiento

del ASI-A sin tener noción de ello, o bien sin “etiquetarlo” como tal, o sólo escribiendo en la ficha clínica cómo reaccionó el paciente y su familia ante dicha intervención. De acuerdo con esto, es posible afirmar que muchas veces los profesionales de la CPU intervienen basándose en su experiencia y sabiduría práctica más que en lo indicado por un manual.

Respecto de las atenciones profesionales realizadas

El porcentaje de casos que fueron atendidos por Psicología corresponde al 74%, mientras que las atenciones en Psiquiatría corresponden al 82%. El promedio de sesiones realizadas en Psicología y Psiquiatría no presenta variaciones significativas (9,24 y 8,76 sesiones promedio por caso, respectivamente). Sin embargo, llama la atención la escasa derivación a Terapia Familiar, realizada en un 14% de los casos (0,5 sesiones en promedio), lo cual podría entenderse desde la aplicación de un tipo de

intervención pensada en proteger al niño de la revictimización¹⁹, particularmente en casos en que el agresor se encuentra inserto en la familia, lo que para esta muestra corresponde al 76,19% de los

Cuadro N°10. Atenciones profesionales realizadas.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---------------------|------------------------|
| Psiquiatría | 82% |
| Psicología | 74 |
| Terapia ocupacional | 16 |
| Terapia familiar | 14 |
| Hospitalización | 8 |

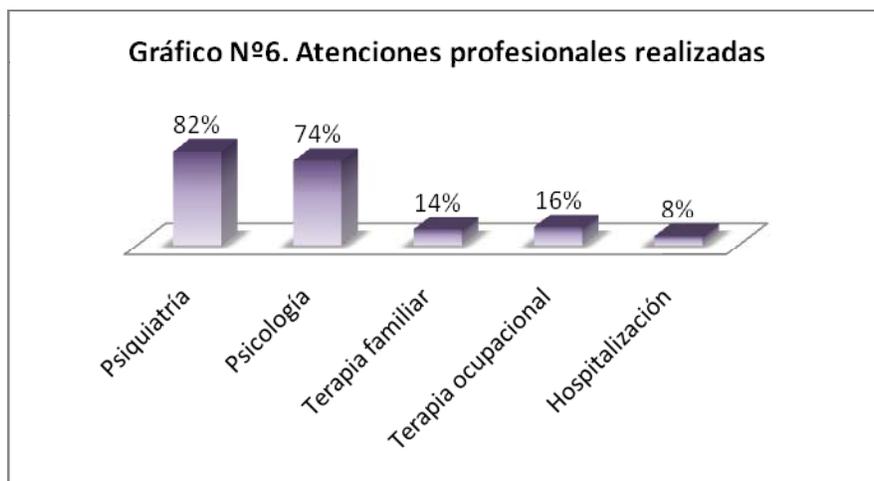
*Respuestas de opción múltiple.

casos en que ha habido develamiento del abuso sexual. De igual modo, el porcentaje de atenciones en Terapia Ocupacional alcanza sólo un 16%, y sólo un 8% de los casos requirieron hospitalización.

De lo anterior se desprende que la intervención en ASI-A en la CPU es realizada en su gran mayoría por profesionales psiquiatras y psicólogos/as, ocupando la Terapia Familiar y Ocupacional un lugar no prioritario en el modelo de intervención ambulatorio. Particularmente respecto de la Terapia Ocupacional, cabe señalar que su rol es fundamental en los casos que requieren hospitalización, siendo en su gran mayoría evaluados por estos profesionales durante la estadía en pabellón. Sin embargo, se observa una escasa derivación a esta área en tratamientos ambulatorios, lo que podría

¹⁹ Esta reflexión será profundizada más adelante, al tratar separadamente las atenciones realizadas en Terapia Familiar.

asociarse al bajo número de profesionales terapeutas ocupacionales que forman parte del equipo, siendo ésta la única especialidad presente en la CPU que no forma profesionales y no cuenta, por lo tanto, con alumnos en formación que engruesen y apoyen este equipo de trabajo.



Psicología

Al analizar las intervenciones por área de atención, las cifras indican que en Psicología las intervenciones psicoterapéuticas ocupan el primer lugar, siendo realizadas en un 62% de los casos. El psicodiagnóstico es también una labor recurrente en el proceso de intervención en ASI-A (58%), sin embargo, sólo la mitad de éstos concluyen en un informe final que refleje los resultados del proceso (30%).

Cuadro N°11. Psicología: Qué se hizo.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---------------------------------------|------------------------|
| Intervenciones psicoterapéuticas | 62% |
| Psicodiagnóstico | 58 |
| Supervisión | 38 |
| Informes | 30 |
| Articulación en redes extrafamiliares | 24 |
| Psicoeducación | 18 |
| No | 26 |

*Respuestas de opción múltiple.

La articulación en redes extrafamiliares y la psicoeducación son estrategias menos utilizadas, con un 24% y 18%, respectivamente. En un 26% de los casos no se realizan intervenciones de ningún tipo, debido principalmente a deserciones tempranas de los pacientes. Cabe señalar que sólo el 38% de los psicólogos en práctica registra por escrito el contenido de las supervisiones, lo que no

permite evaluar claramente el nivel de asesoría que reciben de los profesionales del equipo en el tratamiento de estos casos.

Psiquiatría

En Psiquiatría, la acción más utilizada es el manejo farmacológico (66% de los casos) seguida por las intervenciones psicoterapéuticas (52%). En menor medida, se utilizan la psicoeducación y la articulación en redes extrafamiliares (con un 32% y 26%, respectivamente). En cuanto a la supervisión de los médicos becados, la situación es similar a la vista en psicología: sólo un 26% de ellos registra las supervisiones de sus casos. En términos generales, las intervenciones psiquiátricas siguen una línea más bien directiva, utilizando como herramienta recurrente la psicoeducación.

Cuadro N°12. Psiquiatría: Qué se hizo.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---------------------------------------|------------------------|
| Manejo farmacológico | 66% |
| Intervenciones psicoterapéuticas | 58 |
| Psicoeducación | 38 |
| Articulación en redes extrafamiliares | 30 |
| Supervisión | 24 |
| Otros | 18 |
| No | 26 |

*Respuestas de opción múltiple.

En un análisis comparativo, puede señalarse que ambos profesionales incorporan débilmente a las redes extrafamiliares en el tratamiento (25%), sólo en 1 de cada 4 casos se registra articulación con instancias judiciales, escolares o de otro tipo, externas a la CPU. Si bien la CPU cuenta con profesionales altamente capacitados en temáticas de infancia y vulneración de derechos^{20, 21}, a nivel institucional no es un centro especializado en el abordaje multisistémico del ASI-A, lo que hace preocupante la baja conexión con redes externas a lo largo del tratamiento.

Los datos recogidos muestran que en la gran mayoría de los casos hay más de un profesional involucrado y, por lo tanto, más de un tipo de tratamiento. Desde una mirada cualitativa, puede señalarse que la gran mayoría de los pacientes recibe atención

²⁰ Ps. Karla Álvarez Kozubová. Psicóloga Pontificia Universidad Católica, Profesor Asistente Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile y programa de Magister en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

²¹ Ps. María Elena Montt Steffens. Psicóloga Pontificia Universidad Católica, Terapeuta Familiar Instituto Chileno de Terapia Familiar, Profesor Asistente Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universidad de Chile y programa de Magister en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

psicológica y psiquiátrica, centrada en las intervenciones psicoterapéuticas a nivel individual y familiar y terapia farmacológica.

Terapia familiar

Respecto de las atenciones en Terapia Familiar, como ya se señaló anteriormente, sólo un 14% de los casos tuvo este tipo de atención. De estos casos, un 10% estuvo en proceso de terapia, mientras que un 4% sólo tuvo sesiones de exploración. El 86% restante no fue derivado por algún profesional, psiquiatra o psicólogo, para recibir esta atención profesional.

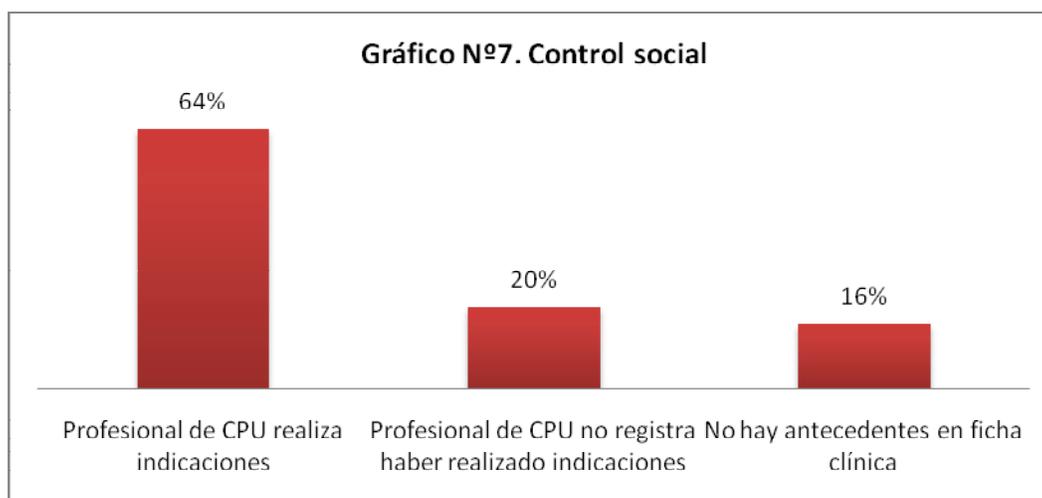
Desde el modelo de intervención terapéutica primaria propuesto por Furniss (1991), el tratamiento del trauma psicológico individual debe ir en paralelo con el trabajo de modificación de los estilos vinculares abusivos al interior de la familia, lo cual hace necesario modificar los patrones relacionales que hicieron posible el abuso (Furniss, 1991). Desde esta perspectiva, el trabajo en Terapia Familiar podría plantearse como una herramienta útil en el diagnóstico y modificación de dichos estilos relacionales patógenos, en paralelo al trabajo individual, mostrándose como un potencial interesante de explotar, actualmente muy poco utilizado, de acuerdo a la muestra, en las intervenciones en ASI-A en la CPU.

Sobre las estrategias de control social

Durante el transcurso del tratamiento en ASI-A, resultan fundamentales las acciones de control social que puedan ejercer los equipos de intervención, a fin, ya sea a través de mecanismos formales o informales, ejercer presión con el fin de prevenir y/o detener las situaciones de violencia, proteger a la víctima y velar por que no vuelvan a ocurrir estas agresiones (Álvarez, 2003). En intervenciones psicoterapéuticas reparatorias, la detención de la violencia es el piso mínimo para poder intervenir sin revictimizar, tal es la importancia del adecuado control social.

En la CPU, en un 64% de los casos algún profesional del equipo de intervención realiza algún tipo de indicación para ejercer control social, mientras que en un 20% de los

casos los profesionales de la CPU no registran ningún tipo de indicación con el objetivo antes descrito, y esta labor es desarrollada por personas ajenas al equipo. No se registraron antecedentes en las fichas clínicas en el 16% restante de los casos.



Si bien en términos operacionales el control social es descrito en este estudio como *cualquier medida de un profesional que apunte a detener la violencia*²², cabe señalar que en su gran mayoría las acciones tendientes al control social corresponden a indicaciones a la familia, sin acudir, de modo general, a otros mecanismos, como citar al niño con mayor regularidad, coordinar visitas domiciliarias, entre otras. Cuando dichas indicaciones parecen no tener resonancia en la familia del paciente, se acude, en algunos casos, a la judicialización por parte de la CPU, hecho que será analizado en extenso en las próximas páginas.

¿Cómo opera el trabajo en red en este contexto de atención privado en casos de abuso sexual en niños y adolescentes?

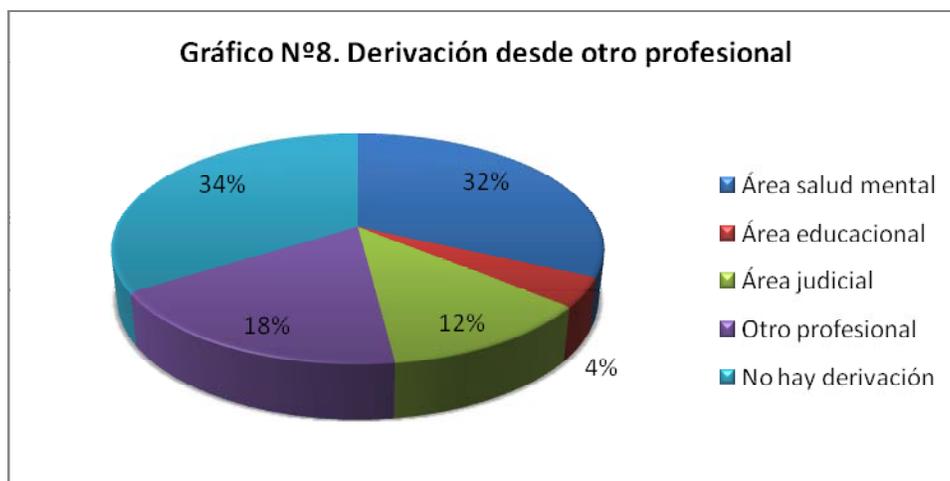
Un primer dato que da cuenta de la inserción de la CPU como clínica privada en la red de salud mental es que el 66% de los casos asociados a ASI-A son derivados desde otras instancias, siendo la primera fuente de derivación el área de salud mental, ya sea de instituciones privadas o públicas (32%). En segundo lugar, se encuentran otros

²² Para una definición completa de “Control social”, ver Anexo N°1.

profesionales (18%), en su mayoría médicos de otras especialidades vinculados a la Universidad de Chile (pediatras del policlínico del Hospital Clínico Universidad de Chile, entre otros). En menor medida, derivan pacientes a la CPU profesionales del área judicial, principalmente desde la fiscalía, solicitando evaluaciones en contextos de peritaje, o bien desde corporaciones destinadas a la protección de menores vulnerados en sus derechos (12%), y establecimientos educacionales (4%) –profesores y psicólogos de instituciones escolares– quienes recomiendan a los padres la atención en la CPU por problemáticas asociadas a la baja del rendimiento académico y problemas conductuales. Un 34% restante de los casos llega a atenderse a la CPU sin haber mediado algún tipo de derivación, casos en los cuales no se registraron antecedentes en la ficha clínica respecto de cómo el paciente y/o su familia pudieron haber obtenido esta referencia.

Cuadro N°13. Derivación desde otro profesional.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|-------------------|------------------------|
| Área salud mental | 32% |
| Otro profesional | 18 |
| Área judicial | 12 |
| Área educacional | 4 |
| No hay derivación | 34 |
| TOTAL | 100% |



En cuanto a las consultas previas a otros servicios de salud mental, un 70% registra consultas anteriores, lo que se condice con que las situaciones de ASI-A no ocurren, en su gran mayoría, en un contexto familiar saludable, sino que suele tratarse de familias con estilos vinculares psicopatógenos, que producen múltiple sintomatología a lo largo del tiempo. Desglosando la información sobre consultas previas, el 54% de los pacientes ha consultado anteriormente a profesionales de salud mental del ámbito privado

y el 16% a profesionales del sector público. Lo anterior permite especular que, dentro de los casos derivados desde el área de salud mental, la mayoría corresponderían a derivaciones que se dan entre los canales del área privada de la red.

Cuadro N°14. Consulta previa a otro servicio de salud mental.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---|---------------------------|
| Sector privado | 54% |
| Sector público | 16 |
| No | 16 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 14 |
| TOTAL | 100% |

Para que estas derivaciones puedan ser efectuadas, es necesario que los profesionales de la red de salud mental tengan conocimiento de la existencia de ésta. En este sentido, y de acuerdo a la propuesta de Dabas y Perrone (1999), el trabajo de los equipos consistiría en tratar de “descubrir y apelar a las redes y de reconocer su preexistencia a nuestra mirada y, en tal sentido, los administradores debieran aguzar su capacidad de observación y plantear sobre los senderos transitados, los ejes organizadores de la tarea. Desde esta perspectiva nuestro accionar hará que su funcionamiento se promueva y se potencie, incrementando indudablemente la calidad, eficacia y la eficiencia de su gestión” (Dabas y Perrone, 1999, p. 5).

Para elaborar esta tarea, entonces, resulta necesario conocer las redes previas del paciente y cómo éstas pueden apoyar y potenciar de manera positiva cualquier tipo de intervención en salud. En situaciones de alta complejidad, como el ASI-A, se requiere no sólo de intervenciones dentro de la institución, sino también de intervenciones que, para ser efectivas, necesitan traspasar el límite de ésta, donde el apoyo de una red puede resultar crucial, ya que permite la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud con los integrantes de la red social de cada paciente (Dabas y Perrone, 1999). El alto porcentaje de derivaciones a la CPU y el registro de las mismas por los profesionales a cargo del caso, se presentan como un buen indicio en cuanto a la confiabilidad que la CPU genera en el alto número de profesionales que busca atención psicológica y/o psiquiátrica para sus pacientes víctimas de ASI-A. Sin embargo, el vínculo con dichos profesionales suele terminar en la derivación, sin registrarse, en la mayoría de los casos, un contacto permanente y dinámico entre profesionales que permita acceder a las ventajas del trabajo en red, anteriormente descritas.

Sobre la judicialización de los casos de ASI-A

La intervención eficiente en temáticas de ASI-A conlleva la necesidad de considerar este fenómeno desde una perspectiva clínica, así como también desde sus aspectos legales. El abuso sexual infantil constituye un delito, y como tal, la legislación vigente considera ciertas obligaciones a la hora de tener conocimiento del mismo.

De acuerdo al Código Procesal Penal, artículo 175, letra d, sobre la denuncia obligatoria, están obligados a denunciar “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” (Código Procesal Penal, 2008, p. 54). El plazo para hacer la denuncia corre a partir de que el profesional toma conocimiento del hecho criminal, teniendo 24 horas para realizarla (Código Procesal Penal, 2008), incurriendo en una falta si ésta no se realiza²³ (Código Penal, 2007).

Desde la práctica clínica, el carácter del ASI-A como situación de adicción y secreto (Furniss, 1991) hace necesario el trabajo conjunto con instancias judiciales, en tanto se busca la reparación de la experiencia traumática, siendo necesaria la reinstalación de una norma social, que en la situación del ASI-A ha sido quebrantada (Álvarez, 2003; Álvarez, 2005). Sin embargo, si bien la judicialización es una herramienta necesaria como parte y respaldo del proceso reparatorio, las condiciones actualmente establecidas por el Código Penal se presentan como poco aplicables, al pie de la letra, en el ejercicio clínico²⁴.

De acuerdo a los datos recogidos a partir de las fichas clínicas, la realidad sobre la judicialización resulta ser sustancialmente distinta a lo propuesto por el Código Penal chileno. La tendencia de los profesionales de la CPU es a no denunciar, encontrándose en esta situación el 48% de los casos de la Unidad de Niños y Adolescentes que

²³ La pena para esta falta corresponde a una multa de 1 a 4 UTM (Código Penal, 2007).

²⁴ Este análisis será desarrollado más adelante, una vez expuestos los resultados encontrados respecto de la judicialización de los casos de ASI-A en la CPU.

presentan antecedentes de ASI-A. Sólo en un 10% de los casos en que se presenta un antecedente de ASI-A la denuncia es realizada por la CPU y el Hospital Clínico Universidad de Chile. En segundo lugar, resulta ser la familia del paciente quien denuncia

Cuadro N°15. Judicialización.

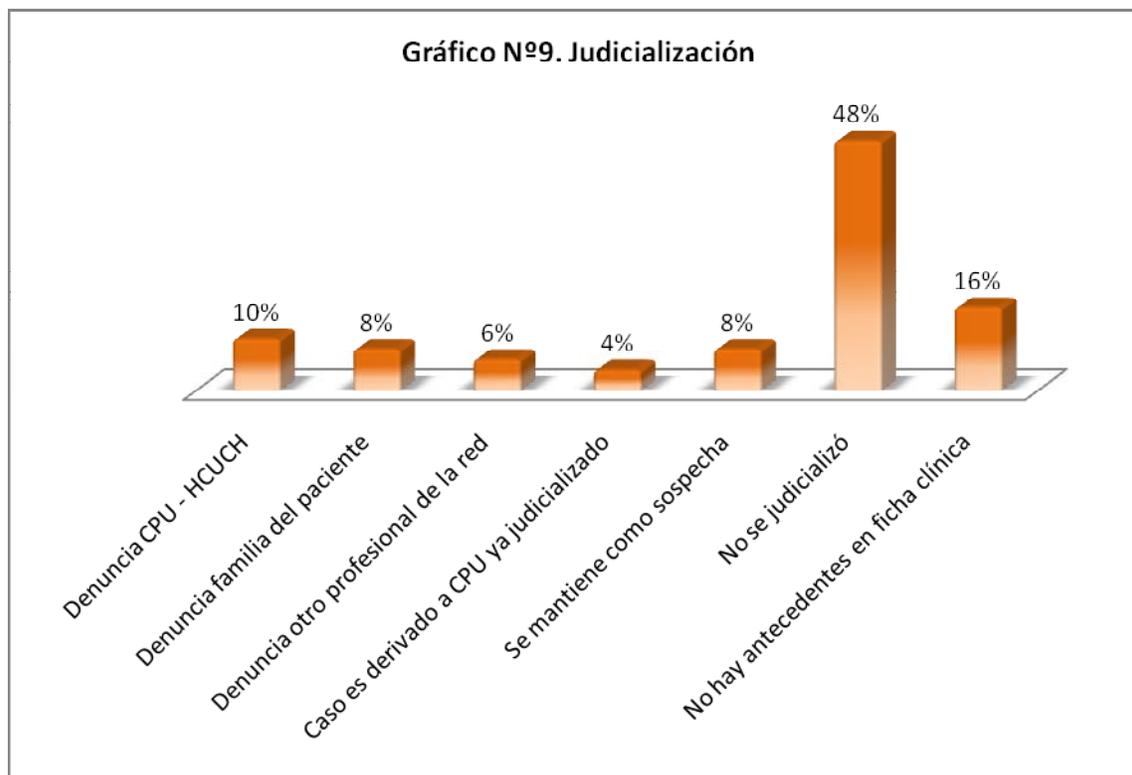
| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---|------------------------|
| Denuncia CPU - HCUCH | 10% |
| Denuncia familia del paciente | 8 |
| Denuncia otro profesional de la red | 6 |
| Caso es derivado a CPU ya judicializado | 4 |
| Se mantiene como sospecha | 8 |
| No | 48 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 16 |
| TOTAL | 100% |

la situación de abuso (8%), la mayoría de las veces instados por el equipo profesional de la CPU. En otras oportunidades, es otro profesional de la red que también ha prestado atenciones profesionales al paciente –por ejemplo, el psicólogo que lo deriva a la CPU desde el COSAM respectivo o el pediatra que realiza sus controles de rutina– quien realiza la denuncia, ocurriendo esto en un 6% de los casos²⁵. En otra proporción, también baja, los casos han llegado ya judicializados, coincidiendo los pacientes que vienen derivados

de instancias judiciales, requiriendo algún tipo de evaluación o peritaje (4%). En un 8% de los casos, el antecedente de ASI-A es mantenido como sospecha por el equipo de profesionales interventores a lo largo del período de atención del paciente en la CPU, por lo que no es posible realizar algún tipo de denuncia. Por último, en un 16% de los casos no se registró información en la ficha clínica respecto de este ítem.

Al observar los datos surge la interrogante sobre la relación de los equipos clínicos de la CPU con el andamiaje judicial, en cuanto en un 48% de los casos no se realiza denuncia alguna, y el porcentaje de casos en que se logra motivar a la familia a denunciar, es también reducido (8%). Este último dato es especialmente preocupante, en tanto la denuncia realizada por la familia es descrita como una potente herramienta reparatoria, en cuanto genera la experiencia subjetiva de protección en el niño/a y ayuda a restablecer la predictibilidad de los vínculos cercanos (Furniss, 1991).

²⁵ En caso de que alguno de estos profesionales ya hubiese realizado la denuncia, de acuerdo al mismo artículo del Código Procesal Penal, “la denuncia realizada por alguno de los obligados en este artículo eximirá al resto” (Código Procesal Penal, 2008, p. 54).



Esta baja eficiencia a la hora de generar la movilización de la familia en pos de la denuncia, puede relacionarse con distintos elementos. Por un lado, la importancia de generar un exhaustivo contexto de sospecha –conocer las creencias sobre el uso de la violencia, sobre las relaciones niño-adulto, entre otros– permitiría abordar esa familia de un modo más pertinente, al igual que contar, por ejemplo, con la información sobre antecedentes de violencia sexual transgeneracional, que pueden ayudar a comprender la resistencia a denunciar, la normalización de la violencia, o bien la disposición inmediata a generar un cambio. Los antecedentes que permiten este adecuado mapeo familiar se encuentran escasamente registrados en las fichas clínicas de la muestra, con excepción del antecedente de violencia intrafamiliar, lo que sin duda dificulta la llegada eficaz del profesional a la familia, así como también la adecuada transmisión de información entre distintos profesionales involucrados.

Paralelamente a la dificultad para conseguir la denuncia desde la familia, podrían estar influyendo concepciones erróneas de los mismos profesionales que en ocasiones consideran la denuncia como una traición al vínculo con la familia. Entendiendo que los

profesionales que intervienen en los casos de ASI-A se encuentran movilizados por una función de ayuda y de cambio –sobre todo los profesionales de la salud mental y de trabajo social–, muchas veces cualquier mecanismo de control social, y con mayor razón la denuncia, no son visualizados como estrategias promotoras del cambio, sino que los posicionaría como “delatores” de la situación abusiva (Álvarez, 2003), lo que corresponde a un mal entendimiento de la función y rol del equipo, o bien a mecanismos de identificación con la familia del paciente, descritos como un fenómeno recurrente y favorecedor del statu quo (Furniss, 2001).

Frente a la complejidad del fenómeno de la denuncia y los múltiples aspectos involucrados, cabe destacar la importancia de adoptar un modelo coactivo en el abordaje de casos de ASI-A, donde se entiende que lo prioritario es reinstalar la normativa social de no abuso, obligando a cada agente interventor involucrado a ejercer sus funciones correspondientes, distinguiendo roles profesionales sin que se diluyan las diversas responsabilidades respectivas a cada uno (Cirillo y Di Blasio, 1991). En la búsqueda de la reparación de la experiencia del ASI-A, las intervenciones tanto en su estructura como en su contenido, deben ir en la línea de la restauración de la continuidad vital, y para esto el trabajo en red debe ser necesariamente coordinado, cada interventor ser eficiente en su rol, siendo capaces de generar una imagen de orden, no caótica, que no deje espacio para la experiencia subjetiva retraumatizante de que la experiencia vivida fue tan caótica y desorganizante que incluso desarmó el ordenamiento social (Álvarez, 2005). En este sentido, y complementándolo con los datos obtenidos, es posible afirmar que falta organizar y coordinar la diversidad de labores de cada miembro del equipo que opera en el modelo de intervención de la CPU, en vías de lograr un modelo de atención desde la coactividad y el trabajo en red, que sienta un piso mínimo para la intervención a nivel individual y familiar, reparatoria y no revictimizante.

Seguimiento

Junto a toda la información recopilada, se procedió a realizar el seguimiento de los casos de ASI-A que conforman la muestra, averiguando la situación en la que se encuentra cada uno de ellos hasta la fecha en que se dio por finalizada la recolección de

datos²⁶, entendiendo que esta información tendría directa relación con la modalidad de trabajo de los equipos de la CPU que intervienen en ASI-A.

Cuadro N°16. Seguimiento.

| Categorías | Porcentaje (Base = 50) |
|---|---------------------------|
| Deserción | 38% |
| Actualmente en tratamiento en CPU | 30 |
| Finaliza evaluación y no continúa tratamiento | 12 |
| Derivación a otra institución de la red | 8 |
| Alta médica de tratamiento en CPU | 4 |
| Falta de cohesión entre las áreas de tratamiento | 4 |
| Paciente decide continuar tratamiento en otra institución de la red | 2 |
| No hay antecedentes en ficha clínica | 2 |
| TOTAL | 100% |

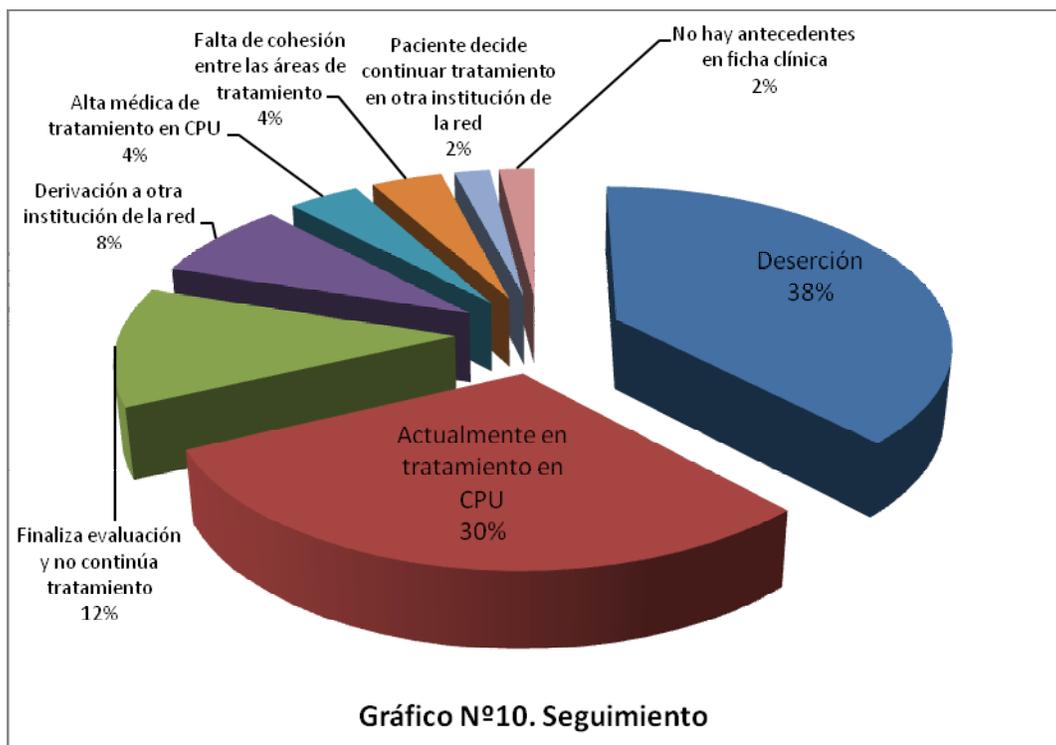
Respecto de esto, se observaron dos grandes tendencias: en un 38% de los casos, los pacientes desertaron del tratamiento en la CPU, mientras que un 30% permanece recibiendo atenciones en la institución hasta la actualidad, es decir, adhirieron al tratamiento. En menor medida, un 12% de los pacientes finaliza la evaluación inicial pero no continúa el tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico cuando éste ha sido indicado tras esta instancia –generalmente estos pacientes corresponden a los niños/as que son enviados a realizarse evaluaciones para peritajes–. En una proporción más baja, hay pacientes que han sido derivados a otra

institución de la red de salud mental (8%), otros que finalizaron su tratamiento y fueron dados de alta (4%), también hubo casos en que se detectó falta de cohesión entre las distintas áreas del tratamiento (4%) –por ejemplo, el paciente desertó de la psicoterapia, pero continuó asistiendo a los controles médico-psiquiátricos, y viceversa– o menos casos en que el mismo paciente y/o su familia decidieron continuar el tratamiento en otro centro perteneciente a la red (2%). En un 2% de los casos no se registró ningún tipo de antecedente en la ficha clínica respecto de esta información.

Respecto al alto porcentaje de deserciones, en muy pocos casos se consignó en la ficha clínica los motivos a los cuales se debía, o si eventualmente el paciente retomó el tratamiento en otra institución. De acuerdo con esto, se puede deducir que existen mecanismos mediante los cuales es posible obtener información acerca de la continuidad del proceso que lleva cada uno de los pacientes, pero que no han sido potenciados o no son masivamente utilizados por los profesionales de la CPU. Se piensa que esta

²⁶ Los últimos datos fueron recogidos en Junio de 2009.

información resulta particularmente relevante en el caso de los pacientes en situación de ASI-A que desertan, pues permitiría a los equipos conocer acerca de su modo de operar en estos casos de alta complejidad, donde el trabajo en equipo y de redes es fundamental.



En este sentido, el obtener información acerca del motivo de las deserciones puede servir para retroalimentar el trabajo de los profesionales interventores y de los equipos de la CPU, entendiendo que permitiría ayudar a la comprensión de los factores que inciden en el éxito o fracaso de intervenciones en casos de ASI-A, sobre todo a nivel de equipo. Se piensa que lograr que el equipo reflexione en torno a su propio trabajo y a los alcances que éste tiene dentro como fuera de la CPU, ayuda a pensar las intervenciones en ASI-A como una tarea que debe ser desarrollada en equipo, es decir, consta de objetivos comunes y compartidos donde cada integrante del equipo constituye una pieza fundamental, de modo que pueda mantener su identidad, tanto personal como profesional. Esta decisión voluntaria de trabajo conjunto es fundamental para el fortalecimiento de las relaciones entre profesionales, de modo que se permite construir un

campo interdisciplinario en el cual se requiere desarrollar redes conceptuales y prácticas interactivas, “y éstas serán posibles en la tarea de construcción de un nuevo campo de conocimientos cuando estas conductas formen parte de la lógica de las relaciones en la cotidianidad de la vida organizacional” (Dabas y Perrone, 1999, p. 17), mediante la colaboración y la cooperación de los distintos actores involucrados.

CONCLUSIONES

Los datos anteriormente expuestos y analizados han permitido explorar, mediante el registro escrito encontrado en las fichas clínicas, los casos pertenecientes a la muestra y, desde ellos, el abordaje de las situaciones de ASI-A al interior de una institución de la red de salud mental perteneciente al sector privado, con las particularidades que esto implica.

Respecto de los pacientes que consultan a la CPU y presentan antecedentes y/o sospecha de ASI-A, es posible afirmar que no existe un perfil de niño/a y/o adolescente víctima de este tipo de agresiones, tal como lo han señalado anteriores investigaciones (Álvarez, 2003; Servicio Nacional de Menores, 2004). Sin embargo, es posible identificar ciertos factores de riesgo asociados a este fenómeno, que tienen relación con el género (ser mujer), la edad (la mayoría de los abusos perpetrados ocurren durante la infancia tardía), la presencia de vínculos afectivos debilitados, presencia de violencia intrafamiliar, antecedentes de violencia sexual transgeneracional, el provenir de familias monoparentales materno nucleares, entre otros. También en concordancia con investigaciones anteriores, un alto porcentaje de situaciones de ASI-A son perpetradas por familiares o conocidos de la víctima (Álvarez, 2003; CAVAS, 2003; Servicio Nacional de Menores, 2004), presentándose mayoritariamente sintomatología perteneciente al eje II del DSM-IV (1995) asociada a personalidad limítrofe y síntomas depresivos.

En cuanto al proceso de intervención, cabe señalar que el trabajo con los pacientes que conforman esta muestra es mayoritariamente multiprofesional, siendo el trabajo en duplas psiquiatra-psicólogo/a la modalidad más recurrente, con un uso prioritario de las intervenciones psicoterapéuticas, el psicodiagnóstico y la terapia farmacológica.

El registro escrito en las fichas clínicas suele centrarse en el estado del paciente y su entorno, consignando síntomas, evolución, procesos y retrocesos. Si bien la ficha clínica permite conocer las apreciaciones de otros profesionales, partes de un mismo equipo, los registros en ellas realizadas no aluden directamente a un trabajo coordinado y secuenciado por parte del equipo, por lo que no permiten deducir una estrategia de

intervención coordinada a la base. Sin embargo, el que esta coordinación no sea observable en las fichas clínicas, no permite aseverar que dicha coordinación no exista. Es necesario destacar que existen otros dispositivos de comunicación, como reuniones clínicas, reuniones de síntesis entre profesionales, contactos telefónicos con otros agentes, entre otros, que no suelen ser registrados de manera escrita, lo cual no permite evaluarlos desde este diseño de investigación. Si bien la limitación que se desprende del uso de las fichas clínicas existe, no se observa, a partir de la información obtenida de la muestra, un diseño o modelo de intervención predeterminado o estandarizado que guíe la recogida de información y los pasos a seguir al tratar pacientes con antecedentes o sospecha de ASI-A.

Respecto del lugar que ocupa la CPU al interior de la red de salud mental y su inserción en la misma, el alto porcentaje de casos derivados desde otras instituciones permite concluir que es un centro de salud mental validado y reconocido, recibiendo principalmente derivaciones desde el área privada de salud. A pesar de lo anterior, es necesario fortalecer el trabajo en red durante la intervención misma, ya que muchas veces la conexión con profesionales previamente involucrados termina al comenzar el tratamiento en la institución. Del mismo modo, y en consideración a las derivaciones desde la CPU a otros centros de salud mental, no se registran en las fichas clínicas estudiadas contactos de seguimiento post-derivación de los casos, lo cual implica un desafío pendiente en cuanto al uso de los beneficios, ya discutidos, del trabajo en red en este tipo de temáticas.

El posicionamiento de la CPU como una institución fiable a la cual derivar casos de niños/as y adolescentes víctimas de ASI-A, sin ser un centro especializado al respecto, es una demanda que conlleva responsabilidades. En este sentido, se considera necesario diseñar e implementar un modelo de intervención en ASI-A que considere el trabajo en red intra y extrainstitucional, así como la particularidad de ser un centro de salud privado y de formación académica. Si bien existen, de acuerdo con este estudio, rasgos en común entre las diversas intervenciones (el trabajo con las madres de los pacientes, las indicaciones de control social, entre otros), se considera fundamental explicitar los procedimientos básicos a seguir desde la institución misma, considerando que la intervención en temáticas de violencia comprende no sólo el tratamiento en salud mental

–área en que la mayoría de los profesionales de la CPU se encuentran altamente capacitados– sino también la protección del menor y la detención de la violencia como pisos mínimos sobre los cuales trabajar.

En relación a lo anterior, la judicialización de los casos de ASI-A es una medida de control social presente y utilizada por los profesionales de la CPU. Dentro del porcentaje de casos de la muestra judicializados, los profesionales de la CPU y del HCUCH son quienes más denuncias realizan. A pesar de lo esto, un amplio margen de casos permanece sin ser denunciado, lo que se considera un elemento contrario a los intereses de la intervención, cuyos fines se enmarcan en la línea de la protección y la reparación.

Desde el modelo de intervención terapéutica primaria en ASI-A (Furniss, 1991) el respaldo judicial es un elemento esencial a la hora de tratar el trauma individual y cambiar los patrones de relaciones familiares que hicieron posible el abuso. En este sentido y de acuerdo a las intervenciones estudiadas, se requiere un fortalecimiento de las herramientas de los profesionales que movilicen la denuncia preferentemente desde la familia del/la menor –considerando el valor reparatorio de la misma– de modo de reinstalar la norma social que ha sido quebrantada en el ASI-A, fortaleciendo a la vez las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a las víctimas, haciéndolas menos manipulables al poder de quien comete el abuso y a la dinámica del silencio (Álvarez, 2003).

Se considera necesario un modelo de intervención que considere el trabajo en equipo, la coactividad y el trabajo en red. De acuerdo con los datos trabajados, el trabajo en equipo al interior de la CPU en temáticas de ASI-A es una realidad y un porcentaje mínimo de los casos es tomado sólo por un profesional. En consideración al alto porcentaje de deserciones en los tratamientos y a la importancia del control social, se hace necesario fortalecer en la CPU el concepto de coacción en las intervenciones en violencia y utilizar medidas alternativas de control social, tales como la visita domiciliaria.

La CPU es un centro de salud mental no especializado en temáticas de violencia, y, además, una institución de carácter privado, no regida directamente por los protocolos

ministeriales. Sin embargo, los profesionales de la Unidad de Niños y Adolescentes reciben e intervienen constantemente en casos de ASI-A, muchas veces desde una mirada clínica necesaria pero insuficiente. En este sentido, la pregunta sobre cómo hacer frente a esta demanda y el análisis del trabajo actual, son importantísimas.

De acuerdo a lo aquí encontrado, se considera desafío pendiente el reforzar el área de protección al menor y esclarecer los roles al interior del equipo de intervención. El trabajo en equipo y la conexión dentro de una red permite asumir la realidad del horror de la experiencia del ASI-A, desplegar rápidamente acciones destinadas a la protección del niño/a o adolescente víctima y contener las vivencias de cada uno de los interventores al trabajar este tipo de casos, la coordinación del trabajo en equipo permite mirar lo que ha ocurrido para poder intervenir de modo eficiente y no retraumatizante. Es el ámbito de los vínculos, tanto con el paciente y su familia, como entre profesionales, donde se sitúa la clave de las intervenciones reparatorias en abuso sexual.

El responder a la demanda en casos de ASI-A desde una institución privada y de formación académica implica, además de las intervenciones en la línea de la reparación, una mirada co-activa que permita operar de modo coherente con el fenómeno del ASI-A, en tanto reconoce como prioritario re-instalar la normativa social de no abuso, co-accionando y obligando a actuar a cada agente social, especialista o no, en el ejercicio de las funciones que le corresponden, pudiendo diferenciar claramente cada rol sin que ello signifique diluir responsabilidades (Álvarez, 2005). Para lograr esta claridad en el ejercicio de los respectivos roles y funciones de modo que las intervenciones sean eficientes, resulta fundamental aprender a trabajar en equipo, no tendiendo a aislarse e intervenir de manera solitaria, donde las demandas se difuminan ante el horror de registrar el horror. En este sentido, el trabajo en equipo protege y sostiene a los operadores de la tendencia a renegar o desmentir la fuerza del no querer ver ni creer en este horror (Álvarez, 2005), lo cual es fundamental a la hora de pensar en una intervención reparatoria que permita devolver al niño/a o adolescente víctima de ASI-A su continuidad vital.

En pos de lo anterior, y en consideración de las fortalezas y debilidades observadas, se considera pertinente articular los conocimientos profesionales al interior de la CPU en una unidad especializada en temáticas de violencia, multiprofesional y

especializada, que haga frente de manera coordinada y clara a la demanda de pacientes víctimas de ASI-A y sus familias, con un abordaje integral, clínico y co-activo de las situaciones de violencia intrafamiliar asociadas (correspondiente al 70% en esta muestra) e intervenga las dinámicas familiares que hacen posible las dinámicas abusivas. La creación de esta unidad se plantea como la principal propuesta de esta investigación y un desafío pendiente a desarrollar.

La presente investigación se basó en la convicción de que el difícil ejercicio de observar críticamente la propia labor profesional, es el primer paso en el desarrollo e implementación de mejoras positivas tanto para la institución –en este caso, la CPU– como para los niños/as, adolescentes y sus familias.

Sugerencias y proyecciones del estudio

Teniendo en cuenta lo anterior, se proponen las siguientes sugerencias, a saber:

1. *Sobre el modelo de intervención en ASI-A:* Si bien existe actualmente una línea de trabajo en ASI-A en la CPU, considerando la constante renovación de profesionales en formación se plantea como una herramienta útil la construcción de un protocolo de intervención en ASI-A, que consigne el modelo de intervención utilizado en la CPU, sus principales características e información de contacto sobre los profesionales especialistas a quienes contactar en caso de recibir un paciente en esta situación y no contar aún con las herramientas necesarias para realizar una gestión pertinente. En la misma línea, se plantea la formación de un equipo especializado en ASI-A al interior de la CPU, con rostros y nombres visibles, que cumplan la labor de asesorar a profesionales no especializados, a fin de evitar intervenciones revictimizantes, y generar investigación en el área.
2. *Sobre el uso de las fichas clínicas:* Considerando la importancia del trabajo interdisciplinario en el abordaje del ASI-A, así como la calidad de centro de desarrollo de investigación de la CPU, el adecuado uso de las fichas clínicas como instrumento de comunicación y fuente de información para futuras investigaciones, es fundamental. En este sentido, y en particular pensando en la temática del ASI-

A, resultaría útil establecer un protocolo que permita estandarizar la recogida de información en casos de ASI-A, de acuerdo a lo que se consigna como datos relevantes en la literatura y las necesidades encontradas en este estudio, accesible a los profesionales que enfrenten este tipo de casos y derivada del modelo de intervención previamente establecido en la CPU.

3. *Sobre la adecuada derivación:* En la misma línea de las sugerencias anteriores, se considera de gran utilidad la creación de un catálogo de instituciones u ONGs a las cuales derivar los casos que requieran una intervención especializada no presente en la CPU –por ejemplo, casos de ASI-A en contextos de violencia intrafamiliar grave– organizadas por comuna y que considere criterios de derivación.

Respecto de las limitaciones del estudio, se considera que la principal limitante de esta investigación corresponde al evaluar intervenciones profesionales desde una única fuente de información: la ficha clínica de los pacientes. La experiencia profesional de las autoras y profesoras a cargo indica que, paralelamente a la ficha clínica, existen otros dispositivos importantes de considerar, tales como las reuniones de síntesis semanales, los contactos telefónicos con los colegios y familias, la coordinación con asistentes sociales de otras instituciones, entre otras, que no son registrados de modo escrito en las fichas clínicas, pero que juegan un rol fundamental en las intervenciones evaluadas. En consideración a la rigurosidad investigativa y a la extensión de este trabajo, se consideró las fichas clínicas como la fuente de información más apropiada, sin desconocer aquellas que no han sido incluidas.

Una segunda limitante se relaciona con el nivel nominal de las variables estudiadas, lo que limita las posibilidades de análisis estadísticos más precisos y detallados, como el posible de realizar a nivel de variables intervalares.

Como proyecciones de este estudio, la formulación y desarrollo de una línea de intervención e investigación en violencia se plantea como la principal proyección. De modo más específico y de acuerdo a lo encontrado, se considera necesario conocer cómo los usuarios de la CPU llegan a atenderse y buscar atención profesional para una temática tan compleja como lo es el ASI-A. La información sobre las vías de acceso de los

pacientes permitiría a los equipos de salud mental de esta institución tener conocimiento acerca de las redes que existen en torno a los pacientes, y en las que eventualmente podrían buscar ayuda y/o colaboración a la hora de intervenir.

En este sentido, se considera que contar con este tipo de información ayudaría a reconocer la red social circundante a cada paciente, tal como es comprendida por Dabas y Perrone (1999)²⁷. Desde los autores, el conocer los tratamientos anteriores y el conducto por el cual ingresa el paciente, permitiría mejores intervenciones, generadas sobre vínculos preexistentes. Así, el trabajo de los equipos consistiría en tratar de “descubrir y apelar a las redes y de reconocer su preexistencia a nuestra mirada y, en tal sentido, los administradores debieran aguzar su capacidad de observación y plantear sobre los senderos transitados, los ejes organizadores de la tarea. Desde esta perspectiva nuestro accionar hará que su funcionamiento se promueva y se potencie, incrementando indudablemente la calidad, eficacia y la eficiencia de su gestión” (Dabas y Perrone, 1999, p. 5). De acuerdo a los datos, la inclusión de la red previa del paciente en el tratamiento constituye aún un desafío pendiente.

Asimismo, el realizar una investigación comparativa sobre las intervenciones en salud mental en casos de ASI-A entre el sector público y el privado permitiría evaluar el alcance de las políticas y lineamientos ministeriales, a través del análisis y comparación de los modelos de intervención en ASI-A, en instituciones tanto públicas como privadas.

²⁷ Dabas y Perrone (1999) explican que la red social estaría constituida tanto por las múltiples relaciones que cada persona establece (red vincular) como por la red de nociones que permite a las personas contar con un soporte que posibilita enmarcar su accionar a través de la idea de “*esto quiere decir lo mismo para ambos*” (red nocional).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarzúa, M. y González, M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, vol. XVI, N°2, p. 79 – 95.
- Álvarez, K. (2003). Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible?. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, año 14, N°1, p. 14 – 30.
- Álvarez, K. (2005). Los sentidos psicológicos y éticos de la reparación del abuso sexual de niños/as y adolescentes. En *La Violencia en la Familia, Escuela y Sociedad. Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención* (p. 123 – 134). Santiago: Universidad Internacional SEK.
- Álvarez, K., Astroza A., Castillo C., Oda C. y Pozo, P. (2008). El test de Relaciones Objetales en la evaluación de Abuso Sexual: Comparación de tres grupos de adolescentes. Trabajo aceptado para ser publicado en la Revista de Psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Calvi, B. (2004). *Pensar lo impensable: El abuso sexual en la infancia y el trabajo de la memoria*. Ponencia presentada en el “Primer Congreso Internacional Abuso Infantil y Paidofilia”, Asociación Pro Naciones Unidas de Argentina (ANUA), sede de la oficina regional para América Latina. Buenos Aires, Argentina.
- Capella, C. y Miranda, J. (2003). *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niños y niñas víctimas de abuso sexual*.

Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CAVAS (2003). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: 16 años de experiencia*. Santiago: Policía de Investigaciones de Chile.

Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados: Diagnóstico y terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Claramunt, M.C. (2000). *Abuso sexual en mujeres adolescentes*. Programa mujer, salud y desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (oficina regional de la Organización Mundial de la Salud en Costa Rica). San José: Serie género y salud pública.

Código Penal (2007). Ley N° 18.742 del Ministerio de Justicia. Vigésima Edición. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

Código Procesal Penal (2008). Ley N° 19.696 del Ministerio de Justicia que establece el Código Procesal Penal. Quinta Edición. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

Convención sobre los Derechos del Niño (1990). Extraído el 21 de Diciembre de 2008, de <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/15824.pdf>.

Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Extraído el 28 de Diciembre de 2008, de <http://www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/posgrado/inssjp/lectura/Modulo%202.8%20Redes%20en%20salud.pdf>

DSM-IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Editorial Masson.

Erickson, E. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Furniss, T. (1991). *The multiprofessional handbook of child sexual abuse: Integrated management, therapy and legal intervention*. London: Routledge.
- Hidalgo, C. y Carrasco, E. (1999). *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Huerta, S., Maric, V. y Navarro, C. (2002). Factores que intervienen en el impacto del abuso incestuoso sobre la víctima. *Terapia Psicológica*, 38(2), p. 117 - 124.
- Kendall-Tackett, K., Meyer Williams, L. y Finkelhor, D. (1993): Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, (1), 164 – 180.
- Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes*. México D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Leiva, P. (2007). *Revisión de políticas, prácticas y legislación que repercuten en la investigación y judicialización de casos de agresiones sexuales infantiles en Chile*. Documento del “Segundo Seminario Internacional sobre Agresiones Sexuales Infantiles: La Debida Protección del Menor y el Éxito en la Persecución Criminal”, Fundación Amparo y Justicia, Ministerio Público y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. Extraído el 9 de Marzo de 2009, de http://www.amparoyjusticia.cl/seminario/file/chile/informe_procesal_abuso_2007.pdf
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Las estructuras elementales del parentesco*. Buenos Aires: Eudeba.
- Litichever, C. (2004). *Intervención en abuso sexual infantil*. Ponencia presentada en el “Primer Congreso Internacional Abuso Infantil y Paidofilia”, Asociación Pro Naciones

Unidas de Argentina (ANUA), sede de la oficina regional para América Latina.
Buenos Aires, Argentina.

Maciá, R. (2008). Historia clínica: Contenido, propiedad y acceso. *Compumedicina.com*, año IX, N° 148. Extraído el 5 de Marzo de 2009, de http://www.compumedicina.com/verpdf.php?art=./medicinalegal/ml_011108.pdf

Maida, A.M., Molina, M.E., Basualto, C., Bahamondes, C., Leonvendagar, X. y Abarca, C. (2005). La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista chilena de pediatría*, vol. 76, N°1, p. 41 - 47.

Ministerio de Justicia (1999). *Ley 19.617 que modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros cuerpos legales en materias relativas al delito de violación*. Valparaíso: Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2001). *Política nacional y plan de acción integrado a favor de la infancia y la adolescencia 2001 – 2010*. Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación.

Ministerio de Salud (1998). *Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en niños y adolescentes en los servicios de urgencia*. Santiago: Serie MINSAL.

Ministerio de Salud (2000). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago: Serie MINSAL.

Molina, M.E. (2007). *Proceso de construcción de significados asociado a la experiencia de madres de niños víctimas de abuso sexual*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Pazos, M. (2007). Sobre el abuso sexual infantil: A propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, vol. 71(2), 164-170.

Peroni, G. (2000). *Abuso sexual e incesto: Pensando estrategias de intervención*. Ponencia presentada en el seminario El incesto en la ley, la ley del incesto, Foro Juvenil –Programa Faro– Intendencia Municipal de Montevideo, Uruguay.

Piaget, J. (2005). *Inteligencia y afectividad*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.

Pignatiello, A. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 11, N° 26.

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (2007). *Diagnóstico situación de abuso sexual infantil: Estudio descriptivo de magnitud y caracterización del abuso sexual infantil y explotación sexual comercial infantil en la V Región de Valparaíso*. Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, en colaboración con ONG de desarrollo Corporación Paicabí. Extraído el 14 de Enero de 2009, de http://www.paicabi.cl/documentos/investigacion_sename_paicabi_pucv.pdf

Quirós, P. (2006). *Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familia*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Recart, C., Castro, P. y Álvarez, H. (2000). Consulta en salud mental en el sistema privado chileno. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, año 11, N°3, p. 24 – 34.

Rodríguez, L. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Revista Universitas Psychologica de la Pontificia Universidad Javeriana*, vol. 2 (1), 57-70.

Servicio Nacional de Menores (sin año). Síntesis estudio Género, Infancia y Maltrato, ejecutado entre mayo de 2006 y abril de 2007. Extraído el 27 de Marzo de 2009, de <http://www.sename.cl/>

Servicio Nacional de Menores (2004). *Estudio Peritajes Sicológicos en Abuso Sexual Infantil*. Extraído el 5 de Enero de 2009, de <http://www.sename.cl/>

UNICEF (2006). *Niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales, en el marco de la reforma procesal penal*. Informe final. Extraído el 29 de Junio de 2009, de http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/173/Informe%20final.pdf

Wyatt, G., Loeb, T., Rivkin, I., Carmona, J., Chin, D., Williams, J., Myers, H., Longshore, D. y Sykora, C. (2003). *¿Cuál es el efecto del abuso sexual infantil en la prevención del VIH?*. Center for AIDS Prevention Studies, University of California. Extraído el 2 de Septiembre de 2009, de <http://www.caps.ucsf.edu/espanol/hojas/abuso.php>

ANEXOS

ANEXO N°1. CATEGORÍAS LEVANTADAS PARA EL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Una vez recogidos los datos, se procedió a ordenarlos en la grilla construida para dicho fin. De este modo, se levantaron las siguientes categorías, de acuerdo a los datos encontrados en las fichas clínicas, seguidas de sus correspondientes subcategorías:

1) **Edad al ingreso:** refiere a la edad del paciente al momento de la sesión de ingreso en CPU²⁸. Para efectos del análisis estadístico, las edades registradas fueron distribuidas en rangos, obteniéndose las siguientes subcategorías:

- *Infancia temprana:* período coincidente con la etapa preescolar e inicios de la etapa escolar. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 4 a los 6 años.
- *Infancia tardía:* período coincidente con la etapa escolar hasta los inicios de la etapa prepuberal. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 7 a los 12 años.
- *Adolescencia:* período coincidente con los inicios de la prepubertad hasta el límite legal en que se alcanza la mayoría de edad en nuestro país. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 13 a los 18 años.

2) **Estructura familiar:** alude a la estructura de la familia en la que se encuentra inserto el paciente. Para efectos del análisis estadístico y en base a la información recogida, se levantaron las siguientes subcategorías:

- *Biparental nuclear:* corresponde a la familia que se encuentra conformada por ambos padres e hijo/s.
- *Biparental extensa:* corresponde a la familia que se encuentra conformada por ambos padres, hijo/s y otros miembros de la familia externos al núcleo familiar, como los abuelos, tíos, primos, entre otros.
- *Monoparental materno nuclear:* corresponde a la familia que se encuentra conformada por la madre e hijo/s, pudiendo convivir junto a ellos o no la pareja de la madre junto a su/s hijo/s, según corresponda.

²⁸ En pacientes con reingreso, se considera la edad al momento de iniciarse el tratamiento asociado al ASI-A.

- *Monoparental materno extensa*: corresponde a la familia que se encuentra conformada por la madre, hijo/s y otros miembros de la familia externos al núcleo familiar, como los abuelos, tíos, primos, entre otros, pudiendo convivir junto a ellos o no la pareja de la madre junto a su/s hijo/s, según corresponda.
- *Monoparental paterno nuclear*: corresponde a la familia que se encuentra conformada por el padre e hijo/s, pudiendo convivir junto a ellos o no la pareja del padre junto a su/s hijo/s, según corresponda.
- *Institucionalizada*: corresponde a las situaciones en que el niño o adolescente ha sido separado de su familia constitutiva, ya sea biológica o adoptiva, y se ha procedido a insertarlo en familias de acogida dependientes de instituciones que velan por el cumplimiento de los derechos del niño en menores en situación de vulneración de sus derechos, ya sean dependientes del estado o pertenecientes al sector privado.
- *Otra*: corresponde a las situaciones en que la familia no se encuentra constituida de acuerdo a las categorías descritas anteriormente. Por ejemplo, pacientes que viven junto a sus abuelos, entre otros.

3) ***Transgeneracionalidad de la violencia sexual***: indica si existen antecedentes transgeneracionales respecto a la presencia o ausencia de violencia sexual en las generaciones anteriores a la del paciente (por ejemplo, madre víctima de agresiones sexuales, abuelo agresor, etc.), o bien si otro miembro de la familia de la misma generación del paciente que ha sufrido de estos mismos ataques (por ejemplo, hermanos/as de la víctima). Para realizar el análisis cuantitativo, se procedió a levantar las siguientes subcategorías:

- *Sí*: categoría aplicada cuando este tipo de antecedentes fueron registrados en la ficha clínica de cada paciente perteneciente a la muestra.
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

4) ***Violencia intrafamiliar***: corresponde al registro en la ficha clínica de si existen o no antecedentes de violencia al interior de la familia en que se encuentra inserto el niño/a o adolescente, pudiendo tratarse de violencia física como psicológica, y en todas las

direcciones de la estructura familiar. En base a la información recogida, para esta categoría se levantaron las siguientes subcategorías:

- *Sí*: se aplica cuando este tipo de antecedentes fueron registrados en la ficha clínica de cada paciente perteneciente a la muestra.
- *No*: se aplica cuando este tipo de antecedentes no fueron registrados en la ficha clínica de cada paciente perteneciente a la muestra.

5) **Motivo de consulta inicial**: indica los motivos por los cuales el paciente es llevado a la CPU a consultar a la Unidad de Niños y Adolescentes. Para efectos del análisis cuantitativo, la categoría contiene las siguientes subcategorías:

- *ASI-A (abuso sexual infantil y del adolescente)*: Se refiere a los casos cuyo motivo de consulta inicial está directamente relacionado con el ASI-A (consulta post-develamiento, por sospecha, etc.).
- *Otros*: Se refiere a los casos cuyo motivo de consulta inicial no está directamente relacionado con el ASI-A (bajo rendimiento escolar, problemas conductuales, etc.).
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

6) **Asistencia a primera sesión**: categoría que describe quiénes de los integrantes de la familia del niño/a o adolescente víctima asisten a la primera sesión de atención en la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU. Se levantaron las siguientes subcategorías, de acuerdo a la asistencia registrada en la ficha clínica:

- *Madre*
- *Padre*
- *Ambos padres*
- *Madre y paciente*
- *Ambos padres y paciente*
- *Institución y paciente*: en este caso, junto al paciente asiste un profesional de la institución a cargo de la cual está (por ejemplo, SENAME).
- *Otros*: etiqueta aplicada cuando quien asiste a la primera sesión, ya sea junto al paciente o no, no corresponde a alguien nombrado anteriormente (por ejemplo, abuelos).

- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

7) **Quién menciona el abuso**: Indica quién menciona el proceso abusivo sufrido por el niño/a o adolescente víctima, durante la sesión con el equipo de profesionales de la CPU.

Para realizar el análisis estadístico, se levantaron las siguientes categorías:

- *Madre*
- *Padre*
- *Paciente*
- *Ambos padres*
- *Profesional de salud mental*: refiere a cuando un profesional psicólogo o psiquiatra menciona el proceso abusivo en sesión.
- *Otro profesional de la red*: refiere a cuando un profesional que no pertenece al área de salud mental es quien menciona el abuso. Por ejemplo, pediatra, neurólogo, asistente social, profesor, entre otros.
- *Otros*: refiere a cuando otro actor involucrado en la consulta a CPU es quien menciona la situación de abuso que padece el niño/a o adolescente víctima. Por ejemplo, abuelo/a, cuidador/a, entre otros.
- *No se menciona*: refiere a cuando el abuso sexual no es mencionado en sesión, siendo en la mayoría de estos casos mantenido como sospecha.
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

8) **Tipo de develamiento**: refiere a la forma en que fue develado el abuso sexual sufrido por el niño/a víctima. Para realizar el análisis cuantitativo, se levantaron las siguientes subcategorías:

- *Intencionado*: el develamiento es realizado por el niño/a o adolescente víctima, quien denuncia el hecho a un tercero intencionadamente.
- *Precipitado*: el develamiento ocurre en circunstancias que precipitan al niño/a o adolescente víctima a contar sobre el abuso a un tercero. Por ejemplo, dentro del contexto psicoterapéutico.

- *Accidental*: el proceso abusivo es develado mediante circunstancias accidentales, donde no media la intención de la víctima. Por ejemplo, una madre que observa en su hijo resistencia en ir a un determinado lugar (ej. colegio).
- *Sospecha*: califican como sospechas los casos en que no se registra un develamiento por parte del niño/a o adolescente víctima, ni relatos de testigos. Debido a que en la mayoría de los casos la labor de la CPU no corresponde al peritaje, no se cuenta con un modo más adecuado de diferenciar las situaciones que serán consideradas como sospechas y las que se toman como situación ASI-A propiamente tal.
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

9) **Edad al develamiento**: corresponde a la edad en que fue develado el proceso abusivo. Para efectos estadísticos, los datos fueron agrupados en las siguientes subcategorías:

- *Infancia temprana*: período coincidente con la etapa preescolar e inicios de la etapa escolar. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 4 a los 6 años.
- *Infancia tardía*: período coincidente con la etapa escolar hasta los inicios de la etapa prepuberal. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 7 a los 12 años.
- *Adolescencia*: período coincidente con los inicios de la prepubertad hasta el límite legal en que se alcanza la mayoría de edad en nuestro país. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 13 a los 18 años.
- *No hay develamiento – sospecha de ASI-A*: el proceso de abuso es mantenido y tratado como sospecha a lo largo de todo el proceso terapéutico, de modo que no es posible hablar de que ha ocurrido la develación del abuso en estos casos.
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

10) **Relación víctima-victimario**: Indica el vínculo que existe entre niño/a o adolescente víctima y el abusador, ya sea que corresponda a un abuso intrafamiliar o extrafamiliar. Para realizar el análisis cuantitativo, se levantaron las siguientes subcategorías:

- *Padre*
- *Padrastro*
- *Hermano*
- *Hermanastro*
- *Abuelo*
- *Tío*
- *Primo*
- *Miembro de familia de acogida*: corresponde a cuando un miembro de la familia que ha acogido al niño/a o adolescente –por vía institucional– ha sido el perpetrador del abuso padecido por el paciente.
- *Conocido extrafamiliar*: corresponde a cuando quien ha perpetrado el abuso es un conocido de la víctima, cercano a la familia del paciente, pero no es familiar.
- *Desconocido*: corresponde a cuando quien ha perpetrado el abuso no tiene vínculo con la víctima.
- *Sospecha*: el proceso de abuso es mantenido y tratado como sospecha, por lo que no se identifica un agresor.
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

11) ***Edad del paciente cuando consumado el ASI-A***: Corresponde a la edad en que fue consumado el abuso sexual²⁹. Para efectos del análisis cuantitativo, se levantaron las siguientes subcategorías:

- *Infancia temprana*: período coincidente con la etapa preescolar e inicios de la etapa escolar. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 4 a los 6 años.
- *Infancia tardía*: período coincidente con la etapa escolar hasta los inicios de la etapa prepuberal. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 7 a los 12 años.

²⁹ En caso de haber episodios reiterados y/o distintos perpetradores, se registra la edad al momento del primer episodio abusivo.

- *Adolescencia*: período coincidente con los inicios de la prepubertad hasta el límite legal en que se alcanza la mayoría de edad en nuestro país. Esta subcategoría comprende el rango de edad de los 13 a los 18 años.
- *No hay develamiento – sospecha de ASI-A*: el proceso de abuso es mantenido y tratado como sospecha a lo largo de todo el proceso terapéutico, de modo que no es posible identificar una edad cuando haya sido consumada la agresión sexual.
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

12) ***Derivación desde otro profesional***: Hace referencia a las vías de acceso del paciente, si acude por iniciativa propia o derivado por un tercero. Para efectos de la cuantificación, se establecen las siguientes categorías:

- *Área salud mental*: registra cuando el paciente ha sido derivado desde otra instancia de la red de salud mental. Por ejemplo, otro centro de salud mental, otro psicólogo o psiquiatra particular, entre otros.
- *Área judicial*: registra cuando el paciente ha sido derivado desde alguna instancia jurídica. Por ejemplo, tribunales de familia, SENAME, evaluación para peritajes, entre otros.
- *Área educacional*: registra cuando el paciente ha sido derivado por profesionales o actores del ámbito de la educación. Por ejemplo, profesores, psicólogo del colegio, o cualquier miembro del lugar donde el paciente cursa sus estudios.
- *Otro profesional*: registra cuando un profesional que no corresponde a las áreas anteriormente mencionadas es quien realiza la derivación a la CPU. Por ejemplo, pediatra, nutricionista, asistente social, entre otros.
- *No*: no ha habido derivación entre instituciones de la red.
- *No hay antecedentes en ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

13) ***Consulta previa a otro servicio de salud mental***: indica si el paciente ha consultado anteriormente en otro centro de salud mental, o consulta particular de psicología o psiquiatría, o bien a otras instituciones que tengan unidad de salud mental,

independientemente del motivo de consulta. Para realizar el análisis cuantitativo, se establecieron las siguientes categorías:

- *Sector público*: registra cuando el paciente ha consultado previamente a algún servicio de salud mental o profesional de la salud mental dependiente del Estado.
- *Sector privado*: registra cuando el paciente ha consultado previamente a algún servicio de salud mental o profesional de la salud mental perteneciente al sector privado.
- *No*: registra cuando el paciente no ha realizado anteriormente ningún tipo de consulta a cualquier servicio de salud mental.
- *No hay antecedentes en la ficha clínica*: no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

14) ***Sintomatología asociada***: registra los síntomas que presenta el paciente al momento de ser ingresado a la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU. Esta variedad de síntomas se agrupó en las siguientes subcategorías:

- *Trastornos del sueño*: pesadillas, insomnio de conciliación, despertar precoz.
- *Abuso de sustancias*: tabaco, alcohol, marihuana, pasta base, otros.
- *Intento suicida*: cualquier acción realizada por el paciente destinada a atentar contra su vida (se excluyen los gestos suicidas).
- *Conductas sexualizadas*: erotización, promiscuidad, exhibicionismo.
- *Síntomas regresivos*: enuresis, conductas regresivas y toda actividad asociada a etapas anteriores del desarrollo, previamente lograda y que se reinstala de modo sintomático.
- *Síntomas ansiosos*: angustia generalizada, trastorno de estrés postraumático, flashbacks, crisis de pánico, pensamientos intrusivos.
- *Sintomatología limítrofe*: perturbaciones en imagen de sí mismo, deterioro del autoestima, difusión de la identidad, dificultad para establecer relaciones interpersonales, baja tolerancia a la frustración, labilidad emocional, síntomas relacionados a la falla en el control de impulsos (descontrol de impulsos, conductas auto y héteroagresivas).

- *Sintomatología en el contexto escolar*: Tanto en términos conductuales (fobia escolar, deserción escolar, ausentismo escolar, rechazo escolar, cimarra, violencia escolar) como en rendimiento académico. (baja en el rendimiento académico)
- *Síntomas psicósomáticos*: cefaleas, dolor muscular, constipación, diarrea, vómitos, mareos, lumbago.
- *Síntomas depresivos*: ideación suicida, sentimientos de culpa, distimia, astenia, anorexia, anhedonia, irritabilidad.
- *Síntomas psicóticos*: alucinaciones, ideas delirantes, inmoderación temática.
- *Síntomas conductuales*: inquietud motora, hiperactividad, conductas disruptivas, pataletas, conductas opositoristas-desafiantes, fugas del hogar.

15) **Atenciones profesionales realizadas**: hace referencia a qué profesionales intervienen en el proceso de evaluación y/o terapéutico. Contempla las siguientes categorías:

- *Psicología*: El paciente ingresa o es derivado por un segundo profesional a un profesional psicólogo/a o alumno/a en práctica de psicología de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU.
- *Psiquiatría*: El paciente ingresa o es derivado por un segundo profesional a un profesional psiquiatra o becado/a de psiquiatría de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU.
- *Terapia Familiar*: El paciente es derivado por un segundo profesional al equipo de Terapia Familiar de la CPU.
- *Terapia Ocupacional*: El paciente es derivado por un segundo profesional al equipo de Terapia Ocupacional de la CPU.
- *Hospitalización*: El paciente ingresa directamente con orden de hospitalización o es derivado posteriormente por un segundo profesional psiquiatra a lo largo del tratamiento/ evaluación. Cabe señalar que, aunque este antecedente es consignado, la indagación de este trabajo en los procesos terapéuticos asociados a ASI-A en la CPU incluye sólo los tratamientos ambulatorios.

16) **Psicología: Qué se hizo:** registra cuáles fueron las acciones e intervenciones realizadas por los profesionales psicólogos de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU. Para efectos de la cuantificación, se establecen las siguientes categorías:

- *Psicoeducación:* el psicólogo registró en la ficha clínica haber realizado intervenciones de corte psicoeducativo respecto al abuso sexual infantil y del adolescente, ya sea con el niño/a víctima como con la familia del niño/a o adolescente.
- *Intervenciones psicoterapéuticas:* el psicólogo registró en la ficha clínica haber hecho intervenciones de corte psicoterapéutico con el niño/a o adolescente víctima. Por ejemplo, proceso de psicoterapia individual, indicaciones para manejo parental, entre otros.
- *Articulación en redes extrafamiliares:* el psicólogo registró en la ficha clínica haber intervenido para lograr articularse con las redes extrafamiliares del niño/a o adolescente víctima, de modo de lograr una intervención a diversos niveles. Por ejemplo, colegio, consultorio, entre otros.
- *Psicodiagnóstico:* el psicólogo registró en la ficha clínica haber aplicado pruebas psicológicas (nivel intelectual, personalidad, entre otros) con fines diagnósticos, a propósito del antecedente o sospecha de ASI-A.
- *Informes:* el psicólogo registró en la ficha clínica haber informado por escrito de los resultados de evaluaciones psicológicas realizadas al paciente.
- *Supervisión:* el psicólogo registró en la ficha clínica las sesiones de supervisión realizadas para el paciente correspondiente.

17) **Psiquiatría: Qué se hizo:** registra cuáles fueron las acciones e intervenciones realizadas por los profesionales médico-psiquiatras de la Unidad de Niños y Adolescentes de la CPU. Para efectos de la cuantificación, se establecen las siguientes categorías:

- *Manejo farmacológico:* el psiquiatra registró en la ficha clínica las indicaciones para realizar el tratamiento farmacológico, junto con los detalles de la farmacoterapia.
- *Psicoeducación:* el psiquiatra registró en la ficha clínica haber realizado intervenciones de corte psicoeducativo respecto al abuso sexual infantil y del adolescente, ya sea con el niño/a víctima como con la familia del niño/a.

- *Intervenciones psicoterapéuticas:* el psiquiatra registró en la ficha clínica haber hecho intervenciones de corte psicoterapéutico con el niño/a o adolescente víctima. Por ejemplo, proceso de psicoterapia individual, indicaciones para manejo parental, entre otros.
- *Articulación en redes extrafamiliares:* el psiquiatra registró en la ficha clínica haber intervenido para lograr articularse con las redes extrafamiliares del niño/a o adolescente víctima, de modo de lograr una intervención a diversos niveles. Por ejemplo, colegio, consultorio, entre otros.
- *Supervisión:* el psiquiatra registró en la ficha clínica las sesiones de supervisión realizadas para el paciente correspondiente.
- *Otros:* el psiquiatra registró en la ficha clínica haber realizado procedimientos no especificados anteriormente. Por ejemplo, examen mental, anamnesis, entre otros.

18) **Terapia familiar: Qué se hizo:** registra cuáles fueron las acciones e intervenciones realizadas por los profesionales psiquiatras y psicólogos encargados de realizar terapia familiar a los pacientes de la Unidad de Niños y Adolescentes que presentaron indicación. Para efectos de la cuantificación, se establecen las siguientes categorías:

- *Sesiones de exploración:* el profesional encargado registró en la ficha clínica que sólo se realizaron sesiones con fines exploratorios, para conocer el motivo de consulta que trae la familia.
- *Proceso de terapia:* el profesional encargado registró en la ficha clínica que, una vez realizadas las sesiones de exploración, se procedió a iniciar el proceso de terapia familiar.
- *No:* no se registró en ficha clínica que la familia del paciente tuviera indicación de terapia familiar.

19) **Procedimientos especializados:** refiere a las acciones realizadas por los profesionales del equipo que atiende el caso que presenta el antecedente o sospecha de ASI-A, que tienen relación con el abordaje y tratamiento de esta temática en particular. Para esta investigación, y en consideración al marco teórico planteado, se considerarán estrategias especializadas las siguientes subcategorías para el análisis cuantitativo:

- *Encuadre*: implica plantear el espacio de intervención como un espacio donde “las cosas se pueden decir”. Incluye la noción de «trauma», buscando impedir la retraumatización haciendo el ambiente predecible para el paciente. Se incluye aquí el explicitar que el niño deberá aportar para el éxito de la terapia y la confidencialidad relativa, es decir, especificar al paciente la confidencialidad del relato, con excepción de que se requiera pedir ayuda a terceros o se encuentre en peligro su integridad o la de terceras personas, explicitando el bienestar del paciente como el objetivo a alcanzar.
- *Narrativa libre*: estimular la narrativa cognitiva libre. Cualquier acción tendiente a conocer la forma de narrar del sujeto, con la intención de comparar con el relato del ASI-A. Cualquier indagación sobre el estilo que tiene el niño de narrar las cosas, estimulando que sea un relato detallado sin interrupción.
- *Manejo de la sospecha*: implica la caracterización de la familia del paciente, en tanto ambiente donde se desarrolla la sospecha. Incluye indagar en las atribuciones familiares, creencias sobre uso de la violencia, causalidad de los síntomas, elementos predisponentes, desencadenantes y mantenedores (a nivel biopsicosocial) del proceso abusivo.
- *Control social*³⁰: refiere a cualquier acción de algún profesional del equipo que aborda un caso de ASI-A, estableciendo contactos con la red intrafamiliar y extrafamiliar si fuere necesario. El objetivo de esta estrategia es detener la situación de abuso/violencia en que se encuentra el niño/a víctima.
- *No se realizan*: los profesionales de la CPU no realizaron alguno de los procedimientos nombrados anteriormente, de acuerdo al registro de la ficha clínica.

20) **Control social**: registra toda acción de algún profesional del equipo que implique detener el proceso de abuso y/o violencia en que se encuentra el paciente³¹. Para la realización del análisis cuantitativo, se levantaron las siguientes subcategorías:

³⁰ Si bien la categoría “control social” es analizada individualmente más adelante, se decidió incluirla dentro de los procedimientos especializados de abordaje en ASI-A, debido a que es uno de los procedimientos que permite trabajar la situación de abuso más allá del nivel individual, sino que puede accederse a explorar cómo trabaja la red en circunstancias que requieren de un manejo especializado.

³¹ También se consideran las indicaciones realizadas que no fueron acatadas por los respectivos actores involucrados en la situación de violencia.

- *Profesional de CPU realiza indicaciones:* las indicaciones de control social fueron registradas y llevadas a cabo por alguno de los profesionales interventores de la CPU.
- *Profesional de CPU no realiza indicaciones:* no hubo indicación ni acción de control social por alguno de los profesionales interventores de la CPU, sino que fue ejercido por alguien externo a la institución. Por ejemplo, profesional de otra institución, profesores, familia del paciente, entre otros.
- *No hay antecedentes en ficha clínica:* no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

21) **Judicialización:** Indica si el caso fue judicializado y a través de qué vías. Para realizar el análisis estadístico, fueron levantadas las siguientes subcategorías:

- *Denuncia familia del paciente:* quien realiza la denuncia que permite la judicialización del caso es algún miembro de la familia del paciente.
- *Denuncia CPU – HCUCH:* la denuncia es realizada por alguno de los profesionales de la CPU que intervino en el caso respectivo.
- *Denuncia otro profesional de la red:* la denuncia es realizada por otro profesional de la red que atendió el caso anterior o posteriormente.
- *Caso es derivado a CPU ya judicializado:* el caso llega a la CPU habiendo sido judicializado previamente.
- *Se mantiene como sospecha:* el caso no es judicializado debido a que la sospecha de ASI-A nunca es confirmada por alguno de los profesionales a cargo del caso.
- *No:* no es realizada la denuncia que permita la judicialización del caso.
- *No hay antecedentes en ficha clínica:* no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.

22) **Seguimiento:** Registra qué ha ocurrido con cada uno de los casos, tomando la última información registrada en la ficha, con fecha de Junio de 2009. Para realizar el análisis estadístico, fueron levantadas las siguientes subcategorías:

- *Deserción:* el paciente deserta de su tratamiento en la CPU.

- *Finaliza evaluación y no continúa tratamiento:* el paciente asiste a realizarse evaluación psicológica y se le indica tratamiento psicoterapéutico, sin embargo, al finalizar la evaluación decide no continuar con las intervenciones indicadas.
- *Derivación a otra institución de la red:* el paciente es derivado a otra institución de la red de salud mental para continuar su tratamiento.
- *Paciente decide continuar tratamiento en otra institución de la red:* es el paciente quien decide abandonar el tratamiento en la CPU, para continuarlo en otra institución.
- *Actualmente en tratamiento en CPU:* el paciente continúa en tratamiento en la unidad, a la fecha señalada.
- *Alta médica de tratamiento en CPU:* el paciente fue dado de alta de su tratamiento en la CPU.
- *Falta de cohesión entre las áreas de tratamiento:* el paciente asiste sólo a algunas de las intervenciones, desertando de una parte del tratamiento. Por ejemplo, continúa asistiendo a los controles psiquiátricos pero abandona proceso psicoterapéutico.
- *No hay antecedentes en ficha clínica:* no se encontraron antecedentes referentes a este ítem en los registros de la ficha clínica.