



Escuela de Psicología
Magíster Psicología Social

Agresión sexual infantil en Centros de Atención Ambulatoria en el marco de las políticas de atención del SENAME durante el período 2005–2006. Un enfoque socio-territorial. Caso de estudio: comuna de San Bernardo, zona sur de Santiago

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, como requisito para optar al grado académico de Magister en Psicología Social, mención en Intervenciones Psicosociales

Autor: Omar Cañete Islas
Profesor Guía: Domingo Asún Salazar
Profesora Informante: *Dr.rer nat* Ximena Galleguillos

Valparaíso, Marzo de 2014

A mis padres y familia

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

- i. Planteamiento del problema
- ii. Pregunta de investigación
- iii. Relevancia
- iv. Definición de hipótesis de trabajo, propósitos y objetivos
- v. Metodología
- vi. Estructura de la tesis

CAPITULO I: ANTECEDENTES

- 1.1 Marco institucional para el diagnóstico pericial de la agresión sexual infantil dentro de la red SENAME
- 1.2. Evaluación diagnóstica en los programas de diagnóstico ambulatorio (D.A.M. y C.T.A.)
- 1.3. Descripción general del funcionamiento del equipo CTA Hellen Keller en el área sur de Santiago.
- 1.4 Impacto del flujo informacional dentro de la red SENAME y dentro de la red intersectorial de atención

CAPITULO II: MARCO TEORICO

- 2.1. Epidemiología
- 2.2. Ramas de la epidemiología
- 2.3. Funciones de la epidemiología
- 2.4. Metodología en epidemiología
- 2.4.1. Clasificación de los estudios epidemiológicos

CAPITULO III: REFERENCIACIÓN TERRITORIAL DE DATOS

- 3.1. Análisis territorial y Sistemas de referenciación.
- 3.2. Tipos y usos de sistemas S.I.G.

CAPITULO IV: ASPECTOS CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES DE LA AGRESIÓN SEXUAL: RELEVANCIA Y NECESIDAD DE UN ENFOQUE INTEGRADO DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y EPIDEMIOLOGICAS

4.1. Pertinencia de un análisis territorial de la agresión sexual en los centros de diagnóstico del SENAME (C.T.A./D.A.M.)

4.1.1. Relevancia para las políticas sectoriales e intersectoriales de un enfoque territorial en relación al fenómeno de la agresión sexual infantil.

4.1.2 Relevancia de aspectos clínicos y marco teórico general para incorporar variables psicosociales en la descripción epidemiológica del fenómeno el abuso sexual

4.1.3 Relevancia clínico-forense

4.1.4. Relevancia de la integración de los estudios epidemiológicos y demográficos

4.2. Aspectos clínico forenses en relación a la agresión sexual infantil

4.2.1 Definición de agresión sexual

4.2.2 La agresión sexual como proceso. Dinámica temporal de la agresión

4.3. Tipificaciones de la agresión

CAPITULO V: MODELOS DE POLÍTICAS SOCIALES CON ÉNFASIS Y CARACTER TERRITORIAL

5.1. Modelo de atención de salud

5.1.1. Características generales de las políticas de readecuación y reforma de salud

5.1.2. Características territoriales y socio-epidemiológicas del modelo de salud.

5.1.3. Organización territorial de la demanda en los CESFAM. la sectorización.

5.2. Observaciones de los criterios de planificación territorial del SENAME, para los casos de diagnóstico ambulatorio de agresión sexual.

5.3. Modelos territoriales en el ámbito de la seguridad social. y ciudadana y prevención del delito.

5.3.1. Estudios de geo referenciación del delito

5.3.2. Mapas territoriales-barriales preventivos

5.4. Aplicabilidad de estudios de diagnóstico territorial en el ámbito de prevención y monitoreo del delito de agresión sexual

CAPITULO VI: APLICACION EXPLORATORIA

6.1. Tipo de investigación

6.2. Caracterización de la muestra

6.3. Definición del territorio

6.3.1. Levantamiento De Mapas Temáticos

6.4.. Variables clínico-forenses (variables dependientes).

6.4.2. Variables socio demográficas y penales de la muestra (variables independientes).

6.5. Programa de investigación

CAPITULO VII: RESULTADOS

7.1. Estadística descriptiva

7.2. Descripción y Distribución Territorial de la Muestra según diversos criterios.

7.3. Descripción Territorial de Algunas Variables Evaluadas

7.4. Referenciación territorial de casos. construcción de mapas temáticos del tipo de densidad de puntos

7.5. Tipos de Abuso.

CAPITULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. ANÁLISIS PROSPECTIVO

8.1. Relevancia de una aproximación epidemiológica territorial, desde el ámbito del diagnóstico forense.

8.2. Relevancia de una aproximación epidemiológica territorial para el desarrollo de las políticas de SENAME

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Oferta programática SENAME en materia de Protección de Derechos de Infancia

Tabla 2: Actividades según objetivo 1 del DAM Hellen Keller

Tabla 3. Ingresos programa DAM Hellen Keller por comuna

Tabla 4: procedencia de los ingresos primer año de ejecución del programa

Tabla 5: causal de ingresos primer año de ejecución del programa

Tabla 6: Tipo de agresor

Tabla 7: Tipo de delito por año

Tabla 8: Tipo de agresión sexual

Tabla 9: Tipo de vínculo entre víctima y agresor

Tabla 10: Cobertura de especialidad APS 2004

Tabla 11: Cruce descriptivo de la muestra por año y sexo de los niños víctimas de abuso

Cuadros 1 y 2: Grafico de torta distribución de la muestra por sexo y tramo de edad

Tabla 12: cruce entre tramo de edad de la muestra para cada año, por sexo de los niños víctimas de agresión sexual

Tabla 13: Distribución de casos para cada sector territorio para cada año

Tabla 14: Distribución de la muestra por tramo de edad para cada sector territorial

Tabla 15: Cruce De Casos Para Tipo De Abuso Por Sector Territorial

Tabla 16. Ficha De Ingreso

Tabla 17. Ficha De Egreso

Tabla 18. Planilla De Ingreso Pericial Cta Hellen Keller

Tabla 19. Criterios De Credibilidad Cbca Según Keller Y Khonllen (1989)

Tabla. Criterios Para Un Análisis De La Validez Del Relato Según Keller Y Khonllen

INDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Esquema de trabajo intersectorial.

Imagen 2: Flujograma informacional.

Imagen 3: Mapa territorial epidemiológico tipo, con planilla de datos asociada

Imagen 4: Sistema Operativo general de uso de los SIG

Imagen 5: Mapa Temático epidemiológico del tipo Intervalar

Imagen 6: Mapas temáticos Epidemiológico del tipo graduado circular

Imagen 7: Mapas temáticos Epidemiológico del tipo Densidad de puntos

Imagen 8: Mapas Temático Epidemiológico de Barras

Imagen 9: Mapas Temáticos Epidemiológico de pastel.

Imagen 10: Mapas temáticos Epidemiológicos de valores únicos

Imagen 11: Abuso dentro del ciclo Vital

Imagen 12: Ontogenia del Abuso sexual según Barudy (2000)

Imagen 13: Modelos de agresión sexual según cercanía con el agresor (tipos de agresión intra-extrafamiliar)

Imagen 14: Procesos de victimización según Barudy

Imagen 15: Modelo de Perrone

Imagen 16: Etapas de modelo de Perrone.

Imagen 17: Etapa de Programación de Perrone

Imagen 18. Vista Satelital Área Sur de Santiago. Comuna de San Bernardo

Imagen 19: Mapa territorial, comuna de San Bernardo

Imagen 20: Mapa territorial, detalle ampliado sector centro comuna de San Bernardo

Imagen 21: Mapa temático del tipo de intervalos iguales donde se identifican los diversos sectores (juntas de vecinos) por sector para el total de agresiones sexuales período 2005–2006

Imagen 22. Mapa territorial temático del total casos año 2005 en comuna de San Bernardo

Imagen 23. Mapa territorial temático del tramo de edad entre 0 y 5 años, año 2005

Imagen 24: Mapa territorial temático del tramo de edad entre 6 y 9 años, año 2005

Imagen 25. Mapa territorial temático del tramo de edad entre 10 y 13 años, año 2005

Imagen 26: Mapa Territorial Temático Del Tramo De Edad Entre 14 Y 17 Años, Año 2005.

Imagen 27: Mapa Temático Del Total De Casos Por Tramo De Edad, Entre 0 Y 16 Años, Del Año 2006

Imagen 28: Mapa temático de casos por tramo de edad entre 0 y 5 años, año 2006

Imagen 29. Mapa temático de casos por tramo de edad entre 6 Y 9 AÑOS, del año 2006

Imagen 30. Mapa temático de casos por tramo de edad entre 10 y 13 años, del año 2006

Imagen 31. Mapa temático de casos por tramo de edad entre 14 y 17 años de edad, para el año 2006

Imagen 32. Mapa Temático por Tramo de Edad para el Total de casos Del Periodo Año 2005 – 2006

Imagen 33: Mapa Territorial Temático. Todos los casos (víctimas y testigos). Período 2005 – 2006

Imagen 34. Mapa Territorial Temático De Torta. Incidencia Acumulada. Período 2005-2006

Imagen 35. Función articuladora de nivel diagnóstico respecto de niveles de atención reparatoria y preventiva-promocional

INDICE DE CUADROS

Cuadros 1. Esquema general de los Programas de la red SENAME

Cuadros 2 y 3: Relación entre demanda esperada para una población validada en sistema FONASA, y las metas comprometidas, versus metas realizadas típicas de un CESFAM

Cuadro 4: Georeferenciación territorial del delito, mediante técnica de Hotspot

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. De barra. Distribución de la muestra por sexo. Hombre

Gráfico 2. De barra. Distribución de la muestra por sexo. Mujer

Gráfico 3. De Torta. Descriptiva Porcentual de casos, según N de Junta de Vecinos

Gráfico 4. De barras. Estadística descriptiva según género y tramo de edad, por año de la muestra

Gráfico 5. De Torta 5. Descriptiva Porcentual de casos, según N de Junta de Vecinos

Gráfico 6. De Burbujas. Porcentaje de casos según Junta de Vecinos

Gráfico 7. De Barras. Descriptiva General según tipo de agresión Sexual para cada Junta de Vecinos (con al menos 1 caso)

RESUMEN

La presente investigación epidemiológica muestra los resultados de un análisis territorial de variables psicosociales asociadas al fenómeno de la agresión sexual infantil. El caso de estudio se localiza en la comuna de San Bernardo, en el área sur de Santiago, y cubre una observación entre los años 2005 a 2006.

La ausencia de enfoques territoriales en materia de políticas sociales del SENAME, que permita una mejor comprensión del fenómeno delictual de la agresión sexual infantil, y un consecuente mejoramiento de la atención dentro de la red asistencial de diagnóstico, prevención e intervención reparatoria de los programas del SENAME, así como de los diversos actores intersectoriales que intervienen en la misma temática, pone de relevancia y hace imprescindibles las incorporación del enfoque socio-territorial desde distintas ópticas y con diversos fines (Atenciones de Salud, Ministerio Público, Policía de Investigaciones, programas comunitarios, comunales, etc.). Por otra parte, tampoco existen muchos estudios orientados a una comprensión integrativa desde un punto de vista de la investigación social básica, aunque existe un importante acopio de datos, pero que por encontrarse parcelado en diversas instituciones y programas de diverso tipo, no puede cruzarse, y ser utilizado para orientar una mejor comprensión e intervención para reducir la amenaza del fenómeno delictual.

En este marco, las herramientas estadísticas descriptivas territoriales, como el uso de mapas y sistemas SIG, se muestran compatibles con los estudios epidemiológicos.

Los resultados de la presente investigación muestran una notable caracterización de la demanda de DAMs, en relación a diversos tipos de concentración y diversificación territorial, en los sectores de la comuna de San Bernardo.

Se discuten los alcances y posibilidades tanto desde el punto de vista de las políticas sociales, como desde la ampliación de este tipo de mirada a otros tipos de variables y enfoques, propios de investigaciones sociales tradicionales (socio demográficas, cualitativas, variables de salud, etc.).

INTRODUCCION (revisar ortografía y redacción)

i. Planteamiento del problema

En la actualidad, el SENAME no cuenta con un sistema de seguimiento ni monitoreos epidemiológicos que permitan un seguimiento a nivel territorial de las agresiones sexuales en la infancia en sus programas de diagnóstico forense, y que además del acopio de información, permitan una adecuada intervención desde una visión territorial y focalizada a nivel local. En este contexto, el uso de herramientas tales como el levantamiento de mapas e información territorial a través del uso de Sistemas Referenciados Territorialmente parece una adecuada y necesaria herramienta para describir, caracterizar y comprender el comportamiento a nivel local, a partir de los casos denunciados derivados a la red asistencia de los Centros de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), donde se enmarca el estudio. En este marco, se hace relevante integrar variables, usualmente tratadas desde miradas particulares y disciplinares cerradas, lo cual ha dificultado su comprensión y aplicabilidad intersectorial. Es en este escenario, donde el uso de herramientas que permitan cruzar variables en un mismo territorio se hacen relevantes, tales como los enfoques epidemiológicos y territoriales (SIG) con variables psicosociales propias de la comprensión del fenómenos de agresión sexual infantil. Es el caso de los modelos psicosociales de Barudy o Perrone, que pese a incluir variables sistémicas (usualmente de las dinámicas familiares) en una ampliación y orientación hacia variables psicosociales aparecen como un primer conjunto de variables que pueden ser estudiados desde una comprensión de su distribución territorial-epidemiológica a nivel local-comunal. En este entrecruce de modelos teóricos y estratégicas de abordaje local e interdisciplinario, es que se plantea un estudio de caso, tomado la experiencia del DAM Hellen Keller, en la comuna de San Bernardo, en el período 2005-2006, logrando un acopio de datos que permite una sistematización, susceptibles de una análisis secundario de datos. Esta sistematización permite la aplicación de un enfoque epidemiológico territorial (estudios de incidencia acumulada) de casos.

ii. Pregunta de investigación

Atendiendo a la información recogida en los Centros de Diagnóstico Ambulatorio del SENAME, acerca de la población atendida proveniente de la demanda del CTA Hellen Keller, de la comuna de San Bernardo, para el periodo 2005-2006, surge como pregunta de investigación:

¿Cuál es la dimensión socio territorial del fenómeno de agresión sexual infanto juvenil, en términos de su frecuencia, prevalencia, incidencia y distribución en la comuna, como del cruce de dichas variables, para el caso de estudio comuna san Bernardo, y qué importancia tiene el enfoque socio territorial para la investigación epidemiológica descriptiva?

iii. Relevancia

Este estudio explora áreas poco estudiadas del problema de las agresiones sexuales desde un enfoque epidemiológico-territorial. Este tipo de abordaje, permite acercarse a una reflexión territorial amplia respecto del campo de las políticas sociales. El enfoque epidemiológico-territorial retroalimenta y permite establecer criterios y parámetros para focalizar tanto cuantitativa como cualitativamente intervenciones tanto del tipo preventivo-promocional como de tratamiento, impulsadas tanto desde SENAME, como desde la oferta programática intersectorial. Debe señalarse que en la actualidad, los estudios epidemiológicos han estado circunscritos al estudio de variables generalmente bio-médicas o físico-geográficas, pero que su uso en el campo de las ciencias sociales, esta lejos de ser una constante.

Por esta razón, se considera que el desarrollo de modelos socio epidemiológicos que permitan evidenciar relaciones de distribución, incidencia, interdependencia, así como el cruce con diversas variables psicosociales, es un avance hacia una mayor y mejor retroalimentación entre programas sociales de este tipo, mas aún, en un contexto de progresiva focalización, especialización, y no pocas veces, atomización de los programas en materias de políticas sociales.

iv. Definición de hipótesis de trabajo, propósitos y objetivos

El propósito general del estudio es la aplicación del análisis socio territorial para evidenciar factores, tipologías asociadas y riesgos que caracterizen las diversas formas de agresión sexual infantiles en la comuna de San Bernardo, para el período estudiado.

La hipótesis que guía la investigación plantea la pregunta por la dimensión del fenómeno de agresión sexual infanto juveniles desde la perspectiva socio territorial: distribución, incidencia en dos años, cruce de variables etáreas y psicoforenses. Si el tipo de distribución es homogénea o heterogénea para las diversas unidades territoriales (unidades vecinales) que conforman la comuna y qué puede estar indicando esto, si se ajusta a algún tipo de perfil o rasgo socio demográfico o zona o sector territorial, y entre cuales hay mayor similitud y/o diferencia.

Específicamente:

- Las distribuciones heterogéneas y homogéneas de los casos para las diversas unidades territoriales de estudio (juntas de vecinos) para el período estudiado (incidencia acumulada). Interesaran la

mayor concentración o dispersión de la muestra dentro de las unidades territoriales definidas (Juntas de Vecino).

- Las diferenciaciones que agrupan diversas variables, conforman perfiles de riesgo característicos para ciertos sectores, respecto de otros. Estas variables a considerar, sobre las cuales se espera la aparición de perfiles son a) tipos de agresión sexual, b) rangos de edad.

El presente estudio se propone estudiar la población infantil agredida sexualmente en la comuna de San Bernardo atendida en centros (C.T.A/D.A.M.), aspectos y variables epidemiológicas, desde la perspectiva de su distribución socio territorial. El marco, está constituido por los Centros de Diagnóstico Ambulatorio (C.T.A.) de la red SENAME, en el contexto de su trabajo diagnóstico clínico-pericial con niños y adolescentes víctimas de agresión sexual que son atendidos en el área sur occidente de Santiago, particularmente en la comuna de San Bernardo.

Objetivo General: Aplicar el análisis socio territorial para caracterizar según criterios socioespaciales, clínicos, psicosociales y demográficos la dimensión del fenómeno de los casos de abuso sexual atendidos en el Centro CTA. Hellen Keller entre junio y diciembre de 2005 proveniente de la fiscalía de San Bernardo.

Objetivos específicos:

- Realizar un análisis de estadística descriptiva basada en el cruce de variables (cross tables) y tipificaciones psicoforenses de los casos de agresión sexual.
- Construir un mapa territorial que represente el fenómeno de la agresión sexual infanto juvenisl, en base al análisis de variables psicoforenses asociado a los diversos tipos de agresión sexual y abuso en la comuna de San Bernardo en el período 16 de junio de 2005 a 30 diciembre de 2006.

v. Metodología

Desde el punto de vista metodológico, el presente estudio es de tipo exploratorio, epidemiológico descriptivo de casos, centrado en la descripción y representación geográfica de la incidencia de casos durante el período estudiado (estudio transversal retrospectivo), como base de la construcción y elaboración de mapas territoriales que permitan identificar zonas de mayor o menor incidencia y riesgo, según diversas variables y cruces de categorías psico forenses en relación a la tipificación de la agresión sexual infantil así como de diversas características etáreas del grupo estudiado.

Respecto a la muestra, ésta se tomó en base a la revisión de fichas periciales existentes en el Centro de Atención Ambulatoria (C.T.A.)¹ de la Corporación Educacional y Asistencial Hellen Keller² durante el período 2005-2006 provenientes de la atención, que en tanto organismo colaborador de Servicio Nacional de Menores (SENAME³), realiza en la comuna de San Bernardo, del área sur de la ciudad de Santiago. Con respecto a la división territorial que se considerara para la realización de los mapas y la tipificación socio epidemiológica, se tomaran la propia sub-subdivisión territorial administrativa comunal, que considera a las Juntas de Vecinos como la unidad territorial básica.

El estudio epidemiológico descriptivo cruza categorías forenses que recogen y dan cuenta de la incidencia y la distribución de casos de agresión sexual infanto-juvenil en la comuna de San Bernardo, atendidos en el centro DAM Hellen Keller, durante el período 2005-2006.

Tal tipo de sistema de información epidemiológico territorial desde una mirada psicosocial aún no está implementado desde las políticas relativas a materias de agresión sexual, razón por la cual, ha de tomarse esta investigación con datos a nivel local en la comuna de San Bernardo, como un estudio de caso exploratorio, que pueda servir de modelo general de estudio para futuras investigaciones en esta área.

vi. Estructura de la tesis

La presente investigación se desarrolla en 8 capítulos, donde los capítulos teóricos y empíricos refuerzan el análisis y construcción de una carta socio epidemiológica a nivel territorial de la población infanto-juvenil atendida en el Centro de diagnóstico ambulatorio Hellen Keller, para el periodo 2005-2006, como víctimas de agresión sexual.

El Capítulo 1 aborda los antecedentes teóricos y empíricos, tales como una descripción de la orgánica y flujos administrativos de los Centros de Atención DAM, instituciones colaboradoras de SENAME, donde se realiza las evaluaciones diagnósticas y periciales, derivadas desde el Ministerio Público, una vez puesta la denuncia. En este marco, se describe el desempeño del DAM Hellen Keller, institución colaboradora de SENAME, licitada para el período de estudio (año 2005-2006). Es en este DAM, donde se tomaran los registros que comprenden la muestra y los datos de la presente investigación.

¹ : En adelante se usara la denominación C.T.A. para referirse a estos Programas ambulatorios, licitados, colaboradores del SENAME. En la licitación actualmente vigente para el periodo 2007-2010, la misma institución se adjudicó la licitación respectiva, manteniendo su política de atención territorial.

² : Centro, que por licitación pública, desde el año 2005, ha atendido la demanda proveniente del Ministerio Público en material de evaluación psicoforense en materia de agresión sexual infanto-juvenil. Por distribución territorial, atiende las comunas de San Bernardo, Paine, Buin y El Bosque, provenientes de dos Fiscalías Locales, la Fiscalía Local de San Bernardo, como la Fiscalía Especializada de Delitos violentos y sexuales del área sur.

³ : Servicio Nacional de Menores, de aquí en adelante se citara mediante la sigla SENAME

Destacan el potencial interdisciplinario e intersectorial del uso de este tipo de datos, a fin de cruzar los resultados dentro de la red asistencial.

Por su parte, en el capítulo 2, se hace una descripción general del abordaje metodológico, enmarcada dentro de una perspectiva y abordaje epidemiológico, orientado a perfilar una aproximación territorial-epidemiológica de datos psicosociales asociadas al abuso sexual. En este sentido, se busca establecer puentes que permitan fundamentar una vinculación entre ambas aproximaciones (psicosociales y epidemiológicas) a través de una mirada territorial.

El capítulo 3, se ocupa de la descripción de las actuales herramientas de modelación y descripción territorial, basadas en las técnicas de referenciación territorial (Sistemas SIG).

En el capítulo 4, se describe el marco teórico que justifica una comprensión psicosocial del abordaje de las agresiones sexuales, desde un punto de vista de la llamada Psicología Forense, destacando en especial, los aportes de Jorge Barudy y Perrone, entre otros, al respecto.

En el capítulo 5, se abordan una descripción general de lo que en la actualidad, destaca como ejes significativos de políticas sociales basadas o que apelan parte de sus diseños y estrategias desde un punto de vista territorial. Se analizar en especial, como ejemplos, los CESFAM, propios de las políticas de Salud y Atención Primaria, y las políticas de seguridad ciudadana y persecución del delito.

En el capítulo 6, se hace una descripción de la estrategia de abordaje metodológico como propuesta de investigación, basada en un estudio de caso, en el marco de una epidemiología psicosocial como base de la comprensión del abuso sexual infantil comunal y sus implicancias para las políticas comunales de SENAME, desde un enfoque territorial.

En el capítulo 7, se muestran los resultados de la investigación, centrados en una estadística descriptiva de la muestra y un levantamiento de mapas temático-territoriales, orientados a la descripción de la concentración y/o dispersión de los datos y variables territoriales estudiadas, desde una dimensión epidemiológica.

Finalmente, en el capítulo 8, se aborda una reflexión crítica y elementos de discusión, tanto de la relevancia de los datos, en términos de una comprensión territorial en el ámbito de las agresiones sexuales infantiles, para una mejor implementación de las políticas sociales, en el marco de intervenciones intersectoriales, de mayor complejidad, como de las posibilidades de profundizar en un próximos estudios de tipo investigación básica, respecto a las variables consideradas, y otras de tipo socio-demográficas, de salud, etc.

CAPITULO I: ANTECEDENTES

1.1 Marco institucional para el diagnóstico pericial de la agresión sexual infantil dentro de la red SENAME

Desde el punto de vista general de las políticas en materia de Protección de Derechos de Infancia, el SENAME trabaja con una serie de diversos programas de asistencia y defensa al niño y sus familias. Desde un punto de vista general, el SENAME define ciertos niveles de atención en dichas políticas de atención. Según el propio SENAME, estos niveles son:

“... El primero corresponde a la protección universal, para quienes se encuentran en una situación de integración y con problemas de baja complejidad. El segundo nivel contempla acciones de protección y prevención de mayor focalización. Su población objetivo está en la franja de 0 a 18 años, que presenta una situación de vulneración y riesgo equivalente a una mediana complejidad: niños y adolescentes con riesgo de deserción escolar, con consumo no problemático de drogas y alcohol, vínculos intrafamiliares con relaciones violentas. La oferta programática para estos casos implica la ejecución de programas de intervención socio educativa, con énfasis psicosocial. En un tercer nivel, orientado a la reparación, se ubican las acciones que en virtud de su complejidad asumen un carácter de mayor especialización. Específicamente, en este tramo se encuentran: maltrato grave, explotación sexual comercial, niños / as en situación de calle, consumo habitual de drogas, explotación laboral de niños y adolescentes. El abordaje de estos tres niveles, con énfasis en lo que concierne a los de mediana y mayor complejidad, supone la articulación programática, la acción de una fuerte red de recursos intersectoriales, el concurso de las familias, el rol activo de los actores de la comunidad y el protagonismo de los niños, niñas y adolescentes⁴ (en: SENAME 2014; Catastro de Oferta Programática SENAME; p.9)

En las áreas de trabajo definidas por SENAME para su tercer nivel de complejidad, está la implementación de programas de diagnóstico pericial, que opera prestando servicios tanto para los Tribunales de Familia como de Ministerio Público, los que hacia el año 2006, eran las siguientes:

- Adopción

⁴ : Ver Pagina on-line Sitio oficial SENAME: WWW:/ SENAME.cl. Vista en diciembre de 2007.

- Maltrato infantil
- Oficina de protección de derechos
- Responsabilidad juvenil
- Diagnóstico
- Prevención
- Protección
- Drogas
- Trabajo infantil

Debe señalarse que la oferta programática actual del SENAME se ha ampliado y diversificado, atendiendo a criterios de focalización de recursos como la aparición de temáticas emergentes respecto de las cuales hacerse cargo, llegando en la actualidad, a septiembre de 2009, a ser la siguiente tabla (ver tabla 1):

Tabla 1: Oferta programática SENAME en materia de Protección de Derechos de Infancia

SIGLA	SIGNIFICADO
CDD	Proyecto para discapacidad mental ambulatorio
CLA	Centro de Diagnóstico para Lactantes
CTD	Centro de Tránsito y Distribución con Residencia
DAM	Diagnostico Ambulatorio
CMA	Centro de Diagnóstico para Mayores
CPE	Centro de Diagnóstico para Lactantes o Preescolares
EMA	Proyecto para Madres Adolescentes
OPD	Oficina de Protección de Derechos
OTP	Otros de Protección
PEC	Proyecto especializado niños de la calle
PED	Proyecto especializado en Drogas
PEE	Proyecto especializado Explotación Sexual Comercial Infantil
PIB	Proyecto Intervención Breve
PIE	Programa de Intervención Especializada
PRF	Programa de Fortalecimiento Familiar
PRJ	Programa de Protección en General, modalidad programa de representación jurídica
PRM	Programa Especializado de Reparación en maltrato grave y abuso sexual
RDD	Residencia para niños/as con discapacidad mental discreta o moderada
RDG	Residencia para niños/as con discapacidad mental grave o profunda
REC	Residencia Especializada para niños/as en Situación de Calle
RED	Residencia Especializada para niños/as en Drogadicción
REE	Residencia Especializada para niños/as en Explotación Sexual

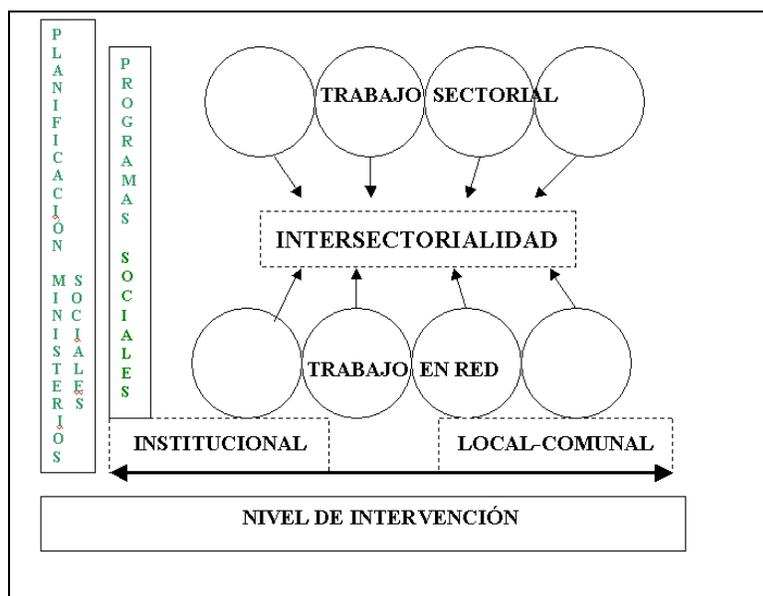
REP	Residencia Especializada para niños/as Inimputables
RPA	Residencia de Protección para Madres Adolescentes
RPL	Residencia de Protección para Lactantes
RPM	Residencia de Protección para Mayores
RPP	Residencia de Protección para Lactantes o Preescolares
RPR	Residencias para Lactantes Hijos/as de Madres Internas en recintos Penitenciarios
RPT	Residencia de Protección para hijos/as de madres en Comunidad Terapéutica
PPC	Programa de Prevención Comunitaria
FAE	Familias de Acogida Especializada
PAD	Programa de Protección Ambulatoria para niño/as y adolescentes con discapacidad grave o profunda

Fuente: Corporación Hellen Keller, 2007.

Desde un punto de vista esquemático asociado a los niveles de intervención dispuestos por SENAME para sus diversos programas y niveles de intervención, éstos se pueden resumir en el siguiente cuadro (ver SENAME, 2006; pp. 38).

y ejecución a nivel territorial local. En términos generales, ésta dinámica puede resumirse en el siguiente esquema (ver imagen 1 a continuación):

Imagen 1: Esquema de trabajo intersectorial



Fuente: Corporación Hellen Keller (2007).

Desde el punto de vista del funcionamiento global de estas políticas, resulta relevante destacar que el tipo de información existente generado a partir de los DAM y CTA hacia SENAME, permiten dar cuenta de un trabajo sectorial, pero no resulta del todo apta para sustentar un trabajo intersectorial. La importancia entonces, de realizar cruces de información en pequeña escala entre la información que se recaba en los propios centros con la información solicitada desde SENAME, permitiría sentar las bases de un enfoque intersectorial tanto dentro de la propia red SENAME (programas preventivos, promocional, y de tratamiento o reparación de diverso tipo) como con áreas intersectoriales, (por ej. reparatorias) de intervención como el sistema de salud en general, y los diversos programas que operan a nivel territorial local comunal. La complejidad de temáticas como el abuso sexual, donde intervienen factores de diversos orden, así lo amerita.

Finalmente, se debe destacar que en este tipo de estrategia de abordaje informacional-territorial resulta interesante la posibilidad de poder cruzar información con otras fuentes provenientes de otros programas, a fin de generar mapas territoriales tanto de corte epidemiológico, como de corte delictual, socio

demográfico, etc., como base de criterios de identificación de focos para instalar y evaluar programas de intervención dentro y fuera de la red, con criterios de intervención intersectorial.

1.2. Evaluación diagnóstica en los programas de diagnóstico ambulatorio (D.A.M. y C.T.A.)

Respecto del área de diagnóstico, que es donde se enmarca el trabajo de los CTA y DAM, según SENAME, el diseño de la oferta de atención de esta área se basa en los siguientes criterios:

1. El diagnóstico es una acción centrada en el niño, niña y adolescente víctima de vulneración de sus derechos y de sus familias, según los criterios de protección integral de la convención internacional sobre derechos del niño.
2. Es un tipo de atención que se debe realizar en el más breve plazo y preferentemente en forma ambulatoria, de manera que los niños y niñas no sean desarraigados de sus familias y localidades en que habitan.
3. En cualquier circunstancia, los sujetos de atención son niños, niñas y adolescentes entre 0 y 18 años, vulnerados en sus derechos.
4. En algunos casos, la respuesta de atención incorpora la intervención breve o de corta duración, la cual no debe exceder los 3 meses.
5. La atención se realiza desde un enfoque interdisciplinario, con el fin de garantizar un trabajo integral con los niños(as) y adolescentes, la familia y la comunidad, permitiendo visualizar y restituir los derechos que han sido vulnerados.

Respecto de los objetivos de los programas insertos en ésta área de trabajo, SENAME propone los siguientes puntos (ibídem):

1. Realizar una evaluación que permita calificar la situación de vulneración de derechos que justificó el ingreso al centro del niño, niña o adolescente.
2. Elaborar informes que permitan asesorar a los tribunales en la adopción de medidas que contribuyan efectivamente a la restitución y separación de los derechos vulnerados de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al centro, a través de su derivación a la alternativa más adecuada.
3. Realizar una intervención breve en casos de vulneración de derechos que no requieren de una atención especializada o cuando no se cuente con oferta programática en la red social o del SENAME.

Dentro de la oferta de tipos de diagnóstico que realiza SENAME como sus instituciones colaboradoras, destacan en particular dos tipos:

1. **la calificación diagnóstica:** básicamente orientada hacia líneas de intervención en el ámbito proteccional (orientados a responder a los requerimientos del sistema judicial familiar y antiguo de letras de menores como de la red SENAME).
2. **la evaluación pericial:** básicamente orientada hacia líneas de intervención en lo penal (reforma procesal penal y sistema antiguo en lo penal como de la red SENAME).

En el caso de la evaluación tipo calificación diagnóstica, ésta busca:

1. Reunir la información necesaria para determinar el tipo y gravedad de la vulneración de derechos del niño o niña.
2. Determinar la severidad del daño producido.
3. Determinar el nivel de riesgo o probabilidad de que el niño o niña enfrente de nuevo la situación que justificó su ingreso al centro. este es uno de los aspectos más relevantes de la fase de calificación.
4. Definir la propuesta de derivación para tratamiento.

En la práctica, ambos tipos de evaluación se realizan fundamentalmente en los así llamados centros de tránsito y distribución o cta. así, en la práctica, los centros de diagnóstico, según las disposiciones dada por SENAME (ver SENAME.cl):

“son establecimientos ambulatorios y/o residenciales, cuyo propósito fundamental es realizar una calificación diagnóstica solicitada por los tribunales, por instituciones o por demanda espontánea, con el objetivo de entregar orientaciones de tratamiento y/o derivación a las entidades solicitantes” (en: Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME p. 13)

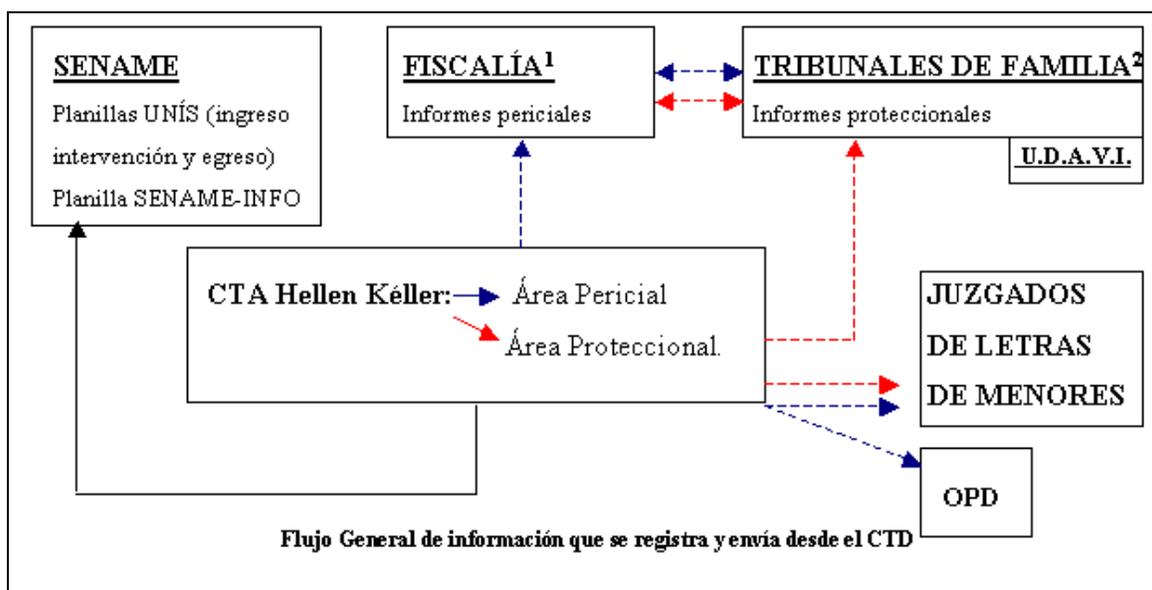
Además:

(...) dentro del contexto legal actual, con la reforma procesal penal funcionando en todas las regiones del país, los equipos técnicos de estos centros se han visto demandados por parte de los tribunales en la realización de pericias para los casos de maltrato grave y abuso sexual. ello ha demandado un esfuerzo en materia de capacitación a los profesionales del servicio que deben responder a este requerimiento” (ver Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME, en SENAME.cl; 15)

Los centros de diagnóstico pueden ser administrados en forma directa por el SENAME o por instituciones privadas que integran su red. En la modalidad de administración directa del SENAME existen 9 centros, ubicados en las regiones séptimas, octava, novena y metropolitana. Por su parte, en la red privada hay 42 centros, los que están distribuidos en todas las regiones del país, dentro de las cuales se encuentra el DAM Hellen Keller, dependiendo de la corporación asistencial y educacional del mismo nombre (ver: Corporación Hellen Keller, 2007).

Al analizar el flujo general de insumos diagnósticos, estos se pueden expresar en el siguiente esquema (ver flujograma informacional a continuación, Imagen 2).

Imagen 2: Flujograma informacional



Fuente: Corporación Hellen Keller, 2007

Dentro del flujograma informacional en que se ubica el DAM Hellen Kéller, se observan trayectorias y usos de distinta orientación, por lo que la información es registrada de acuerdo a cada fin. En particular destacan dos tipos de fuentes de información de los casos: a) la información de las planillas de registro SENAME (plantilla unis y sena-info) y b) las pautas de registro clínico-pericial de uso interno, las cuales sirven para la elaboración de informes que requieren las fiscalías respectivas. Es en el entrecruce de estas fuentes de información, en el contexto de un análisis territorial, donde pueden surgir nuevos datos que permitan caracterizar a la población asistida, generando mapas de riesgo que posibiliten

el diseño o la retroalimentación de programas de tipo promocional y/o preventivo tanto a nivel del trabajo en red e intersectorial (dentro y fuera de la red SENAME; por ej. salud) dentro de las comunas.

Tomando este diagrama como descripción general, y considerando el flujo de las evaluaciones periciales, se revisan los contenidos requeridos por cada ente institucional externo al CTA con quién éste se vincula. El informe del primer año de funcionamiento del centro indica que desde junio de 2005 hasta mayo de 2006 se han registrado los siguientes tipos de ingresos y prestaciones.

1.3. Descripción general del funcionamiento del equipo CTA Hellen Keller en el área sur de Santiago.

Siguiendo los requerimientos, normas y directrices de SENAME, según el convenio vigente, el DAM Hellen Keller, debe identificar y describir en forma detallada cada actividad que se desarrolla como consecuencia de la ejecución del proyecto para cada período programado. según el ordenamiento del convenio, las actividades de diagnóstico pericial se deben ajustar al siguiente formato (ver tabla 2)

Tabla 2: **Actividades según objetivo 1 del DAM Hellen Keller**

objetivo 1:	actividades programadas	actividades realizadas
actividad 1	entrevista de ingreso.	se realizan diariamente según requerimiento de fiscalías , tribunales de familias y de menores.
actividad 2	entrevista psicosocial evaluación psicológica visita domiciliaria entrevista de devolución	en la totalidad de los casos ingresados, por los profesionales que corresponden. v.d. solo en los que lo requieren.
actividad 3	reunión técnica	promedio tres en el mes
actividad 4	análisis caso dupla accesoria vía jurídica	en todos los casos requeridos.
actividad 5	coordinaciones con la red	permanente, preferentemente por directora, educadora y asesor jurídico este último hasta marzo.
actividad 6	- gestiones en terreno. - registro en base de datos.	en tribunales de familia, fiscalías, visitas domiciliarias (citaciones), instituciones y organismos de la red. interna del cta. planillas de ingresos y egresos. unís senainfo.

Fuente: Hellen Keller, 2007

Como se puede apreciar, la evaluación psicológica permite estimar el nivel de daño presente en el niño, niña, adolescente producto de la vulneración de derecho sufrida.

El proceso diagnóstico concluye con la determinación del nivel de vulnerabilidad en que se encuentra el niño, niña o adolescente, el que permite proponer las acciones a seguir para interrumpir y detener la vulneración, reparando el daño ocasionado por la vulneración sufrida.

El tiempo estimado, según proyecto, para esta etapa es de 20 días hábiles, considerando que las situaciones de vulneración de derechos de mayor gravedad muchas veces requieren de la toma de decisiones para la interrupción inmediata, éstas deben realizarse en el momento de su detección.

A partir de la reforma del sistema de justicia, que se inició el 16 de junio de 2005 comienzo a regir el nuevo procedimiento procesal penal, con el establecimiento de nuevos entes como son fiscalías, defensorías y juzgados de garantía y orales. el C.T.A atiende las derivaciones tanto de la fiscalía regional occidente a través de la fiscalía local de San Bernardo, como la fiscalía regional sur a la comuna de el bosque a la fiscalía de delitos violentos y sexuales. por su parte, a partir del 1° de octubre de 2005 comienzo el funcionamiento de los tribunales de familia de San Bernardo y San Miguel. En consecuencia, al cambiar la solicitudes para el C.T.A. se comienzo a realizar pericias psicológicas y sociales tanto penales como proteccionales de forma separada por parte del equipo profesional del centro.

En el caso de las pericias penales, podemos precisar las siguientes etapas:

- **Recepción y revisión de antecedentes. Se incluye acciones de revisión de cintas, videos, correos electrónicos, coordinación telefónica.**
- **Entrevista con adulto responsable social y psicológica.**
- **Toma de relato. Dos sesiones. Realizada por psicólogo.**
- **Evaluación psicológica de la niña(o). por psicólogo.**
- **Visita domiciliaria. En algunos casos, por asistente social.**
- **Trascripción del relato.**
- **Elaboración de informe.**
- **Tiempo estimado 20 horas.**

Resultados alcanzados para el primer año de ejecución.

Esto abarca el período comprendido entre mayo de 2005 y mayo del 2006 (ver tabla 3).

Tabla 3. Ingresos por comuna

Comuna	n° ingresos	n° vigentes	total	
	1/6/05 al 30/11/05	proyecto anterior		%
<i>El Bosque</i>	104	3	107	22,4
San Bernardo	252	14	266	55,6
Buín	34	0	34	7,1
Paine	9	0	9	1,9
La Cisterna	9	1	10	2,1
La Pintana	2	0	2	0,4
Lo Espejo	1	0	1	0,2
Calera De Tango	6	0	6	1,3
Pedro Aguirre Cerda	6	0	6	1,3
Peñaflor	1	0	1	0,2
	10	0	10	2,1
Puente Alto				
San Miguel	1	0	1	0,2
San Ramón	15	2	17	3,6
Santiago	1	0	1	0,2
Cerrillos	1	0	1	0,2
Pudahuel	1	0	1	0,2
Estación Central	1	0	1	0,2
Maipú	2	0	2	0,4
Total	458	20	478	100%

Fuente: Hellen Keller, 2007

En el período comprendido en el primer informe entregado por el centro, cumplido un año de ejecución desde los inicios de la reforma procesal penal en Santiago, se decepcionaron 538 postulaciones de niños(as), jóvenes y sus familias, ingresaron 458 niños(as) y jóvenes, las otras 60 postulaciones no ingresaron por las siguientes causas

- **32 niños(as) de domicilios ubicados en comunas que no corresponden a este CTA., siendo informado a tribunales y fiscalías, con las sugerencias pertinentes.**
- **18 niños(as) fueron reiteradas en tres oportunidades las citaciones. no concurrieron, siendo informados a tribunal y fiscalía correspondiente.**
- **9 niños(as) ingresan a otro programa y el tribunal deja sin efecto esta petición.**
- **1 joven por ser mayor de 18 años.**

Lo anterior se puede resumir en las siguientes tablas (ver tabla 4):

Tabla 4: procedencia de los ingresos primer año de ejecución del programa.

Procedencia	n° ingresos	n° vigentes	total	%
	1/6/05 al 31/5//06	proyecto anterior		
1° Jlm Stgo.	6	0	6	1.3
1° Jlm San Miguel	38	1	39	8.2
4° Jlm San Miguel	1	0	1	0,3
J.L.M. Sn. Bdo.	19	2	21	4.4
1° Jflia. San Miguel	31	0	31	6.5
2° Jflia San Miguel	8	0	8	1.7
J. Flia. Sn. Bdo.	121	0	121	25.3
J.Flía. Pudahuel	3	0	3	0.6
1°j. Crimen San Bdo.	3	0	3	0.6
1° J. Crimen San Miguel	1	0	1	0,2
22 J. Crimen	1	0	1	0,2
9° J.Crimen San Miguel	3	0	3	0,6
Fiscalía R.M. Sur	36	0	36	7.5
Fiscalía L. Sn. Bdo.	99	0	99	20.8
O.P.D. San Bdo.	42	12	54	11.3
M. El Bosque	2	0	2	0,4
Col. Familiar "H.K"	1	1	2	0,4
Hog. Fliar "H.K."	2	1	3	0.6
Hog. Sendero Sn Bdo.	1	0	1	0,2
Consultorio Sn. Bdo.	1	0	1	0,2
Est. Educacional	0	1	1	0,2
SENAME Nacional	8	0	8	1.7
Otras Instituciones	2	0	2	0,4
Familia	2	2	4	0.8
Jlm Maipo Buin	20	0	20	4.2
Jfamilia Concepción	2	0	2	0.4
Jfamilia Colina	1	0	1	0.2
Jfamilia Buin	2	0	2	0.4
Fiscalía Yungay	1	0	1	0.2
Fiscalía Santiago Centro Norte	1	0	1	0.2
Total	458	20	478	100%

Fuente: Corporación Hellen Keller, 2007

Tabla 5: causal de ingresos primer año de ejecución del programa.

Causal de ingreso	1/6/05 al	vigentes de	total	%
	31-5-2006	proyecto anterior		
<i>víctima de abuso sexual</i>	166	9	175	36.6
víctima de violación	19	0	19	4.0
violencia intrafamiliar	44	0	44	9.2
comete abuso sexual	11	0	11	2.3
maltrato	9	0	9	1.9
maltrato leve	8	0	8	1.7
maltrato psicológico	8	0	8	1.7
víctima de negligencia	9	0	9	1.9
peligro moral y/o material	7	7	14	2.9
abandono de hogar	11	0	11	2.3
abandono materno	3	0	3	0,6
interacción conflictiva con los padres	3	0	3	0.6
interacción conflictiva con la escuela	8	0	8	1,7
interacción conflictiva con los padres y con la escuela	9	1	10	2.1
deserción escolar	4	1	5	1,0
protección	59	0	59	12.5
Resolver sobre vida futura	47	1	48	10.0
Robo	11	0	11	2,3
porte arma blanca	1	1	2	0,4
porte de drogas	1	0	1	0,2
Hurto	4	0	4	0,8
comete lesiones graves	2	0	2	0,4
joven embarazada	1	0	1	0,2
intento de robo	1	0	1	0,2
hurto menor	1	0	1	0,2
trabajo infantil o de alto riesgo	7	0	7	1,5
consumo de drogas	1	0	1	0,2
Otros	3	0	3	0,6
total	458	20	478	100%

Fuente: Corporación Hellen Keller, 2007

1.4 Impacto del flujo informacional dentro de la red SENAME y red intersectorial de atención

Como se puede apreciar, el tipo de información registrada para los fines administrativos de SENAME, es básicamente del tipo general, cuya principal función es el acopio y registro de ingresos y egresos de los casos. Podemos afirmar que este tipo de información se caracteriza por destacar algunos aspectos socio-demográficos asociada a escolaridad, sin destacar los aspectos clínicos o territoriales. en ese sentido, este tipo de datos aparecen desvinculados del quehacer actual de los CTA, puesto que no se relaciona con formas de trabajo intersectorial con el sistema educativo. en algún momento pudo haber tenido esa orientación, intentando conocer, prevenir y focalizar hacia eventuales poblaciones de mayor riesgo, como niños abandonados sin escolaridad, pero actualmente corre el riesgo de terminar siendo irrelevante e innecesaria desde el punto de vista de un impacto y vinculación a nivel local, ante otros grupos también vulnerables, como tipos familiares desprotectores y negligentes.

Respecto a los tipos de datos mas relevantes de evaluar, destaca el rol protector o no del grupo familiar que cuida al niño. Este dato además, aparece como el mas pertinente de acuerdo al tipo de intervención psicosocial y legal en el cual los programas de SENAME intervienen, más aún considerando que permite regularizar situaciones de tuición de niños. Sin embargo, el principal vacío asociado a este tipo de incidencia acumulativa de datos, sigue siendo la poca vinculación e integración efectiva con los niveles promocional, preventivo y reparatorio de la red SENAME. Resulta relevante destacar, que este tipo de incidencia pareciera haberse ido consolidando de dos formas. primero, a través del mandato judicial que busca regularizar situaciones irregulares tanto de desprotección como de delito en contra de niños, así como por la derivación desde los propios centros distribuidos según cada comuna. en este sentido, puede decirse, que SENAME ha podido focalizar, organizar y disponer mejor los diversos centros que cumplan con este tipo de mandatos proteccionales y penales. Es interesante destacar que este tipo de datos es relevante para caracterizar el tipo de familias asociadas a casos de abuso, lo cual puede además, permitir retroalimentar el trabajo de otros centros de carácter más preventivo y promocional dentro y fuera de la red SENAME, en particular con datos y programas de salud.

Desde el punto de vista de las falencias de la base de datos y su posible impacto y uso a nivel intersectorial, debe destacarse que no aparecen acopio informacional de descripciones del tipo clínica. en consecuencia, al no poder cruzar este tipo de datos socio demográficos, y más aún, con datos del tipo local (además de los ya registrados) resulta difícil evaluar formas de planificar un trabajo asociado a la generación de programas que llenen vacíos en las áreas promocional, preventiva o reparadora de los casos que ingresan, en el plano territorial a nivel local. Más difícil resultaría aún, el retroalimentar programas de otro tipo de sectores, particularmente de salud e instancias de seguridad pública.

En el contexto de la reforma procesal penal la transformación de centros de atención ambulatoria a centro de diagnóstico ambulatorio que ha impulsado SENAME ha implicado –como efecto no intencionado pero si previsible- una caída en la oferta pública de tratamientos y reparación a víctimas de abuso sexual y maltrato. más aún, se han buscado alternativas asociadas a la generación de programas alternativos y preventivos en el supuesto de que invertir en tratamiento siempre resulta un “pozo sin fondo”, en tanto no se intervenga en eslabones previos de la cadena.

Dicha disminución de la oferta aún no ha ido de la mano con la puesta en marcha de programas preventivos con resultados homogéneos, ni con la consolidación de un trabajo intersectorial con el sector salud (particularmente programas de salud como los COSAMs, servicios A.P.S. y red hospitalaria) de los casos atendidos, que sea mas eficaz y oportuno. en este primer año de implementación de la reforma en Santiago, pareciera que éste vacío no ha podido ser llenado, y que SENAME se retiró del ámbito de la reparación y el tratamiento, antes de haber consolidado una red de trabajo promocional y preventivo y/o o al menos, de derivación intersectorial. Pareciera que desde la transformación de los centros de transito y diagnóstico ambulatorio, en el contexto de la reforma procesal penal y de familia, se hace necesario poder contar y disponer de centros de tratamiento especializados para estos fines a nivel local, o bien, disponer de mejores redes y posibilidades de atención desde el sector salud (pe. COSAMs) lo cual implica una mayor comunicación intersectorial. Actualmente, este vacío ha sido llenado de forma inorgánica, a través de diversas formas, ya sea a través de iniciativas particulares de búsqueda de reparación de la propia familia de las víctimas, abandono de tales procesos, o incluso, en el mejor de los casos, a través de iniciativas de forma semi-privada costeadas por las propias unidades de atención a víctimas y testigos a centros particulares para realizar esta labor reparatoria.

En la actualidad, puede afirmarse que gran parte de la información que se registra, puede ser significativa y justificada desde un punto de vista del acopio sectorial que justifique las acciones de la población que se atiende, pero resulta poco relevante desde un punto de vista que hemos definido en el eje intersectorial-territorial.

Resulta relevante la invisibilización y dispersión de la mirada clínica-pericial-socio diagnóstica, lo que hace que quede fuera del registro y posible seguimiento desde el punto de vista central como local. aún si el camino fuese la privatización o subvención de la atención reparatoria y promocional, esto debiera darse sobre la base de un mejoramiento y actualización clínica de tipo epidemiológico-territorial de la información que se acopia en las bases de datos pertenecientes a SENAME, para que estas sean un insumo eficaz desde una intersectorialidad de estas modalidades semi-públicas o semi privadas.

Otro tipo de información que en parte se encuentra en las pautas requeridas por SENAME de potencial relevancia sectorial e intersectorial, son los datos socio-demográficos asociados a variables del tipo territorio-localidad (especialmente a nivel comunal) asociada a programas e instituciones como

carabineros, investigaciones, sistemas comunales municipales preventivos, programas como puente, previene, paz ciudadana, etc. en particular, creemos que este tipo de información debiera organizarse y distribuirse mejor en relación a la orientación de programas ya existentes o creación de centros y/o programas (distribución de recursos) en las comunas donde se atiende (organización intersectorial y en red a nivel territorial).

Finamente, en este punto, resulta relevante considerar el tipo de información que el cta genera para los otros actores, en tanto nodos de la red asistencial de atención directa: el ministerio público –en particular la fiscalía y a través de ella a las unidades de atención a víctimas y testigos- y las pautas de registro clínico generadas y mantenidas por el propio equipo en su proceso diagnóstico evaluativo. revisemos el tipo de información y destino de los informes entregados hacia fiscalía.

En la experiencia tenida por el DAM Hellen Keller desde comienzos de la reforma procesal penal en Santiago, la información concerniente a la evaluación de pericias para la fiscalía se ha centrado en evaluar, determinar e informar, sistemáticamente, sobre los siguientes aspectos psico legales:

- **credibilidad y validez del relato del/la menor:**
- **daño o afectación psicológico del/la menor**
- **evaluación de posibles ganancias secundarias en caso de falsear o alterar un relato.**
- **contexto espaciotemporal en que ocurren los hechos referidos**
- **identificación del o los agresores.**

Por otro lado, respecto a la relevancia de la información registrada y potencial importancia desde el punto de vista de su uso en un contexto de trabajo intersectorial y en red. En este punto, en particular, existen dos tipos de información que se pierde desde el punto de vista de su posible utilidad y continuidad dentro de los nodos directos de referencia que conforman la red sectorial como intersectorial de los equipos CTA /DAM:

1. información asociada a la evaluación clínica (y su posible impacto en el plano del tratamiento),
2. información asociada a determinar características territoriales y socio demográficas (donde y que tipo de agresiones sexuales se comete en las diversas comunas)
3. información asociada al nivel de complejidad de los casos (que tipo de otras intervenciones son necesarias de implementar tanto a nivel reparatorio, promocional y preventivo, como a nivel individual, familiar, barrial y comunal según demanda y tipos de casos).

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1.- Epidemiología

Según Dichers, Richard et al. (1992): *“La epidemiología es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas”* (Dichers, Richard et al.,1992:. **10**).

En este marco, para este mismo autor, *“... a la epidemiología le conciernen la frecuencia y patrones de distribución de los eventos de salud en una población; la frecuencia incluye no únicamente el numero de eventos en la población, sino también la tasa o el riesgo de enfermar que ésta tiene (ibídem, p. 11)”*, donde: *“Los patrones de ocurrencia se refieren a la forma en que se distribuyen los eventos relacionados con la salud de acuerdo a tiempo, lugar y características de las personas”* (op.cit: P. 11).

Desde una perspectiva aplicada, se suele diferenciar varias ramas de la epidemiología.

2.2.- Ramas de la epidemiología

En primer término, destaca la denominada **Epidemiología descriptiva**, la cual, **intenta “responder a las preguntas del tipo: Qué, Quién Cuándo y Dónde de los eventos relacionados con la salud”** (Ibídem; p. 10-11), la cual describe el fenómeno epidemiológico en tiempo, lugar y persona, cuantificando la frecuencia y distribución del fenómeno mediante medidas de incidencia, prevalencia y mortalidad, con la posterior formulación de hipótesis.

Bajo circunstancias ideales los hallazgos epidemiológicos dan suficiente evidencia para dirigir pronta y efectivamente las medidas de control y de prevención. En este sentido, es una disciplina orientada a la acción e intervención en materias de salud pública.

En materias de estadística descriptiva, según Richard (1992) serán propios de la epidemiología descriptiva, aspectos tales como:

- **Las características temporales incluyen la ocurrencia anual, estacional, diaria o aún horaria de los eventos durante una epidemia.**
- **Las características de lugar incluyen la variación geográfica, diferencias urbano-rurales y localización de los sitios de trabajo o escuelas.**
- **Las características personales incluyen factores demográficos como edad, etnicidad, sexo, estado marital, estado socioeconómico, conductas y exposiciones ambientales.**

Esta caracterización de la distribución de los eventos relacionados con la salud representa una gran parte del quehacer de la epidemiología y se denomina **epidemiología descriptiva**. La epidemiología descriptiva responde a las preguntas: *Qué, Quién Cuándo y Dónde* de los eventos relacionados con la salud, como se discute más adelante.

Por otro lado, también destacan otras áreas de estudios de la epidemiología (ibídem), tales como:

- **Epidemiología analítica:** Busca, mediante la observación o la experimentación, establecer posibles relaciones causales entre "factores" a los que se exponen personas y poblaciones y las enfermedades que presentan. Richard (1992) plantea que la llamada **epidemiología analítica** intenta *“responder a preguntas de tipo Porqué y Cómo de dichos eventos comparando grupos con diferentes tasas de ocurrencia de enfermedad y con diferencias en las características demográficas, genéticas o en marcadores inmunológicos, comportamientos, exposiciones ambientales u otros factores de riesgo potenciales”* (ibídem, p. 11).
- **Epidemiología experimental:** Busca, mediante el control de las condiciones del grupo a estudiar, sacar conclusiones más complejas que con la mera observación no son deducibles. Se basa en: *“el control de los sujetos a estudiar y en la aleatorización de la distribución de los individuos en dos grupos, un grupo experimental y un grupo control. Se ocupa de realizar estudios en animales de laboratorio y estudios experimentales con poblaciones humanas.”* (ibídem, p. 12)
- **Eco epidemiología:** Busca, mediante herramientas ecológicas, *“estudiar integralmente como interaccionan los factores ambientales con las personas y poblaciones en los medios que los rodean y como ello puede influir en la evolución de enfermedades que se producen como consecuencia de dicha interacción”* (ibídem; p. 14.).

2.3.- Funciones de la epidemiología

La epidemiología es una parte muy importante de la salud pública y contribuye a:

- Definir los problemas de salud importantes de una comunidad. determina medicinas
- Describir la historia natural de las enfermedades.
- Descubrir los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad (su etiología).
- Aclarar los posibles mecanismos y formas de transmisión de una enfermedad. y muchas enfermedades.
- Predecir las tendencias de una enfermedad.
- Determinar si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable.

- Determinar la estrategia de intervención (prevención o control) más adecuada.
- Probar la eficacia de las estrategias de intervención.
- Cuantificar el beneficio conseguido al aplicar las estrategias de intervención sobre la población.
- Evaluar los programas de intervención.
- La medicina moderna, especialmente la mal llamada medicina basada en la evidencia (medicina factual o medicina basada en estudios científicos), está basada en los métodos de la epidemiología (Richard et al, 1992).

2.4.- Metodología en epidemiología

La epidemiología se basa en el método científico para la obtención de conocimientos, a través de los estudios epidemiológicos. Ante un problema de salud, y dados los datos disponibles sobre el mismo, formularemos una hipótesis, la cual se traduce a una serie de consecuencias contrastables mediante experimentación. Se realiza entonces un proyecto de investigación que comienza con la recogida de datos y su posterior análisis estadístico, con el cual se calculan medidas de asociación, de impacto y de contraste de hipótesis. De los resultados de esta investigación podemos obtener tanto unos conocimientos que traducir en recomendaciones de salud pública, como datos adicionales con los que generar nuevas hipótesis.

Los estudios epidemiológicos buscan encontrar sino las causas que determinan una enfermedad, detectar los factores de riesgo que hacen más probable que una persona se enferme, así como también usa estos estudios para determinar los factores protectores o terapéuticos (como los fármacos) que permiten sanar a la persona o prevenir la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos permiten establecer la relación entre las causas de la enfermedad (variables independientes) y la influencia de éstas en el desarrollo (o no) de la enfermedad (variable dependiente).

2.4.1.- Clasificación de los estudios epidemiológicos

- Según la **temporalidad**:
 - **Estudio retrospectivo**: es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado.
 - **Estudio transversal**: es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia.

- **Estudio prospectivo:** es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.
- Según el **tipo de resultado** que se obtenga en el estudio:
 - Estudio descriptivo.
 - Estudio analítico. Dependiendo de si existe intervención, los estudios analíticos se clasifican en:
 - Estudio observacional: estudio caso control, estudio de cohorte, estudio de prevalencia.
 - Estudio de intervención: dependiendo de si existe aleatorización o no:
 - Estudios cuasi-experimentales: son estudios en los que existe intervención pero los sujetos participantes no son aleatorizados.
 - Estudios experimentales: los sujetos participantes han sido incluidos de forma aleatoria (ensayo clínico, ensayo comunitario, o de laboratorio). Un ensayo clínico es un estudio prospectivo, analítico y de intervención con aleatorización.
- Según la **unidad de estudio**:
 - Estudio ecológico o de correlación: la unidad de estudio es la población.
 - Estudios en los que los individuos son las unidades del estudio: comunicación de un caso, estudio de serie de casos, estudio transversal.

CAPITULO III. REFERENCIACIÓN TERRITORIAL DE DATOS

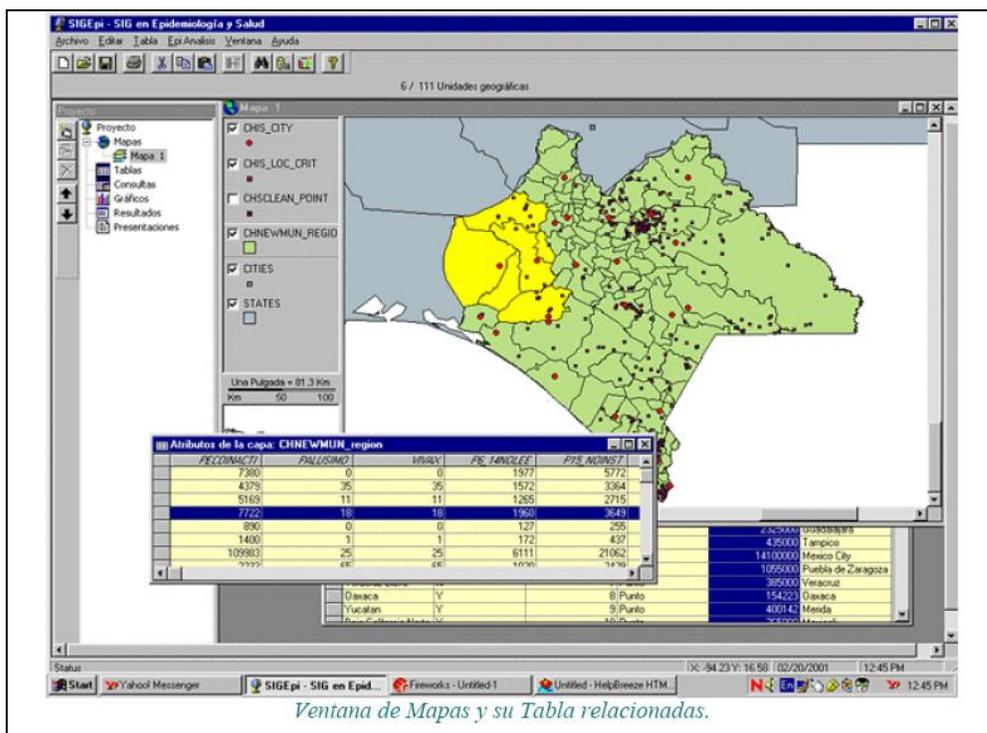
3.1- Análisis territorial y Sistemas de referenciación

Los sistemas de información territorial permiten realizar una gestión territorial con mayor apoyo a la toma de decisiones, asociando los tradicionales datos alfa numéricos de las entidades organizacionales a la información espacial del territorio, lo cual se representa en la información cartográfica las asociaciones de ambos tipos de datos consiste en enlazar la información alfanumérica a una localización, posición, o elemento espacial asociado al cual se encuentra representado mediante la cartografía del área. estos sistemas se denominan sistema de información geográfica (S.I.G.) y constituyen un tipo especial de los que genéricamente llamamos sistemas de información (S.I.) que se distinguen por su aptitud para suministrar conjuntamente datos geográficos y alfanuméricos, asociando una o más bases de datos a un mismo mapa o referencia geográfica o territorial. Por su parte, Dávila Martínez (2005) señala que:

“Operacionalmente, se puede definir un S.I.G. como un sistema compuesto por hardware, software, cartografía, procedimientos y datos, el cual es operado y explotado por personal capacitado y al cual se le pueden incorporar adicionalmente imágenes, video, mapas, planos, etc. y en general cualquier sistema multimedia y que han sido diseñados para incorporar la adquisición, gestión, manipulación, análisis, simulación, representación, y salida de datos, especialmente referenciados y cuyo objetivo es apoyar la toma de decisiones con mayor información y con ellos resolver problemas complejos de planificación y gestión que involucre el territorio o espacio geográfico, buscando el mejoramiento de la calidad y el estándar de vida de la sociedad inmersa en el área involucrada”. Lo más relevante de un S.I.G. es que permite una consulta y análisis rápida junto con el poder generar nueva información a partir del conjunto de datos ya existentes (base de datos)”.(Dávila et al (2005; pp. 12)

Por tanto, el uso de herramientas de manejo territorial de la información permitirá implementar uno de los objetivos específicos de la presente investigación, cual es el de realizar un mapa territorial epidemiológico (ver imagen 3 a continuación), con variables periciales-psicosociales asociadas al abuso.

Imagen 3: Mapa territorial epidemiológico tipo, con planilla de datos asociada



Fuente: Ver Boletín Epidemiológico OMS, volumen 25; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003; pp. 62):

En consecuencia, mediante el enlace de las variables es factible representar la realidad del territorio y los fenómenos y acciones que en él ocurren. Así, según la Organización Panamericana de la Salud⁶ (Ver OPS, Boletín Epidemiológico, 1996a, 1996b, 1999, 2001, 2003, 2004a, 2004b, 2004c, 2005; ver Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003) reconoce que cada uno de los objetos referenciados territorialmente incorporados en un S.I.G. son definidos fundamentalmente por:

- Su localización absoluta mediante un sistema de coordenadas.
- La descripción de su posición, forma y simbolización.
- Por sus atributos esenciales que permiten su calificación y clasificación
- Por sus relaciones espaciales con los demás elementos de su ámbito.

Según autores como Rodríguez (2005), en este campo, los sistemas de información geográfica (S.I.G.) permiten:

⁶: De aquí en adelante, Organización Panamericana de la Salud se señala por sus sigla OPS.

“realizar un análisis conjunto de información proveniente de diverso tipo de fuente y área, tales como climatológicos, educativos, económicos, demográficos, epidemiológicos, vivienda, recursos para la salud, etc. por medio de estos sistemas, el usuario logra una evaluación de los diferentes acontecimientos que puedan presentarse y que afecten a la población, debido a que permiten el manejo de grandes cantidades de datos” (en Rodríguez, 2005; p. 12).

Destacan los mapas epidemiológicos en el ámbito de la salud, donde los SIG suelen estar asociados es estudios sobre: epidemias, mortalidad, natalidad, morbilidad, contaminación, planificación familiar, seguimiento y control de enfermedades, ubicación y distribución territorial de servicios de salud, etc. (ver Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003; Ver OMS, Boletín Epidemiológico, 1996a, 1996b, 1999, 2001, 2003, 2004a, 2004b, 2004c, 2005) incluso como herramienta de simulación de comportamientos en un territorio de diverso tipo de variables y niveles de complejidad de la información, además de herramienta asociada a una política y toma técnico-administrativas de decisiones (Ver Rodríguez, 2004).

Por lo anterior, los S.I.G. están tomando gran importancia en esta área puesto que permiten establecer las posibles relaciones entre dos o más variables, y así determinar, en un momento dado, la eficiencia de algunas medidas tomadas para la solución de un problema.

Definiremos a los S.I.G. como un sistema computacional donde se pueden consultar y procesar diversos tipos de datos, y es posible presentarlos mediante mapas, cuadros estadísticos y gráficas, además de permitir el análisis de la la información con técnicas estadísticas adecuadas a éste, de tal manera que, en determinado momento, se pueda conocer la relación que existe entre dos o más variables y mostrarla en el mapa (ver Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003).

Por su parte, Mackenbach JP, Kunst (2002) definen un SIG como una herramienta informática que:

“Actualmente se reconoce como definición de SIG al conjunto organizado de tecnología informática (equipo computacional, paquetes de programas, datos geográficos y no geográficos en formato digital), métodos, procedimientos y personal, diseñados para la captura, almacenamiento, recuperación, manejo, despliegue y análisis de datos geográficamente referenciados, con el propósito de apoyar la toma de decisión en la solución de problemas que ocurren en un espacio geográfico dado” (citado en Boletín Epidemiológico OPS, volumen 25, n’ 4; año 2004; pp. 1-2).

Desde el punto de vista operacional de los diversos programas informáticos SIG, estos permiten las siguientes funciones:

- **Entrada, acceso y edición de datos cartográficos y de atributos en diversos formatos estandarizados y fuentes.**
- **Despliegue y control de múltiples capas cartográficas.**
- **Visualización de los datos en forma de mapas, tablas, gráficos y presentaciones para impresión.**
- **Manejo de múltiples escalas y sistemas de proyección tanto en las capas como en el mapa.**
- **Creación de diversos tipos de mapas temáticos.**
- **Selección y consulta espacial de datos, incluyendo operaciones geográficas sobre una o varias capas cartográficas y atributos de las capas.**
- **Realización de operaciones geográficas, como determinación de proximidad, distancia, etc.**
- **Creación de áreas de influencia ó amortiguamiento.**
- **Medición de distancias sobre el mapa y entre objetos geográficos.**
- **Disponibilidad de un sistema de gestión de bases de datos, que incluya operaciones de enlace de datos no espaciales con los espaciales.**
- **Geo referencia y geo codificación de datos.**
- **Capacidad para el desarrollo y adición (add-on) de nuevas funciones y personalización del paquete de programas utilizando lenguajes de programación.**
- **Capacidad para manejo y persistencia de sesiones de trabajo o proyectos**

(en Boletín Epidemiológico OPS, volumen 25, n° 4; pp. 1 - 2).

Por otro lado, desde el punto de vista operativo, todo SIG remite a la formación de mapas donde se codifica información alfanumerica, pues a partir de ellos, los administradores podrán realizar, entre otras acciones, la planificación de los servicios, toma de decisiones, focalización de recursos y acciones, simulación de comportamientos asociados a variables y territorios, etc. Por esta razón, los S.I.G. permiten producir una amplia gama de distintos tipos de mapas analíticos sobre los cuales operar (ver Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003; Caballero Castillo, Jorge, 2005) de los cuales, destaca el incentivo permanente al desarrollo de políticas epidemiológicas propuestas por la OPS en materias de Salud Primaria (Ver Boletín Epidemiológico OPS, 1996a, 1996b, 1999, 2001, 2003, 2004a, 2004b, 2004c, 2005; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003). En este marco, destaca la propuesta de crear verdaderos sistemas de y vigilancia epidemiológica basados en este tipo de

herramientas, propuesto y respaldado por la OPS mediante el diseño del **Sistemas de Información Geográfica en Salud Pública (SIG-SP) con entrega y distribución** de manuales y softwares (SIG-EPI) en materias de salud y epidemiología (ver Castillo-Salgado, 2003).

En cuanto a su aplicación a otras áreas asociadas a políticas sociales, en Chile destaca su creciente aplicación al ámbito de seguridad y prevención ciudadana asociada a control y registro de delitos (ver Hein, Andreas y Rau, Macarena; en Paz Ciudadana, abril 2004) y en países como Ecuador, se ha planteado como herramienta en el análisis de distribución territorial de indicadores de distribución de ingresos, inclusión /exclusión asociados a la pobreza, entre otras variables, en sectores intra-urbanos, como parte de Estudios de Observatorios Urbanos en PNUD-2006 (ver Socorro Castro, Alejandro, 2006 para PNUD-Ecuador, 2006).

3.2- Tipos y usos de sistemas S.I.G.

Dada su amplitud y gama de posibles usos, diversos autores (Ver Rodríguez, 2005; Puig, Carol & Varela, Alberto, 2009; Socorro, 2009) han destacado, no solo la posibilidad de modelar y simular el comportamiento de diversas variables con estas herramientas, sino de implementar incluso sistemas operativos generales que permita remitir sus diversas funciones y operaciones a niveles de gestión de información (ver imagen 4).

Imagen 4: Sistema Operativo general de uso de los SIG

<i>Sistema operativo de los Sistemas de Información Geográfica</i>		
<i>Funciones</i>	<i>Operaciones</i>	<i>Niveles de gestión</i>
Entrada de información	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de datos; - Capacidad de edición; - Representación interactiva; 	
Gestión de la información (SGBD) Mantenimiento. Recuperación y análisis de la información temática Mantenimiento, recuperación y análisis de la información espacial	<ul style="list-style-type: none"> - Edición de atributos; - Interrogación de atributos; - Recuperación por especificación simbólica; - Recuperación por condición numérica o lógica; - Análisis estadísticos de atributos; - Filtrado de datos - Recuperación por especificación de dominio espacial; - Recuperación por condición geométrica; - Búsqueda espacial entre varios estratos temáticos; - Transformaciones geométricas; - Transformaciones de proyecciones cartográficas; - Emparejamiento de bordes; - Análisis espacial en: Mapas de puntos, Mapas de líneas, Mapas de zonas o polígonos 	I.- Análisis descriptivos de los datos y formulación de patrones
Análisis integrados de datos temáticos y espaciales	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación/clasificación; - Superposición; - Vecindad; - Conectividad 	II.- Generación de nuevas estructuras e información y formulación de patrones
Modelado espacial y cartográfico		III.- Simulación y modelización.
Salidas gráficas	<ul style="list-style-type: none"> - Mapas; - Gráficos; - Salidas alfanuméricas 	

Fuente: Rodríguez, M^a José (2005; p. 12), Puig, Carol & Varela, Alberto (2009: pág. 24)

Desde el punto de vista de la presente investigación, debe señalarse que una de las herramientas específicas que ofrecen los sistemas SIG es el diseño de mapas temáticos, los que han sido un importante aporte para el desarrollo de estudios de seguimiento y monitoreo epidemiológico (Ver Boletín Epidemiológico OMS, OMS, 1996, 1999, 2001, 2003, 2004a, 2004b, 2004c, 2005; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera, 2002, 2003; Molina Serpa, Ivette, 2001).

Como se ha dicho, el tipo de información sobre la que se construye un mapa territorial SIG, es tanto gráfica como alfanumérica (base de datos). Junto con esto, el tipo, precisión, calidad y vigencia de la

misma, como el sistema mismo de referenciación territorial utilizado para la cartografía deben ser evaluados y analizados tanto por los organismos oficiales que pueden proporcionarlos, siendo indispensable valorar la información propia disponible a incorporar en un S.I.G. El resultado de esta búsqueda permite generar un mapa y/o una tabla de valores que contiene los objetos geográficos que cumplen las condiciones especificadas, ya sean espaciales o temáticas. En el plano epidemiológico, se suele trabajar con mapas de dos tipos (Ver Castillo-Salgado, 1996; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2002, 2003).

Según Castillo-Salgado (2002), estos sistemas de representación presentan las siguientes características:

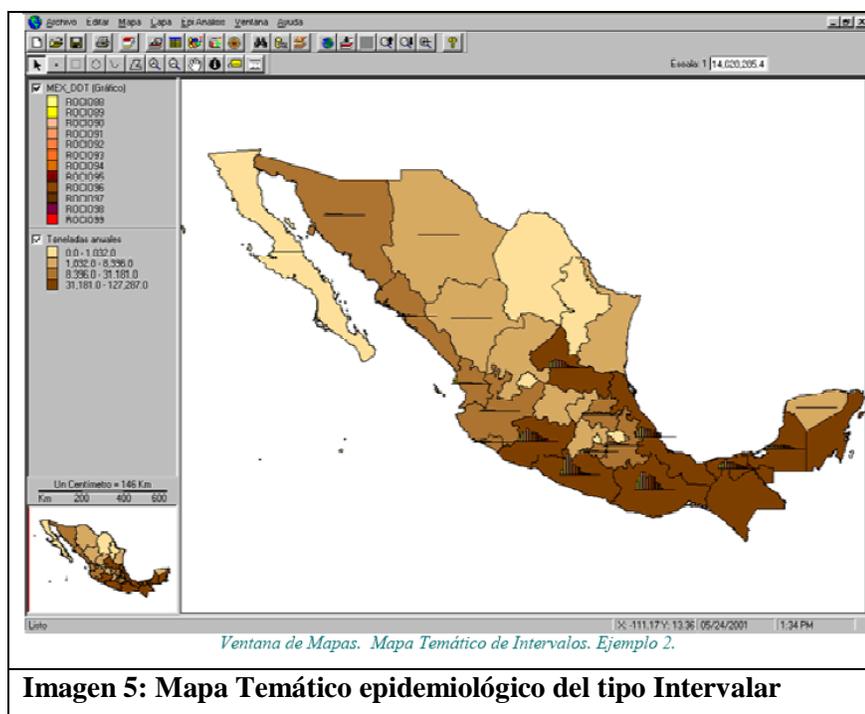
- **Espacial o geográfico:** Su fin es determinar que valor temática aparece en una localización precisa o en uno o varios objetos geográficos y responde a una solicitud como ¿que valor adopta un atributo en una localización-objeto concreto?, ¿qué superficie y límites tiene el sector que cumple tales o cuales características.
- **Temático:** se utiliza para localizar objetos geográficos que cumplan con determinados valores temáticos, donde resultan relevantes preguntas tales como: ¿en donde existe, ¿qué localización tiene?. un atributo temático concreto?, ¿cómo están distribuidas tales o cuales características?. En general, puede afirmarse, que los mapas temáticos proporcionan información específica referida a localizaciones particulares, así como información general sobre patrones especiales, así como comparar diversos patrones en diversos mapas. Se enfatiza la distribución espacial de uno o más atributos a variables asociadas a las unidades demográficas seleccionadas.

Tipos de mapas temáticos: De este tipo de mapas, llamados mapas temáticos, se han desarrollado bastantes tipos, entre los cuales destacan, en su aplicación socio epidemiológico, los siguientes (Ver Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003, Molina Serpa, Ivette, 2001):

Mapas temáticos de intervalos: En este tipo de mapas: *“se agrupan los registros de datos en rangos. Cada rango tiene asociado a la expresión de un color –generalmente una gradación de colores- asociada a ciertos valores para cada región o sección del mapa”* (cit. En p. 68; en Castillo y Salgado, 2005: Carlos; Loyola, Enrique; Vidaurre, Manuel; Martínez, Ramón; Najera, Patricia, 2002, 2003.). Como se puede apreciar, en éste tipo de mapas por intervalos, *“se facilita la identificación de las regiones geográficas que presentan diversas cantidades o volúmenes de población. En estudios epidemiológicos de salud, se suelen utilizar este tipo de mapas casos de enfermedad para cada sector o unidad territorial (ibídem; p. 68)”*.

Un ejemplo de este tipo de mapas es el siguiente ejemplo tipo:

EJEMPLO TÍPICO: Se tiene un mapa con los límites de una región y se desea clasificar los municipios tomando en cuenta el valor de la población de cada uno de los municipios para conocer las áreas o municipios que presentan mayor cantidad de población. Véanse los siguientes mapas temáticos al respecto (ver imagen 5, a continuación):



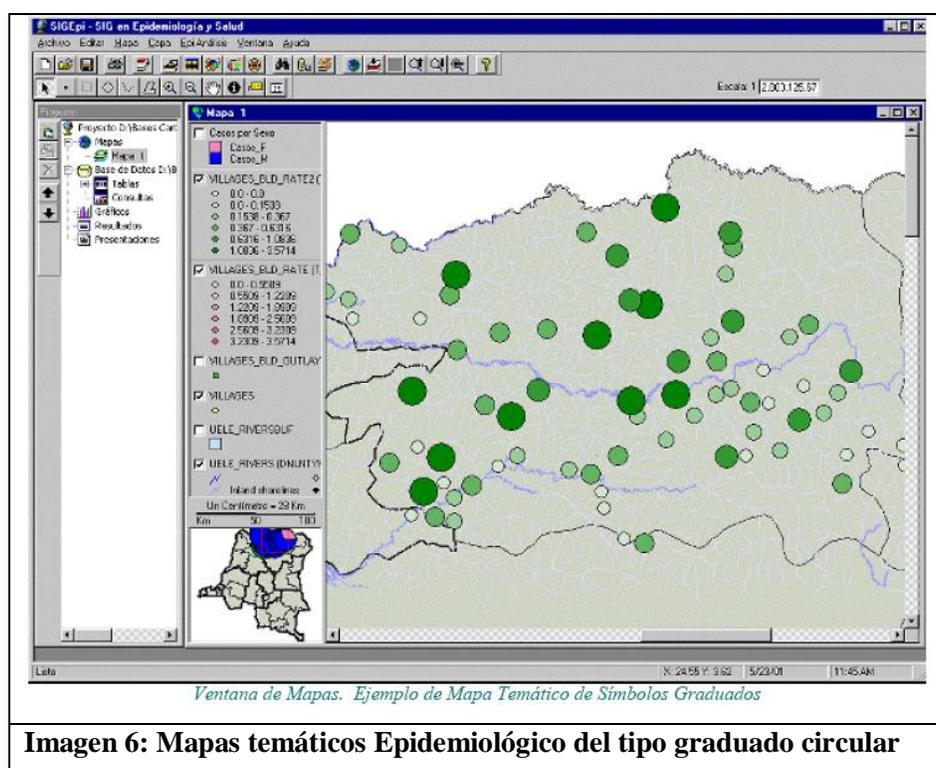
(Ver Boletín Epidemiológico OMS, volumen 25; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003; pp. 64-68):

Un aspecto relevante de este tipo de mapas, es que constituye un método para la construcción de rangos, destacando los intervalos de:

- a. Intervalos iguales
- b. Intervalos de igual cantidad
- c. Cuantiles
- d. Quiebre natural.
- e. De media y desviación estándar.
- f. De box map.
- g. Personalizados.

Mapas temáticos de Símbolos graduados. Este tipo de mapas *“suele usar símbolos para representar los valores propios de las variables o atributos de estudio, donde el tamaño del símbolo esta directamente relacionado con el valor de la variables (ibídem; p. 70)”*. Este tipo de mapa temático puede ser usado para cualquier tipo de objeto geográfico con que se esté trabajando y del cual se posee una **“capa de temática de puntos”**.

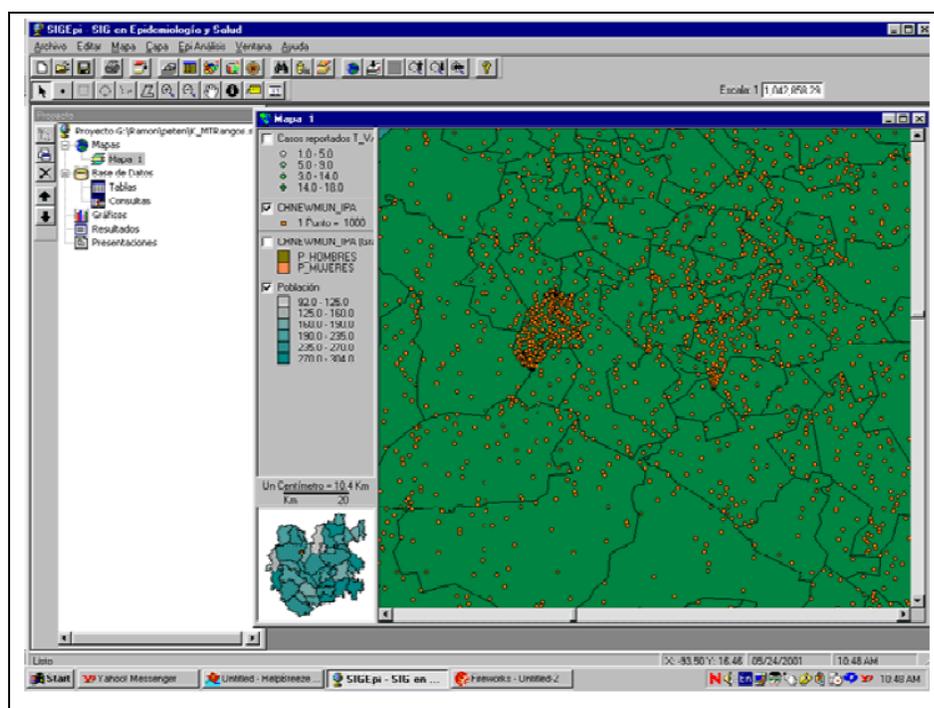
En estudio epidemiológicos de salud, se suele usar para representar tipos o niveles de servicios entregados en un sector (por ejemplo: identificar niveles primario, secundarios o terciarios de atención para cada región de un población), o bien, para identificar cantidades de casos (de una variable) asociados a una región. Véase el siguiente ejemplo (y véase **Imagen 6 a continuación**):



(Ver Boletín Epidemiológico OMS, volumen 25; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003; pp. 69-72):

Mapas temáticos de densidad de puntos. Según Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera (2003) este tipo de mapa: *“Se usa regularmente para el valor del dato asociado a la región geográfica. En caso de ser mucha la cantidad de valores asociados a una variable, se suelen agrupar según criterios de simbolización por agrupación (pe. si los valores son pe, 100.000 se representan solo 100 o 10 valores para la región seleccionada)”* (p.72). También permite un estudio por capas. Tómese el siguiente ejemplo (y véase Imagen 7, a continuación):

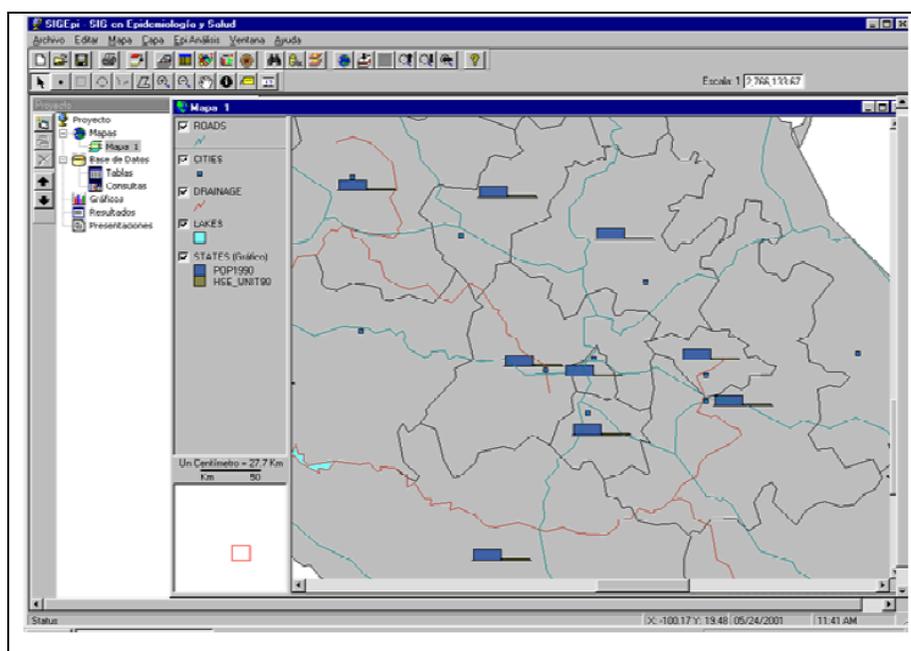
Imagen 7: Mapas temáticos Epidemiológicos del tipo Densidad de puntos



(Ver Boletín Epidemiológico OMS, volumen 25; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003; pp. 72- 75):

Mapas temáticos de barras. A diferencia de los mapas temáticos anteriores, que trabajan con una sola variable para construir el mapa, *“este tipo de mapas permite la representación de variables a partir de un centroide. Que permite la comparación de variables expresados en una barra del gráfico”* (ibídem; p. 76) (véase Imagen 8 a continuación).

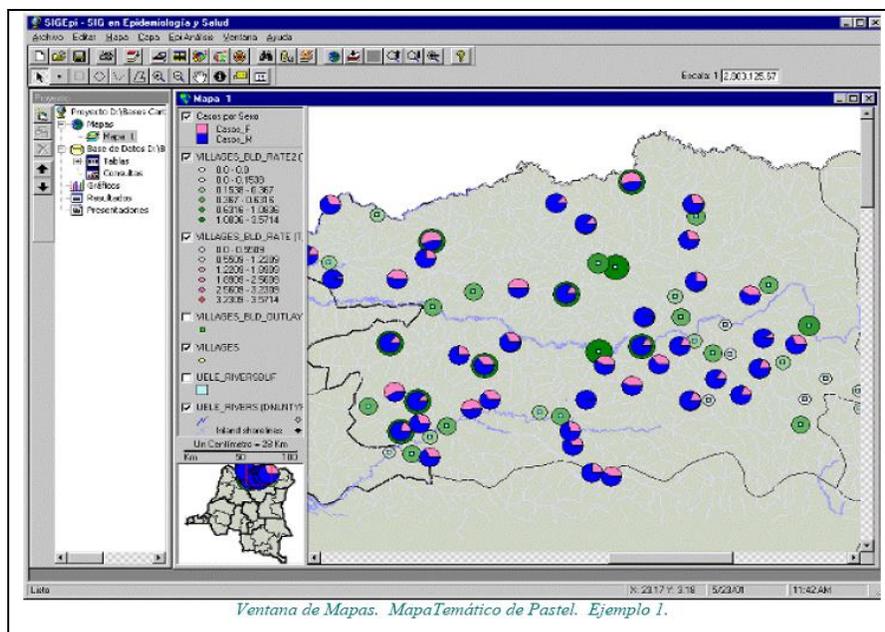
Imagen 8: Mapas Temático Epidemiológico de Barras



Fuente: Boletín Epidemiológico OMS, volumen 25; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; (2003:pp. 76-78).

Mapas temáticos de pastel. Este tipo de mapas: *“también permite la representación de la relación o valores entre más de una variables que operan como descriptores de una región o sector del territorio representado en el mapa. El mapa de pastel también permite que se comparen las partes de un todo. Este tipo de mapas se puede usar para caracterizar distintos tipos de poblaciones asociadas a una variables para un mismo territorio, pe. Diversas etnias o grupos etéreos en relación a un problema de salud específico, para una misma región o sector geográfico* (ibídem; p. 79) (Véase Imagen 9 a continuación).

Imagen 9: Mapas Temáticos Epidemiológico de pastel.



(Ver Boletín Epidemiológico OMS, volumen 25; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera; 2003; pp. 79 - 81):

Mapas temáticos de valores únicos. Este tipo de mapas: *“Se suele emplear par representar estado de presencia o ausencia de un variable en una región o sector geográfico en estudio, pero donde no es posible distinguir o precisar una gradiente para los valores o rangos posibles de las variables o atributos en estudio. En este sentido, los valores posibles a representar necesitan la definición de valores categóricos (ibídem; p. 82) (Véase Imagen 10, a continuación).*

Imagen 10: Mapas temáticos Epidemiológicos de valores únicos

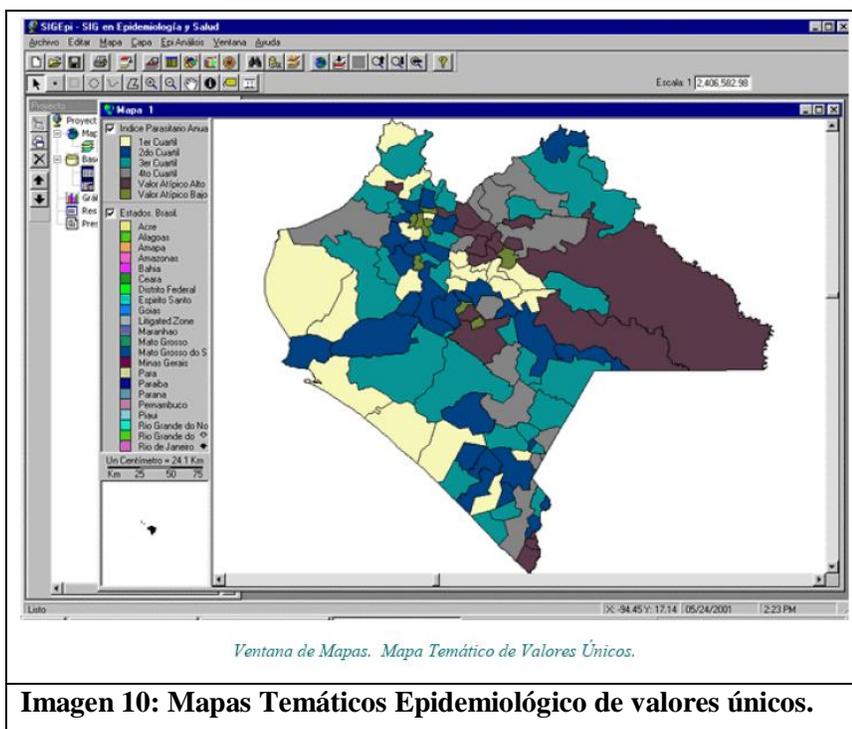


Imagen 10: Mapas Temáticos Epidemiológicos de valores únicos.

Fuente: Boletín Epidemiológico OMS, volumen 25; Castillo-Salgado; Loyola, Vidaurre, Martínez y Najera (2003: pp. 82 - 86):

CAPITULO IV: ASPECTOS CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES DE LA AGRESIÓN SEXUAL: RELEVANCIA Y NECESIDAD DE UN ENFOQUE INTEGRADO DE VARIABLES PSICOSOCIALES E EPIDEMIOLOGÍCAS.

4.1.- Pertinencia de un análisis territorial de la agresión sexual en los centros de diagnóstico del SENAME (C.T.A./D.A.M.)

Como se ha señalado, en un marco definido por la necesidad y relevancia de generar modelos psicosociales de valor y relevancia epidemiológica a fin de afrontar con mayor propiedad el fenómeno de la agresión sexual infantil desde un nivel de intervención territorial local, es que resulta pertinente el que se puedan incluir, dentro de estudios y perfiles epidemiológicos, que resultan altamente relevantes a fin de poder integrar y generar modelos de mayor coherencia, variables y tipificaciones propiamente psicosociales en relación al fenómeno de la agresión sexual.

Respecto al abuso sexual, y atendiendo a los criterios clínico-forenses por los cuales ingresan los menores al centro derivados desde fiscalía, es decir,

- Maltrato leve.
- Insecto.
- Violación,
- Abuso sexual.
- Estupro.
- Pornografía.
- Explotación sexual

Ahora bien, en relación con las variables psicosociales asociadas al abuso sexual de menores, los criterios psicosociales incluidos en la ficha del centro, está basada en las experiencias acumuladas durante 7 años de trabajo, las directivas de SENAME en relación con los niveles de intervención, y tipos de vulneración de derechos, así como al uso de diversos criterios clínicos, sociales y comunitarios de diversos autores u modelos de intervención existente en torno al tema de la abuso sexual a menores, dinámicas abusivas, familia, violencia intra-familiar, vulneración de derechos y problemas de salud mental típicos en estos casos.

Según diversos criterios, es posible identificar diversas variables relevantes de ser consideradas en una descripción psicosocial territorial asociada al abuso, como base de un mapa epidemiológico. Destacan entre ellas, las cuales usaremos para la presente investigación:

- Tipo de maltrato infantil y/o abuso sexual intra-extra familiar
- Antecedentes de otros episodios de maltrato y/o abuso sexual sufrido por el niño/a.
- Agente de maltrato
- Edad del niño(a) al momento de la agresión.
- Frecuencia de las agresiones.
- Tiempo transcurrido desde la agresión/develación
- Tipo de develación
- Reacción ante la develación

También pueden considerarse, para futuros estudios otras variables clínico-periciales tales como:

- Estilo y dinámica familiar.
- Tipo de vínculo.
- Tipos de parentalidad.
- Tiempo transcurrido desde el inicio de la agresión hasta el momento de la denuncia.
- Tipo de denuncia.
- Re-evaluación actual del agresor respecto a la víctima.
- Intentos anteriores de resolución de la situación.
- Patologías como procesos de victimización primaria y secundaria.

Estos y otros factores son consignados en las fichas clínicas de cada caso, criterios sobre los cuales se diseñan planes de intervención y evaluación de egreso.

4. 1.1.- Relevancia para las políticas sectoriales e intersectorial de un enfoque territorial en relación al fenómeno de la agresión sexual infantil.

Lo anterior, reafirma el interés de la presente investigación por buscar contrastar los casos como Prevalencia (ocurrencia) y las respectivas variables y factores asociados que permiten comprenderla como un fenómeno global, desde en su dimensión y expresión territorial particularmente diferenciada.

Las principales consecuencias que puede tener este cambio de mirada y aproximación al problema de la comprensión del fenómeno de la agresión sexual en Chile, es que permite iniciar estudios de carácter epidemiológico de la población agredida sexualmente, y en consecuencia potenciar estudios de carácter mas interdisciplinario (extendiendo y ampliando la clásica mirada biopsicosocial, desde una mira

epidemiológico-territorial), que a su vez, sea la base y referente para el desarrollo de políticas intersectoriales a nivel territorial local.

Desde un punto de vista mas operativo, he de pasar por la integración de al menos, tres niveles.

- Generación de perfiles de riesgo a nivel territorial-epidemiológico de variables psicosociales.
- Evaluación y comparación temporal del comportamiento de la demanda de casos.
- Servir de imput para estudios intersectoriales mas amplios (integración de políticas sociales tanto:
 - **A nivel Sectorial:** Es decir, dentro de los niveles programáticos de intervención propios del SENAME (niveles preventivos, promocionales, diagnósticos y reparatorios).
 - **A nivel Intersectorial.** entre MINSAL, políticas comunales, SENAME, Policía de Investigaciones, Ministerio público, etc.

4.1.2 Relevancia de aspectos clínicos y marco teórico general de incorporar variables psicosociales para describir epidemiológicamente el fenómeno el abuso sexual

Como primer elemento a destacar dentro de este tipo de investigación, se debe tener presente que a nivel nacional no existen investigaciones que hayan sistematizado la enorme cantidad de casos y fichas clínicas existentes en diversos centros de atención, particularmente dentro de la red SENAME que integren variables clínico y psicosociales a criterios socio demográficos, salvo desde un punto de vista de la cuantificación de datos globales. Tal como concluye el propio SENAME (2005) al respecto:

“... la tarea de cuantificar la dimensión de la violencia sexual en Chile se ve dificultada por la inexistencia de estudios de prevalencia e incidencia. a pesar de ello, algunas investigaciones parciales muestran la gravedad que esta problemática tiene a nivel nacional. a modo de ejemplo, en la red del SENAME, a mayo del año 2001, de un total de 57.957 niños y niñas bajo su protección, 26.409 (45,6%) habían sido víctimas de maltrato y abuso sexual (ver SENAME, octubre de 2004)”.

Por cierto, si la cuantificación a nivel nacional aún destaca como mero acopio de casos de diverso tipo, a nivel local, donde dicha información sería relevante disponerla desde el punto de vista de un trabajo intersectorial y en red, su disposición es mas precaria aún. esto, incluso pese a contar con la posibilidad de obtención de dicha información en los registros de cada centro. por lo pronto, este tipo de información, creemos, puede ser de gran relevancia a la hora diseñar o reorientar mejor la planificación y carácter de muchas intervenciones de otros programas de la red SENAME, en particular, de programas preventivos y promocionales protectores de la infancia, incluso de alcance intersectorial orientado hacia instancias como

salud mental infantil, que necesariamente debieran considerar este tipo de insumo informacional a la hora de intervenir en cada sector donde se instalan y actúan, generando mapas de riesgo que permitan retroalimentar políticas de prevención y promoción comunitarias.

Desde el punto de vista de las aportaciones la psicología forense a este tipo de estudios epidemiológico territoriales, se debe destacar que la implicancias clínicas del modelo ecológico de Barudy en el área de la psicología legal, hoy vigentes en Chile respecto al trabajo en cta, ha llevado a orientar estos criterios hacia la descripción y tipificación diagnóstica asociada a evaluar la consistencia del relato en relación al tipo de agresión que describe y el tipo de daño observado o reportado, en el contexto psicoevolutivo y contexto socio-familiar de cada caso. esta línea, en particular ha sido sistematizada en el trabajo de C.A.V.A.S. (ver cavas, 2005) a cargo de la psicóloga María Isabel Salinas. a partir de esta experiencia, el cavas metropolitano (2003) concluye que:

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

Tabla 5. Delito por año	2001	2002	2003	Total
agresión sexual	283		288	895
Violación	16	125	137	438
Estupro	-----	2	-----	2
Total	459	451	425	1335

Según C.A.V.A.S. (2003) entre el 2001 al 2003 (ver tabla 6), se observo que:

tipo de vínculo/año	2001	2002	2003	Total
Conocido	145	209	604	604
Familiar	264	197	124	595
desconocido	50	38	60	148
Total	459	444	444	1347

Tabla 6: Tipo de agresor

Por su parte, según el tipo de delito observado, C.A.V.A.S. refiere el siguiente tipo (ver tabla 7):

Tabla 7: Tipo de delito por año

CAVAS, en algunos muestreos particulares, realizados entre enero de 2002 y junio de 2003, muestra una distribución particular entre tipo de agresión y dinámica abusiva (tabla 8):

Delito/año	desconocido	extrafamiliar	intrafamiliar	fig paterna	n° total	%
Violación	0	6	1	7	14	23,3%
agresión sexual	0	19	15	12	46	76,7 %
Estupro	0	0	0	0	0	0
Total	0	25	16	19	60	-----
%	0	41,7%	26, 7%	31, 6 %	----	100

Tabla 8: Tipo de agresión sexual

Finalmente, destaca la distinción entre el tipo de apego observado en el vínculo del/la niño/a abusada y la figura de apego (tabla 9):

TIPO DE VÍNCULO	n° casos	%
Seguro	12	20
inseguro ansioso-ambivalente	32	53,3
inseguro rechazante –evitativo	9	15
inseguro desorganizado	7	11,7

Tabla 9: Tipo de vínculo entre víctima y agresor

Esta experiencia sistematizada concuerda con los postulados clínicos de Barudy cuando afirma que la mayoría de las dinámicas abusivas suceden en contextos cercanos a la víctima, generalmente del tipo intra-familiar lo cual, en la medida que se cronifica, suele estar asociado a síndromes clínicos característicos como la “imposición del silencio” o el “síndrome de adaptación” o “alineación sacrificial”, descritos por este y otros autores.

Desde el punto de vista general, se requiere entonces, poder contar con un registro permanente de este tipo, que permitiría generar y retroalimentar a corto y mediano plazo, estrategias estandarizadas y probadas de intervenciones psicosocial -tanto reparatorias como preventivas y promocionales - diferenciadas según criterios de tipos de estilo o dinámica familiar dominante, tipo de abuso, y sintomatología.

Por otro lado, una falencia de los estudios tipo acopio meramente porcentual es que in-visibiliza el cómo se estratifica y distribuye este fenómeno en el contexto territorial de cada comuna, según sus propias complejidades sociales y culturales. Por tanto, si bien esta información resulta altamente significativa, debiera orientarse hacia estudios que le describan y caractericen a nivel local. Este trabajo, en estricto rigor, correspondería a lo que bien podríamos denominar como un **enfoque e intervención epidemiológica-psicosocial del abuso**, cuyas bases, aún no existen, pero no son difíciles de alcanzar en un mediano plazo.

4.1.3 Relevancia clínico-forense

Además de la sistematización realizada por CAVAS, parecieran no existir otras revisiones e investigaciones que aborden el tema pericial desde la prevalencia de los aspectos clínicos y sociales asociados al abuso en el ámbito forense o legal.

Un tipo indirecto de datos corresponder a los informes de peritajes a víctimas del servicio médico legal (en MINSAL⁷, 1998) los cuales en su mayoría son del sexo femenino, concentrándose principalmente entre los 5 y 9 años y, en segundo lugar, entre los 10 y 14 años (cit. en SENAME, octubre de 2004).

Esto resulta más significativo si se considera que actualmente, SENAME solicita a los centros (tanto de dependencia directa como indirecta) la evaluación y llenado de pautas administrativas de ingreso y egreso con información asociada a los rasgos etareos y socio demográficos de la población atendida, o los tipos de intervención y evaluación registradas como actividad de cada prestación institucional, mas que en aspectos clínicos referidos como marcos de la presente investigación.

Por otro lado, también potenciaría, en caso de generalizarse a otros centros de la red SENAME, la posibilidad de un trabajo mas intersectorial con otras redes, principalmente salud.

Sólo pueden considerarse datos indirectos como los obtenidos de la recopilación anual de datos del MINSAL (incidencia acumulada), pe. los presentados a nivel metropolitano durante el primer semestre del 2004 tanto por atención en Servicios de Atención Primaria (A.P.S.)⁸ como por especialidad en Atención hospitalaria (ver tabla 10).

⁷ : MINSAL: Abreviación de Ministerio de Salud. De aquí en adelante se usa sigla MINSAL.

⁸ : De aquí en adelante, APS.

Tabla 10: Cobertura de especialidad APS 2004

PATOLOGIA		TOTAL	0 – 9 años	%	10 – 19 años	%
Maltrato Infantil		1.232	1.232	100%		
Violencia	Niña	4.941			1006	20,4 %
	niño	705			97	13,8 %
Abuso Sexual		921	232	29,5 %	361	39,2 %

4.1.4. Relevancia integración ámbito estudios epidemiológicos y demográfico

Desde el punto de vista de la demanda asistencial en los centros de salud, se estima que éste es bajo, el MINSAL (informe vif, 2005) presenta los siguientes datos para el primer semestre del 2004, lo cual contrasta con los casos atendidos dentro de la red SENAME usualmente. Esto, entre muchas razones, porque generalmente los casos en Atención primaria de Salud son detectados cuando están asociados a agresiones y violencia física.

Lo anterior, reafirma el interés de la presente investigación busque contrastar los casos y las respectivas variables asociadas al territorio donde ocurren, y desde donde provienen los casos. Esto, por varias razones:

- Permitirá iniciar estudios de carácter epidemiológico de la población sexualmente abusada.
- Permitirá generar perfiles de riesgo a nivel clínico, etareo, comunal, etc.
- permitirá una evaluación y comparación temporal del comportamiento de la demanda de casos.
- Eventuales cruces de variables con datos de otros programas intersectoriales.

En este marco, es que parece pertinente el que se puedan incluir, dentro de estudios y perfiles epidemiológicos, que resultan altamente relevantes a fin de poder integrar y generar modelos de mayor coherencia, variables y tipificaciones propiamente psicosociales en relación al fenómeno de la agresión sexual.

4.2. Aspectos clínico forenses en relación a la agresión sexual infantil

Desde una perspectiva clínica, debemos señalar, siguiendo a Finkelhor y Herliner- que:

“El abuso sexual es una experiencia, no un trastorno o un síndrome. puede dar lugar a un trastorno o un síndrome, pero no es uno en sí mismo. Desde ahí que, basarse únicamente en el estudio de la sintomatología, resulta insuficiente para comprender

el real impacto del abuso sexual. además, la remisión de los síntomas no necesariamente implica una resolución del trauma subyacente y que no se ha demostrado que los niños asintomáticos se hayan visto menos afectados por la experiencia de abuso” (ver SENAME, octubre 2004, p.14).

Lo anterior hace que la evaluación clínico-pericial requiera de un marco y contexto psicosocial y familiar donde comprender la dinámica del abuso. en este sentido, importantes intentos por lograr una caracterización clínica de los efectos del abuso en niños han sido desarrollados a partir, en base al tipo y dinámica psicosocial (particularmente familiar) asociada al abuso. uno de los mas destacados es el modelo eco sistémico planteado por el psiquiatra chileno Jorge Barudy (ver Barudy, 1998). algunos de los aspectos mas relevantes que resultan de interés para la psicología forense son los diversos tipos de abuso descritos.

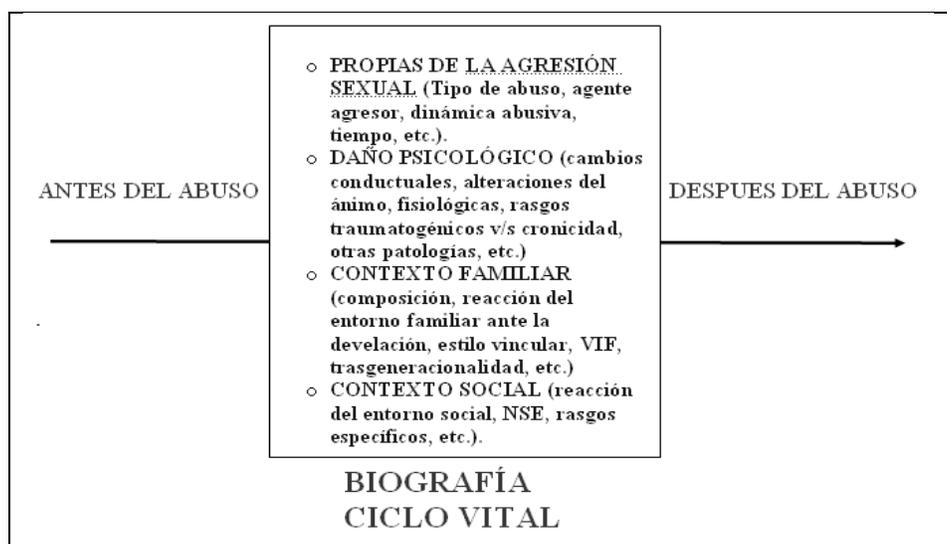
4.2.1 Definición de agresión sexual

Atendiendo a lo generalmente aceptado en relación con la agresión sexual a menores, según SENAME define este proceso como (2004):

“... hablamos de abuso sexual cuando un adulto utiliza la seducción, el chantaje, las amenazas y/o la manipulación psicológica para involucrar a un niño o niña en actividades sexuales o erotizadas de cualquier índole (insinuaciones, caricias, exhibicionismo, voyeurismo, masturbación, sexo oral, penetración oral o vaginal, entre otros). Esto implica involucrar al niño o niña en una actividad que no corresponde a su nivel de desarrollo emocional, cognitivo ni social”.

Esto hace que la evaluación clínico-pericial requiera de un marco y contexto psicosocial y familiar donde comprender la dinámica de la agresión. Desde un punto de vista esquemático entonces, resulta necesario comprender la dinámica del abuso desde diversos aspectos y factores que influyen en como es asimilada dicha experiencia como parte de ciclo vital del niño/a (ver imagen 11).

Imagen 11: Abuso dentro del ciclo Vital



No obstante, las tipificaciones usualmente aceptadas, usualmente generadas a partir de los estudios de caso clínico y modelos clínico-relacionales de la agresión, giran en torno a la descripción de pautas orientadas hacia una re socialización activa por parte de la víctima hacia la aceptación del agresión como dinámica relacional. En consecuencia, una de las características clínicas, -particularmente de los modelos relacionales- definitorias de las situaciones de agresión sexual es el fenómeno de la instauración progresiva de la prohibición de hablar sobre lo que está ocurriendo que hace el abusador a la víctima como sustento de una dinámica de aceptación de la trasgresión y de re-socialización en ella. esta *ley del silencio*, que opera con mucha fuerza en todos los sistemas abusivos, se impone por varias vías, de las cuales destacaremos dos:

- Las Formas Seductoras/ o de Hechizo
- Las Formas Sacrificiales, Basadas en el manejo relacional, generalmente apelando al miedo, amedrentamiento, involucración emocional, formas de chantaje emocional o la culpa.

A continuación se revisaran los criterios clínicos y empíricos sobre los cuales se sustentan estas tipificaciones. Posteriormente se propone una revisión de casos donde sería al menos pertinente hacer esta distinción.

4.2.2 La Agresión Sexual como proceso. Dinámica y temporalidad de la agresión

Entendido como un proceso, en el agresión sexual se suelen distinguir una serie de etapas asociadas al grado, nivel y formas de resocialización que se dan dentro de la dinámica de agresión sexual.

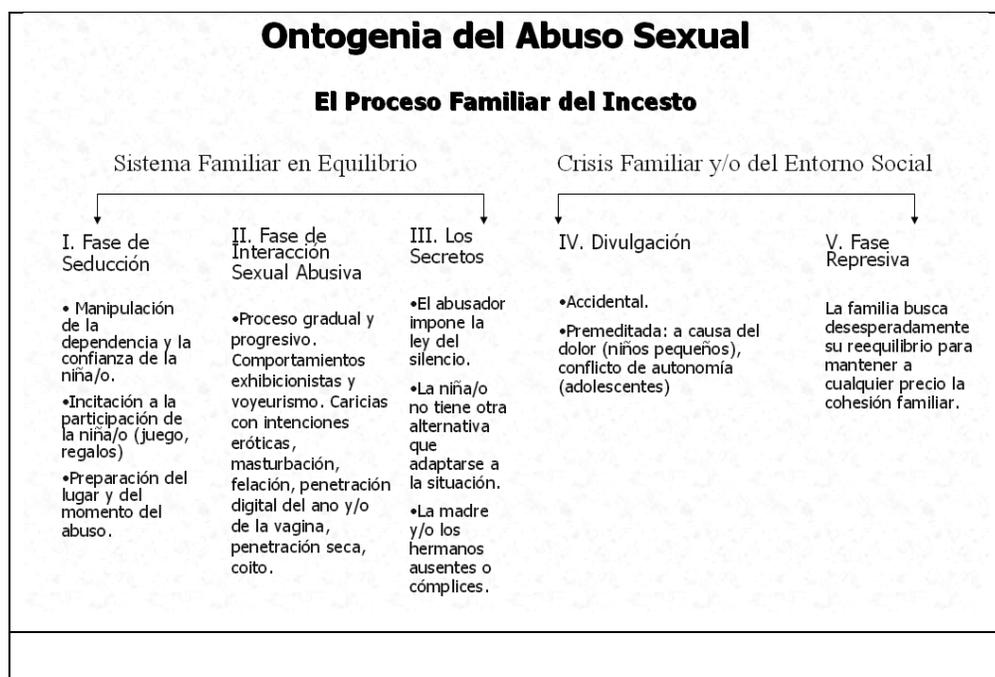
La literatura, suele asumir una primera *fase de seducción* en la que el abusador establece una relación más cercana con la víctima, y la hace sentir que se trata de una relación muy especial.

La segunda fase, *interacción abusiva o agresión propiamente tal*, incluye acciones que van desde exhibición de los genitales por parte del abusador, mirar los genitales de la víctima, tocar y hacer tocar los genitales, masturbación, penetración digital, penetración con objetos, penetración bucal, anal o vaginal. en la categoría de interacción sexual abusiva está también lo que cae en el rango de *erotización traumática*, en que están incluidas todas las acciones ya señaladas más todo lo que significa exponer al niño o a la niña a situaciones sexuales o erotizadas que no corresponden a su edad, como por ejemplo, exposición a material pornográfico, comentarios y relatos erotizados.

La *fase de divulgación* ocurre cuando se abre el tema de la agresión, ya sea porque el niño/a cuenta lo ocurrido o un tercero lo descubre.

Por su parte, la *fase de represión y/o retractación*, en que el abusador impone su poder sobre la víctima y sobre quienes la apoyan y desmiente el hecho. en ese sentido cualquier contacto entre el abusador y la víctima, luego de haber abierto el tema del agresión, es suficiente para que el niño o niña se retracte. Este fenómeno, en el que la víctima niega el hecho o lo explica racionalmente para invalidarlo, se conoce como síndrome de Summit, en referencia al autor que lo describió por primera vez. sin embargo, la meta ideal es pasar a una *fase de protección*, en que el entorno cree al niño/a y lo protege, condición fundamental para proceder a la interrupción del proceso abusivo. Finalmente, en una *fase de reparación*, tanto víctimas como victimarios reciben ayuda; el abusador en términos de rehabilitación, y la víctima en términos de reparación del daño. Lo anterior se puede resumir en la siguiente imagen 12:

Imagen 12: Ontogenia del Abuso sexual según Barudy (2000)



4.3.- Tipificaciones de la agresión

Desde el punto de vista de la temporalidad de la agresión (generalmente evidenciadas durante el proceso de develación), se suele diferenciar los siguientes tipos o patrones:

- Episodios únicos.
- Dinámica sistemática.
- Dinámica crónica.

A continuación, revisaremos cada una de estas categorías, sus fundamentos, modelos en los cuales se sustenta, y particularmente algunas insuficiencias e inconsistencias con las experiencias clínicas que se han detectado.

En primer término, un modelo relevante de trabajo con abuso sexual infantil, planteado por Barudy, intenta una caracterización clínica integrada de los efectos del agresión en niños han sido desarrollados a partir, en base al tipo y dinámica psicosocial (particularmente familiar) asociada al agresión. uno de los mas destacados es el Modelo Eco sistémico planteado por el psiquiatra chileno Jorge Barudy (ver Barudy, 1998). Algunos de los aspectos más relevantes que resultan de interés para la psicología forense son los diversos tipos de agresión descritos. En el libro **“El dolor invisible de la infancia (1990)**, se enfatiza la necesidad de discriminar entre agresión sexual crónico y traumático, el cual, generalmente estaría asociado a las categorías de agresión extra o intrafamiliar. estos ejes de clasificación permiten integrar de

una manera coherente diversos síntomas y síndromes característicos desde un punto de vista clínico con rasgos socio-familiares. De esta forma, Barudy propone un modelo llamado ecológico para comprender los complejos procesos de violencia y agresión sexual en la infancia. En primer término, esta comprensión ayuda a orientar la evolución clínica así como el proceso terapéutico. Pero también, un segundo aspecto relevante del modelo para la presente investigación, es la flexibilidad para integrar aspectos los efectos clínicos de las dinámicas de la agresión sexual con un punto de vista psicosocial (por ejemplo, como se da el manejo del poder intra o extra familiarmente, o como sucede y a través de que mecanismos la dinámica de violencia subyacentes o concomitantes a la agresión, o como ésta es aceptada patológicamente por las víctimas, y como el contexto social puede afectar en la destrucción de los lazos familiares en estas dinámicas de agresión). Desde el punto de vista clínico-forense, estas tipologías clínico-evolutivas permiten articular un marco general, donde evaluar otros temas como la credibilidad y validez de relatos sobre agresión sexual, al permitir contrastar las coherencias entre los contenidos del relato, aspectos clínicos-evolutivos (imagen 13), y tipos de agresión sexual (imagen 14).

Siguiendo el modelo de Barudy (ver imagen 13; en Barudy, 1998; p. 242) es importante atender al desarrollo de la carrera moral de los niños víctimas de agresión sexual, en donde distingue entre agresión crónica, donde existe una dinámica creciente tendiente a una resocialización clínicamente característica, y por otro lado, la victimización traumatogénica, más característica de agresiones de episodio único o reiterado (no-crónico). Siguiendo esta distinción, (ver cuadro 2; en *ibídem*, p. 188) el modelo discrimina los diversos tipos de agresión sexual, según la relación existente entre las víctimas y el abusador, generalmente asociadas a tipos de agresión extra-familiar o intrafamiliar (ver imágenes 13 y 14):

Imagen 13: Modelos de agresión sexual según cercanía con el agresor (tipos de agresión intra-extra-familiar).

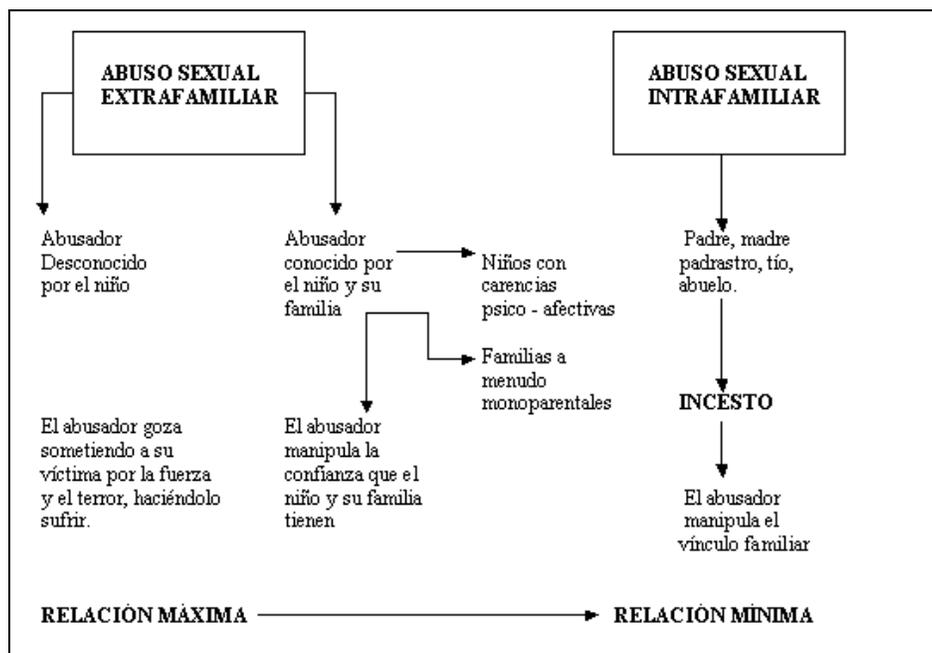
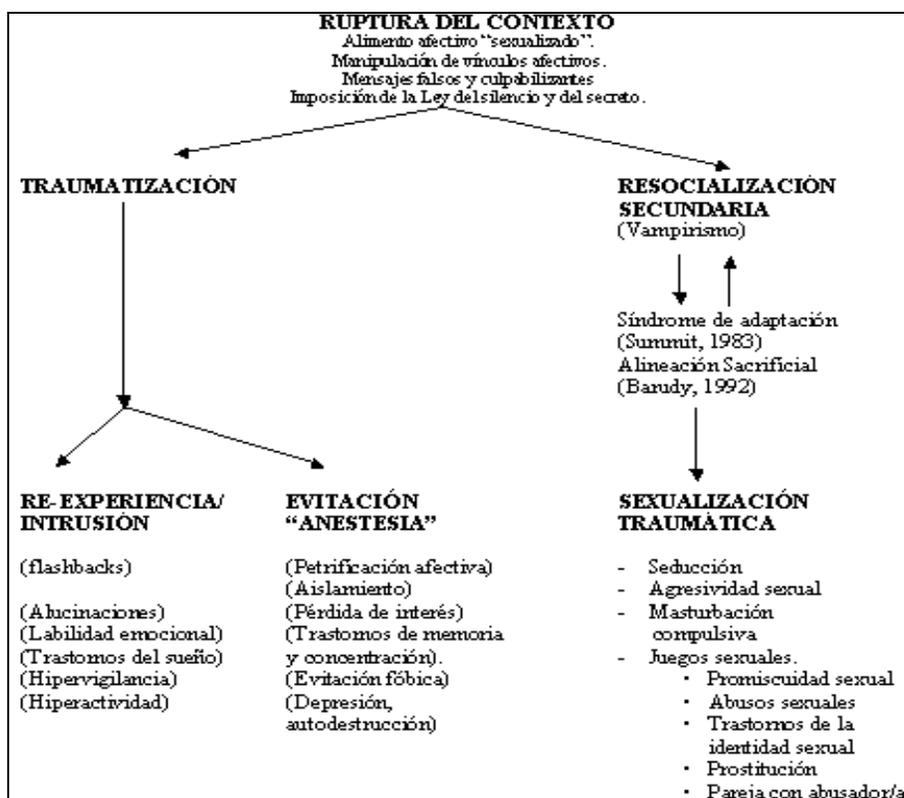
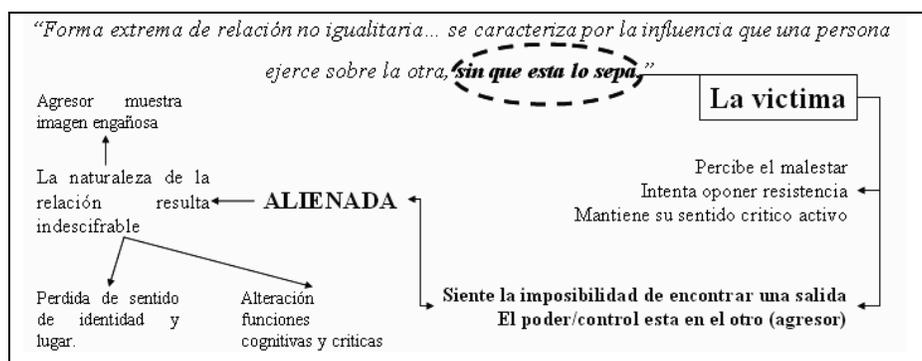


Imagen 14: Procesos de victimización según Barudy (ibidem)



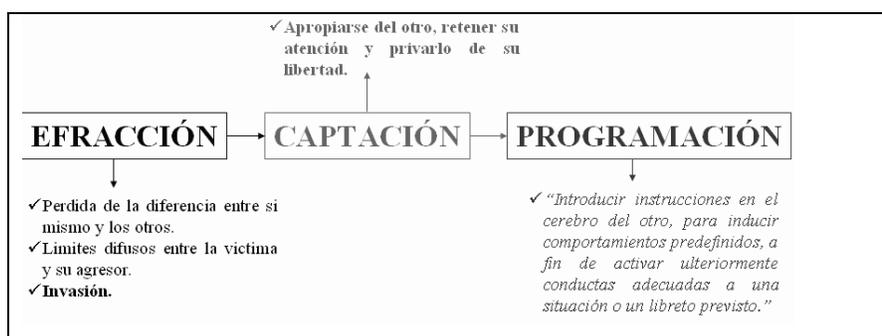
En éste ámbito socio-relacional, también hemos de destacar otros modelos que también postulan mecanismos particulares de adaptación, no sólo desde un punto de vista traumatogénico-familiar, sino desde el punto de vista comunicacional-socializador, como el de Perrone (1987), conocido como hechizo, el cual se caracterizaría por ser una forma alienada de relación, donde la víctima no percibe claramente la condición de víctima (ver Imagen 15).

Imagen 15: Modelo de Perrone



La cual estaría conformada por las siguientes etapas de 1) efracción, 2) captación y 3) programación (ver imagen 16):

Imagen 16: Etapas de modelo de Perrone



Conformándose una dinámica, no sólo de acceso carnal a la víctima, sino que se da dentro de una dinámica que busca la indiferenciación en los límites entre el niño y el agresor, sino que particularmente, se busca que la víctima desarrolle mecanismos específicos de asunción de roles y responsabilidades dentro de la dinámica, involucrándose activamente dentro de ella. Destaca entonces una forma de programación que se puede describir como sigue (imagen 17):

Imagen 17: Etapa de Programación de Perrone



Desde un punto de vista general, sea cual sea el mecanismo de re-socialización a la base, se asume que esto es un proceso, y que por tanto, necesita de un tiempo de instauración, el cual, se acepta que no puede durar menos de entre 6 a 8 meses.

CAPITULO V: MODELOS DE POLÍTICAS SOCIALES CON ÉNFASIS Y CARACTER TERRITORIAL

A continuación, revisaremos dos tipos de modelos de trabajo, asociados al ámbito de estudio, que en la actualidad, y de manera sostenida en el último decenio, han trabajado con estrategias y enfoques territoriales:

- MODELOS DE SALUD FAMILIAR.
- MODELOS DE SEGURIDAD CIUDADANA

5.1.- Modelo de atención de salud

Posiblemente sea el modelo de distribución territorial de Salud, el modelo mas integral organizado territorialmente, desde el punto de vista de las intervenciones según diversos niveles de complejidad interventiva y administrativa, sean estos a niveles hospitalario, de programas, proyectos y acciones específicas de salud exista a nivel nacional, respaldado además, por una larga tradición y afiliación a políticas internacionales lideradas por la OMS.

Por esta razón, talvez resulta relevante revisar algunos elementos de organización territorial (regional y comunal) de este modelo, especialmente en el ámbito de los aportes provenientes de la ampliación del enfoque biomédico, centrado principalmente en la enfermedad, que incluya la inclusión de un enfoque biopsicosocial, y la distribución epidemiológica y socio demográfica, aplicada y orientada a la realidad territorial local, según niveles de complejidad de la intervención (promoción, prevención, tratamiento, seguimiento, etc.). Como señalaba un documento del MINSAL, “*Orientaciones para el desarrollo del modelo Biopsicosocial*”, se planteaba que:

Los problemas de salud abordados a mediados del siglo veinte fueron eficientemente intervenidos desde un marco biomédico clásico con medidas higiénico-sanitarista específicas, sin embargo en la complejidad de los nuevos retos de salud de la población chilena, una mirada centrada en la enfermedad es insuficiente, lo que obliga a abordarlos desde una perspectiva más amplia y con una mirada bio-psicosocial, que de cuenta además de un sistema de salud moderno y humanizado, que permita a las familias un sentimiento de efectiva protección (MINSAL, 1998).

Respecto a la importancia de los factores epidemiológicos y socio demográficos de distribución de la demanda, se reconoce en principio que, se debe la complejidad, multicausalidad y evolución dinámica de los perfiles epidemiológicos en la población, observado en diversos ámbitos, tales como:

“El envejecimiento de la población y el cambio en los estilos de vida, así como en las condiciones ambientales, nos enfrentan a la multicausalidad de los problemas prevalentes, donde el sistema de salud debe responder con un cambio tanto en aspectos cualitativos como cuantitativos en la organización del sistema sanitario y en la entrega de servicios, desde lo materno-infantil a los problemas del adulto y adulto mayor, de las enfermedades agudas y transmisibles a las enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles. Esto impone la necesidad de implementar nuevas terapias y enfoques, por ejemplo, orientadas a los cambios de conducta, fomento del auto cuidado, educación en salud, continuidad de la atención, intervenciones sobre determinantes sociales, etcétera, lo que implica, salir de los centros hospitalarios a la atención abierta con enfoque sistémico (APS y salud familiar) y comunitario (MINSAL 2007).”.

En consecuencia, en Chile se ha observado que, desde los años 90, se han impulsado además, procesos de re-adequación de las políticas generales, según criterios de:

- a) **PRIORIDAD CLÍNICA** (Pe. a) Programas AUGE, b) de Reforma Hospitalaria, c) de Referencias y derivación, d) coordinación de la red asistencial, y e) garantía y cobertura de las prestaciones, entre otras),
- b) **AUMENTOS DE LA AUTONOMÍA DE LOS NIVELES DE RESOLUTIVIDAD LOCAL DE LOS CASOS DE MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD**, especialmente de los programas de Salud Familiar, Salud Mental (pe. COSASMs y programas de Psiquiatría Ambulatoria, etc.).
- c) **INTERSECTORIALIDAD** (incluye diversos programas de intervención, y proyectos intersectoriales con diversas agencias y ministerios, pe. Programas del Convenio CONACE-FONASA, programas Habilidades para la Vida, PREVIENE, etc.).

5.1.1.- Características generales de las políticas de readecuación y reforma de salud

A finales de los años 90, se desarrollaron en Chile, una política de *“readecuación de las políticas generales de Salud”* (MINSAL, 1995, 1997). Los antecedentes que sirvieron de base a la propuesta se encuentran desarrollados en profundidad en los documentos originales del Ministerio de Salud: *“Readecuación del Sistema Público de Atención de Salud”* (MINSAL, 1995) sus anexos respectivos y

“Estudio de Red Asistencial” (MINSAL, 1997). Según Esta propuesta incorpora diversos actores, siendo la base del documento y la propuesta de readecuación, cuatro elementos contingentes, proyectados a trabajos de mediano plazo (MINSAL, 1997):

1. **Políticas de Salud**
2. **Perfil Epidemiológico.**
3. **Situación geo-demográfica**
4. **Recursos potenciales del sector**

Es así como, en esta política nacional iniciada a fines de los años 90 y continuada desde inicios de los años 2000, y hasta la actualidad:

“... se pretende orientar la resolución de algunos de los problemas observados en el sistema de atención. Es así como la propuesta valoriza la atención abierta, la participación social, el trabajo intersectorial y la descentralización; desconcentrar la atención y aumentar la autonomía regional. Finalmente ordena niveles de complejidad y sistemas de referencia a través de una gama de soluciones alternativas. Los resultados del estudio sirven como marco general para la reforma de decisiones de inversión; su aplicabilidad concreta a las realidades locales es entendida en un contexto de flexibilidad”.

5.1.2. Características territoriales y socio-epidemiológicas del modelo de salud.

Principios y características generales de los modelos territoriales en los CESFAM.

Según las bases de las políticas actuales, el modelo posee ciertas características generales orientadas a descentralizar y poder privilegiar los niveles resolutivos mas cercanos a la comunidad y los usuarios en sus sectores donde estos viven, especialmente en los niveles de complejidad medio y bajo, y dejar los niveles hospitalarios solo para casos de mayor complejidad, evitando así, derivaciones innecesarias, y descomprimir la demanda asistencial en los niveles de mayor complejidad. Sin duda, esto choca con la realidad local comunal e intersectorial de cada sector, constituyendo unos de los principales escollos aun pendientes en la consolidación general del modelo.

No obstante, el privilegiar los niveles territoriales mas cercanos a la gente ha abierto aun mas la necesidad de incluir variables epidemiológicas, adecuadas según criterios socio demográficos, que permitan una mejor canalización de recursos según criterios locales, que se plasman en especialmente, en los “Programas locales de salud comunal” en los centros de APS comunal, vigentes y evaluables, por un plazo

de 4 años, y regido estrictamente según estudios epidemiológicos, que regulan la cobertura y atención según cada prioridad y requerimientos de salud para cada comuna.

En este marco, destacan, dado su énfasis en la gestión y organización territorial de la atención, el caso de los CESFAM, que revisaremos a continuación, en especial, respecto a las políticas de organización territorial-epidemiológica de la atención de los diversos programas y proyectos de Salud.

Siguiendo los principios y necesidad de plantear modelos locales de intervención, más adecuados a la realidad local, el MINSAL planteaba que, los nuevos modelos de Salud Familiar, se regía por lo siguientes principios:

“En la situación actual, la idea de un modelo centrado en la promoción es el eje fundamental, enfocando su atención a los factores condicionantes de la salud y en un marco que realza la atención de la familia como núcleo desde donde surgen, se transan, se manejan, mantienen o solucionan los diferentes problemas de salud de las personas y comunidades; donde los condicionantes de la salud son considerados y manejados explícitamente, asegurando un desarrollo sustentable en la autodeterminación de quienes son directa o indirectamente afectados” (MINSAL, 1998).

Y debían tener las siguientes características:

- **Enfoque centrado en la persona y no en la enfermedad.**
- **Considera al individuo y su familia como parte de una red social y asistencial.**
- **Favorece la cercanía entre el usuario y los proveedores con grados crecientes de participación.**
- **Sus principios están basados en la continuidad y la integralidad de la atención con equipos polivalentes e interdisciplinarios.**
- **Integra los enfoques biomédico y psicosocial, relevando la prevención y la promoción, sin perder el equilibrio con la atención de morbilidad.**
- **Pone énfasis en los resultados más que en los procesos.**
- **Se preocupa de disminuir las brechas de equidad y de utilizar las actividades más costo/efectivas. (MINSAL, 1999)**

Estos principios, además de la dinámica epidemiológica cambiante territorialmente, ha hecho, que las políticas de salud reconozcan e incluyan tales realidades. Como señalan Avila y Rojas (MINSAL, 2007) este enfoque:

“.. plantea un necesario e interesante punto de inflexión organizacional y de modelo de atención, que debe ser visto como una oportunidad de cambio en la medida que permite construir una visión compartida, “una nueva vocación”, que lejos de renegar de una larga tradición de aporte a la salud pública, especialmente en zonas remotas, los reafirma sobre la base de al menos cuatro premisas:

- *El cambio epidemiológico, es una oportunidad de relevar el rol del establecimiento en el territorio, tomar la oportunidad de mantener una vocación de servicio, centrado en el usuario, con una cartera de servicios más adecuada para la realidad de su población a cargo.*
- *La territorialidad: para estos establecimientos implica asumir el liderazgo en el desarrollo de la zona y constituirse en un verdadero puente en la implementación del Modelo de atención, hacia las comunidades más desprovistas.*
- *Los Recursos Humanos: la oportunidad de analizar y asumir la responsabilidad social de los funcionarios frente al cambio de la realidad a la que respondía el establecimiento.*
- *La Planificación: el cambio debe alcanzar hasta la cultura de la organización para hacerse sustentable, ello no ocurre de manera espontánea, este debe ser planificado con amplia participación, con sentido estratégico, acompañado y permanentemente evaluado (pp. 14-15).*

5.1.3. Organización territorial de la demanda en los CESFAM. La sectorización.

A nivel local, particularmente en los CESFAM (CENTROS DE SALUD FAMILIAR) la principal estrategia desarrollada para abarcar y organizar la demanda de este modo, es la distribución de equipos y programas de salud en función de criterios territoriales, en base a un proceso racional de toma de dediciones y administración, denominado **Sectorización**. El MINSAL, definió entonces, en términos generales, este proceso como:

“Sectorización: definición de estratificación de la población que logre equilibrar la perspectiva, de la comunidad en su libertad de elección y la perspectiva del equipo para la optimización del recurso humano y el aseguramiento de una mayor efectividad y eficiencia en las acciones”

Es importante considerar los criterios para sectorizar, quién está a cargo de los sectores, cuál es la función del encargado del sector, como se incorpora a la comunidad a esta discusión y a la práctica. Como integrar los programas de salud,

jefaturas, etc. al trabajo sectorizado. Cómo permitir una "unidad geográfica" que asume la "población a cargo" (Avila y Rojas, en MINSAL, 2007. (MINSAL, p. 12).

Así, como plantea Depaux et al (2008) la sectorización debe inicialmente organizar los equipos de salud como una unidad de trabajo territorial. Esto porque:

Tener una pequeña población a cargo, por equipo, es una de las estrategias que facilita el enfoque biopsicosocial y la continuidad de los cuidados, al permitir la identificación entre usuario y equipo. Esto obedece a la necesidad de limitar el número de usuarios, frente a un amplio y complejo campo de actuación, con el objeto de permitir una mayor proximidad y conocimiento del individuo, su familia, su comunidad y su entorno, facilitando así una correlación equilibrada entre demanda y capacidad de respuesta, mejor uso de los recursos y el desarrollo de acciones preventivas y promocionales (p. 123)".

Además debe buscarse activamente la legitimación e incorporación de la comunidad y sus diversos actores sociales. Como señala Depaux et al (ibídem): *"En el proceso se incorporará la participación de la comunidad a través de los Consejos de desarrollo y trabajo con organizaciones sociales y comunitarias u otros que se dispongan, especialmente en la definición de las áreas territoriales con equipos de salud a cargo" (p. 120).*

Se destaca así, el carácter flexible de la organización para adecuarse a la realidad local, de una manera estratégica y planificada. Según la misma autora:

Los criterios utilizados para efectuar la sectorización pueden ser uno o más de los siguientes:

- **Administrativos: unidades vecinales**
- **Epidemiológicos: socioeconómicos (delincuencia, adicciones, pobreza, mujeres jefas de hogar, etc.) demográficos (zonas de alta densidad, índice de vejez), etc.**
- **Geográficos y de accesibilidad: separaciones naturales como cauces de agua o cerros.**
- **Culturales: preferencias, identidad, aspectos históricos u otros.**

Finalmente, de este proceso de organización y enfoque, la sectorización será el proceso mediante el cual:

- Se establecen los criterios para subdividir a la población en conglomerados más pequeños. Esto implica tomar decisiones respecto a cuáles serán los elementos que definirán los sectores, unido a un análisis de los recursos disponibles.
- Se determinan los límites geográficos de los sectores y/o se delimitan grupos poblacionales específicos
- Se conforman los equipos de cabecera para cada sector, con tareas y funciones definidas.
- Se redistribuyen los espacios físicos (infraestructura y orgánica) al interior del establecimiento, señalética, archivos de fichas, tarjeteros, etc.
- Cada equipo reconoce las características epidemiológicas, geográficas, socio demográficas, de vivienda, etc. y se identifican los recursos comunitarios u otros disponibles en el área del sector.
- Se definen los equipos de apoyo transversal, con clara definición de interacción con los equipos de cabecera” (ibídem; p. 124)

Destacando en este proceso de sectorización, la importancia y arraigo de la unidad territorial:

¿Cuáles son los criterios para sectorizar?

Lo más utilizado es la sectorización geográfica administrativa considerando los factores de riesgo de tipo social y demográfico. Los principales elementos que definen los sectores son la contigüidad geográfica y las características de la población. En todo momento deben tenerse presente las distancias, los tiempos de desplazamiento, el sistema de transporte y los costos para el usuario. Al considerar los factores de riesgo se agrupa familias que comparten riesgos (de tipo social y/o demográfico) y por lo tanto podrían constituirse sectores de distinto tamaño poblacional o territorial. Ejemplos de esto pueden ser: un campamento, una toma, una población envejecida, etc.

Orientaciones prácticas al momento de sectorizar

a) Para empezar se debe contar con un buen plano comunal a una escala que permita visualizar los nombres de las calles. En la Dirección de Obras de los municipios existen planos catastrales en los cuales se registra la numeración que se le asigna a cada vivienda y por lo tanto están en una escala óptima para identificar la localización de las juntas de vecinos, las poblaciones, los recursos comunitarios, etc. Pueden ser el origen de los planos por sector. En estos planos o croquis se identifican las calles, instituciones, familias de riesgo, etc.

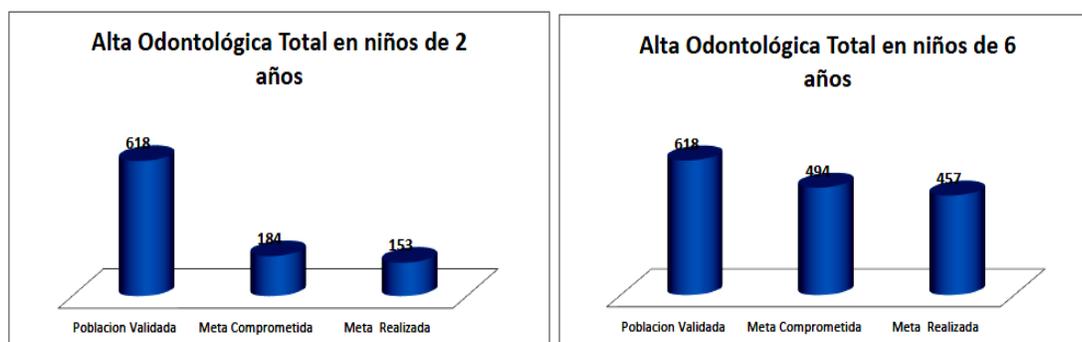
- b) Considerar el potencial de crecimiento urbano, demográfico y de viviendas (en extensión y/o densificación). En las comunas en las cuales se sabe existen zonas de expansión urbana, es bueno tener presente que a futuro estas pueden ser el origen de un nuevo establecimiento, y por lo tanto, considerarlos desde ya como un sector puede traer a futuro menor daño a los usuarios y al propio establecimiento.
- c) A menudo las villas o poblaciones han pasado por un largo proceso de desarrollo que tiene su historia, que genera un fuerte sentido de identidad y pertenencia y que es conveniente conocer y respetar.
- d) Un buen criterio es el de respetar las áreas de las organizaciones territoriales como las juntas de vecinos, existiendo excepciones en las cuales no se observa sentido de pertenencia.
- e) La presencia de equipamiento comunitario más o menos completo no debe estimarse como factor decisivo, aunque si recomendable.
- f) Si se desea información detallada sobre las características demográficas y de las viviendas se puede acudir al Instituto Nacional de Estadísticas, INE, quien dispone de información censal detallada por manzanas en el medio urbano, y por ciudad, aldea y villorio en el medio rural. Esta información no se publica oficialmente, se entrega por solicitud y debe ser cancelada.
- g) Informar sobre el significado de la sectorización a los dirigentes vecinales y a las bases comunitarias, tomando en cuenta sus opiniones y sugerencias facilitan el proceso e incentivan el compromiso y el acompañamiento de éste.
- h) Una forma de comenzar puede ser dividir la totalidad de la población por el número de usuarios que se estima sería conveniente por sector, luego revisar su correspondencia con las villas y poblaciones y/o los límites de las juntas de vecinos y sus factores de riesgo. A partir de esa primera aproximación es más fácil delimitar los sectores (ibídem, p. 124-125).

Por último, es importante señalar la planificación de la demanda, atendiendo a la relación entre a) **demanda esperada** y b) **demanda real** para cada patología o tipo de prestación, y la relación entre población **características y estratificación etérea de la población** en la comuna (según datos censales, ministeriales y/o comunales; pe. índices de variación inter-censal del INE, encuesta CASEN, Inscritos sistema FONASA-ISAPRES en sistema de salud comunal, densidad poblacional, etc.), versus población inscrita en FONASA y Centro de Salud, diferenciada para cada sector dentro del territorio, además de los perfiles locales diagnosticados por programa de atención para cada grupo según su territorio. Esto, permite regular la demanda asistencial.

Estos datos, se integran en formulas y algoritmos pre-definidos, que permiten estimar la población a atender durante un período de tiempo, y planificar territorialmente, la atención de la demanda, dentro de

un plazo máximo de 4 años, definido dentro de las Políticas comunales de Salud (pe. si se estima la realización de 1.500 exámenes preventivos de mamografías para un sector X, es posible distribuir dicha demanda en un plazo de hasta 4 años).

Así, si se espera una demanda X de atenciones y acciones programadas para un año (pe. se espera atender a 4 mil niño en control niño sano), organizando metas de atenciones y acciones de acuerdo a los criterios esperados de prevalencia epidemiológica de un lugar o localidad (tanto niños en tales tramos de edad inscritos dentro del sistema FONASA validados comunalmente) es posible distribuir o incluso concentrar dentro de meses o incluso años sus atenciones esperadas, facilitando la flexibilidad de las acciones, dentro de un marco de tiempo, destinando racionalmente los recursos para cumplir con aquella meta (ver MINSAL, 1997).



Cuadros 2 y 3. Relación entre demanda esperada para una población validada en sistema FONASA, y las metas comprometidas, versus metas realizadas típicas de un CESFAM (en este caso: CESFAM Dra. Ana María Juricic de la comuna de Maipú. (Fuente: MINSAL, 2013).

5.2. Observaciones de los criterios de planificación territorial del SENAME, para los casos de diagnostico ambulatorio de agresión sexual

Como se ha señalado, pese a tener un sistema de licitaciones e instalación territorial de los programas, SENAME, no cuenta con criterios definidos que permitan programar las atenciones según criterios de demanda esperada. En buena medida, porque no existe un trabajo de sistematización que permita construir tales indicadores.

Este tipo de necesidad requiere entonces el uso no solo de un enfoque territorial genérico, para la asignación de las licitaciones de programas CTA dentro de una región o sector, sino, específicamente una comprensión y posterior planificación territorial, en base a indicadores epidemiológicos y socio demográficos de la atención de dichos casos. De allí, la importancia, desde el punto de vista de las

políticas sociales del SENAME, de poder avanzar en la caracterización demográfica territorial de los casos de agresión sexual, de la población que atiende.

5.3. Modelos territoriales en el ámbito de la seguridad social, y ciudadana y prevención del delito.

5.3.1. Estudios de georeferenciación del delito.

En el marco de los llamados PLAN CUADRANTE, dirigido por Carabineros de Chile, en el último decenio se han venido desarrollando estudios sobre el comportamiento territorial del delito. Como señalan Benavente, Núñez y Ponce (2006):

“Diversas instituciones en nuestro país han venido desarrollando y mejorando sistemas de información sobre criminalidad y Carabineros de Chile no es una excepción. Desde 1998 se ha implementado un sistema que permite tener información en tiempo real acerca de las denuncias y aprehensiones que van ocurriendo en distintos puntos del país. Dicha información se almacena en una base de datos denominada Aupol (Automatización de Unidades Policiales) contando con registros desde el año 2001.

Frente a las nuevas y crecientes demandas de seguridad ciudadana, Carabineros de Chile implementa el denominado Plan de Vigilancia por Cuadrantes, el cual consiste en un sistema de vigilancia por sectores donde se zonifica el área de vigilancia y es entregada a la responsabilidad de una unidad de Carabineros - Comisaría. Su objetivo principal es lograr una mayor eficacia y eficiencia en el accionar policial, acentuando una relación más directa y efectiva entre el Carabinero y los habitantes de cada “Cuadrante”, de manera que aquél y éstos se conozcan y trabajen coordinadamente” (p. 96).

Es en este punto, donde el desarrollo e implementación de estudios territoriales, que permitan un monitoreo activo del comportamiento y dinámica del delito se ha vuelto una herramienta de primera importancia. Como señala Benavente, Núñez y Ponce (2006) respecto a los enfoques y estudios territoriales, en especial los modelos de geo-referenciación del delito son altamente necesarios y relevantes:

“En este contexto la necesidad de una herramienta para tener mayor conocimiento acerca de los delitos registrados en el sector territorial de cada cuadrante y de los problemas asociados a la generación y facilitamiento de éstos, es un tema que cada día

se ha vuelto más indispensable en el quehacer diario. Lo anterior, permite mejorar la distribución de los recursos policiales, incrementar la eficacia en la gestión y la instauración de un registro histórico que dé cuenta de lo que sucede y posiblemente sucederá, en lo que a delitos se refiere, en un tiempo y lugar determinado.

La Geocodificación permite crear mapas de localización de diferentes eventos a partir de sus direcciones. A partir de esta información, se pueden buscar y encontrar elementos geográficos, también se pueden realizar análisis de puntos en polígonos: búsqueda de todos los delitos en un cuadrante en particular. Esta información básica puede ser luego tratada mediante algoritmos computacionales con el objetivo de encontrar tendencias o bien determinar zonas de alta concentración de delitos, denominadas Hot Spots (p. 96).

En dicho estudio, los mismos autores (Benavente, Núñez y Ponce, 2006) plantean, como conclusión del modelo implementado y monitoreado para el periodo 2001 - 2004, logran un seguimiento y monitoreo de distinto tipo de denuncia de los siguientes tipos de delitos:

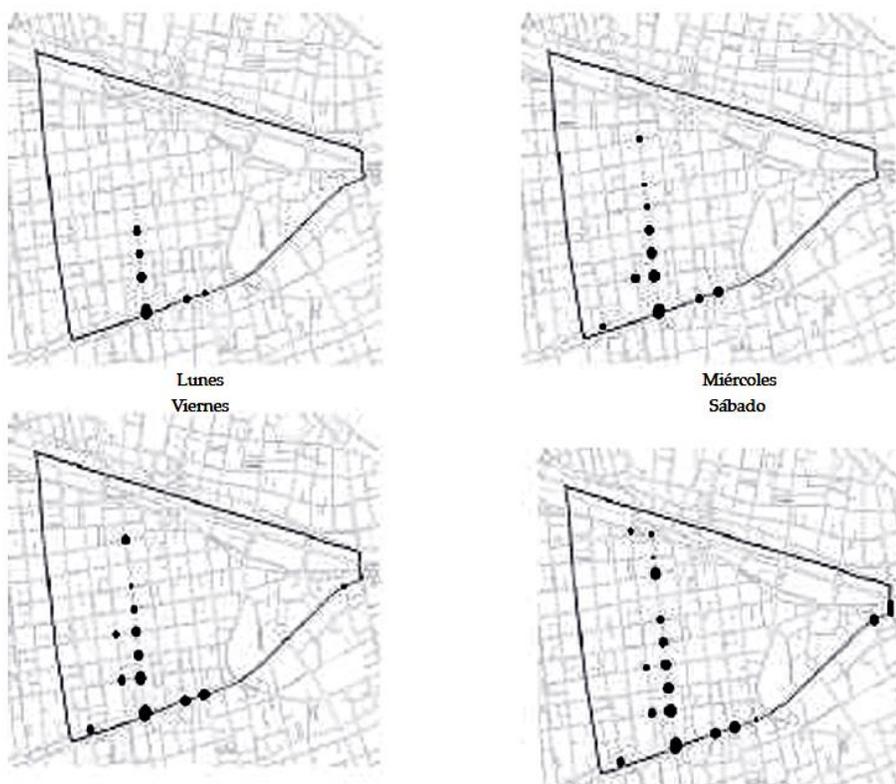
“El objetivo principal de este trabajo es mostrar las potencialidades de este tipo de herramientas para lo cual se utiliza información sobre denuncias provenientes desde el Sistema de Automatización Policial (Aupol) de Carabineros de Chile, correspondiente al periodo 2001-2004. Cabe señalar que Carabineros de Chile clasifica las denuncias en distintas categorías, entre ellas están los delitos de mayor connotación social donde se encuentran robos con fuerza, robo con violencia, hurtos, violencia intrafamiliar, drogas, homicidios, lesiones y violación.

El estudio se centrará en esta categoría por presentar la mayor concentración de la muestra con respecto al total. Además tomará como foco de atención las denuncias registradas en vía pública, considerando la labor preventiva que puede asumir Carabineros en los espacios públicos. Bajo las consideraciones anteriores, queda fuera de la muestra las denuncias por delitos ocurridos en espacios privados.

Se someten a este estudio un grupo de comisarías entre ellas la 1era comisaría de Santiago, la 19na de Providencia, la 20ma de Puente Alto y la 6ta de Recoleta. Las tres primeras son las que presentan una mayor cantidad de denuncias versus la 6ta que presenta la menor cantidad” (p. 95 - 96).

Así, mediante un seguimiento horario y territorial de diversos tipos de delitos, lograron referenciar territorialmente, lugares de mayor ocurrencia de los tipos de delito estudiados, así como su

desplazamiento y evolución, según criterios de temporalidad horaria y semanal. Por ejemplo, en el caso de los delitos de robo con violencia, dependientes de la Comisaría de Santiago Centro, se observan claramente tendencias y concentraciones dinámicas asociadas a lugares en relación a días de la semana (ver cuadro 4).



Cuadro 4. Geo referenciación territorial del delito, mediante técnica de Hotspot.

Por último, el estudio Benavente, Núñez y Ponce (2006), concluye que:

“En este trabajo se ha presentado en forma somera y preliminar el gran potencial que tiene la información de denuncias de delitos en forma georeferenciada. En particular, la posibilidad de contar con una oportuna disponibilidad de la información y la facilidad con que se puede consultar y desplegar un dato histórico o de tiempo real. Es una herramienta que ayuda en la toma de decisiones, en la planificación y gestión de las distintas organizaciones.

Más allá de los resultados particulares presentados para un grupo de comisarías, en Carabineros de Chile, la geo-referenciación de los delitos se ha transformado en una herramienta de suma importancia tanto para la asignación de los recursos policiales, como para estudios y análisis del comportamiento delictual. En la base de datos Aupol

se almacenan las denuncias para luego ubicarlas espacialmente. Lo anterior, permite tener un estado situacional del delito en tiempo real dentro de cada comuna, prefectura, comisaría u otra unidad espacial. También es posible crear una memoria institucional que facilita a los nuevos comisarios o prefectos interiorizarse rápidamente con la dinámica delictiva histórica dentro de su nueva jurisdicción. Por último, una vez procesado los datos y localizados en las respectivas unidades espaciales, mediante un sencillo análisis visual, es posible establecer tendencias, patrones y conductas de la actividad delictiva en una zona geográfica delimitada.. Los resultados aquí presentados para cuatro comisarías, sugieren que las altas concentraciones de crímenes son estables a lo largo del tiempo, y que los lugares que presentan mayores problemas delictuales son en general lugares cívicos, sitios eriazos, lugares de entretenimiento o de alta afluencia de público” (p. 109).

Similares estudios han sido realizados, con la misma técnica de geo-referenciación territorial del delito, denominada “Dinamic Hotspot”, por autores como L’Huillier, Gastón; Manasevich, Raúl y Weber, Richard (2010) como de otros tipos de estudios basados en la realización de mapas territoriales tales como vinculadas a variables tales como lugares de residencia del delincuente versus lugar de comisión (Oteiza, Emiliano; 2010), referenciación territorial de lugares de robo de autos, versus lugares de recuperación de mis mismos (Martínez, Alejandra; 2011), encuestas sobre percepción del delito y victimización territorial comunal (Rau, Macarena y Hein, Andreas 2004; Ortega, Tamara; Lopez, Maria y Arredondo, Felix; 2008), diagnósticos territoriales específicos sobre disminución de temor en sectores de la región Metropolitana (Olave y Mosciatti, 2009) por solo destacar algunas de las aplicaciones territoriales asociadas al estudio y monitoreo del delito.

5.3.2. - Mapas territoriales-barriales preventivos

Otra aplicación importante en los estudios y bibliografía revisada, dice relación con los mapas territoriales a nivel barrial, especialmente asociados a la detección preventiva de eventos que puedan predisponer a la inseguridad ciudadana, como a la comisión de delitos, como especialmente, al uso del entorno físico, ocupación, deterioro e imagen ciudadana del espacio público barrial, lo anterior basado en el diagnóstico participativo como de expertos, orientado a la recuperación ciudadana de sectores o barrios.

Basados en el programa canadiense de análisis territorial barrial, denominado CPTED (Prevención del crimen mediante diseño urbano), Stephens, Robert y Rau, Macarena (2000) realizaron una aplicación

diagnostica en Chile, especialmente en diversos sectores de la comuna de Puente Alto. Respecto al modelo aplicado en dicho estudio, los autores plantean que:

“El diseño y uso apropiado y eficaz del medio ambiente puede ayudar a reducir la incidencia y miedo al crimen incorporando además una mejora en la calidad de vida de las personas” (C. Ray Jeffery). Esta técnica se basa en un principio muy simple que establece que el mejor vigilante del espacio es uno mismo.

El principio llamado Vigilancia Natural , es una estrategia de diseño que busca incrementar la visibilidad sobre una propiedad o un espacio público. Para ello la apropiada ubicación y diseño de ventanas, iluminación y paisaje aumenta la habilidad de aquellos que se preocupan de observar a las personas que circulan en el espacio público, lo que provee la oportunidad de cambiar comportamientos inadecuados o reportarlos a la policía. En este sector en especial se observa que la mayor vulnerabilidad espacial ante el delito se encuentra en la gran cantidad de sitios eriazos que no atraen a ningún ocupante del espacio público y que por ende no ofrecen vigilantes naturales” (p. 11).

El diagnostico finalmente encontró y trabajo las siguientes variables sobre las que busca intervenir diferencialmente, según la realidad de cada villa, población o unidad territorial habitacional, dentro de un comuna:

1. DIAGNOSTICO TECNICO TERRITORIAL

a. Control Natural de Espacio Público y de Accesos.

- i. Ocupación de Espacio Público.**
- ii. Límites Visuales.**
- iii. Iluminación.**
- iv. Rutas de Recorrido.**

b. Reforzamiento Territorial.

- i. Imagen de Espacio Público.**

2. DIAGNOSTICO PARTICIPACION CIUDADANA

- a. Elementos a preservar**
- b. Elementos a eliminar**

Similares estudios no solo han sido replicados por Rau, Macarena (2000) en otros sectores de comunas de ciudades de Santiago, Valparaíso y Concepción, logrando una caracterización territorial de las variables en estudio, propuestas por el modelo, sino también se han desarrollado aplicaciones a ámbitos

institucionales específicos tales como el contexto escolar en la comuna (Tijmes, Cecilia y Varela, Jorge, 2009), siempre teniendo como eje, una intervención preventiva. Aun así, no aparecen estudios específicos asociados al tema de agresiones sexuales, en cualquiera de sus formas.

5.4. Aplicabilidad de estudios de diagnóstico territorial en el ámbito de prevención y monitoreo del delito de agresión sexual

Como es posible apreciar, de la revisión de diversas investigaciones territoriales, destaca, tanto la factibilidad de estudios que consideren la distribución territorial de diversas variables asociadas al fenómeno del delito. No obstante, destaca la escasa producción en ámbitos específicos asociados al tema de la agresión sexual. En este sentido, pareciera que una de los factores de tal ausencia de investigaciones, dice relación con el carácter intersectorial de la información, faltando el cruce oportuno de variables entre diversas agencias, tales como Ministerio de Salud, Universidades y academias, Ministerio del Interior, Carabineros y Policía de Investigaciones y especialmente, SENAME. Como concluyera al respecto, un propio informe de SENAME hacia el año 2005, aun no existen un estudio ni un enfoque epidemiológico y territorial validado dentro del diseño de las políticas de dicha agencia:

“... la tarea de cuantificar la dimensión de la violencia sexual en Chile se ve dificultada por la inexistencia de estudios de prevalencia e incidencia. a pesar de ello, algunas investigaciones parciales muestran la gravedad que esta problemática tiene a nivel nacional. A modo de ejemplo, en la red del SENAME, a mayo del año 2001, de un total de 57.957 niños y niñas bajo su protección, 26.409 (45,6%) habían sido víctimas de maltrato y abuso sexual (ver SENAME, octubre de 2004)”.

Más aun, destaca la escasa intersectorialidad y trabajo interdisciplinario para llenar esta brecha.

Lo anterior justifica y enfatiza la relevancia y necesidad de estudios en este campo, y la importancia de instituciones como los propios Centros de Diagnóstico Ambulatorio de la red SENAME, tomar un rol activo en la sistematización de sus propios datos e informaron territorial.

CAPITULO VI: APLICACION EXPLORATORIA

6.1. Tipo de investigación

Según los criterios planteados, el siguiente estudio puede plantearse dentro del ámbito de la epidemiología descriptiva, según los siguientes criterios:

- Según la **temporalidad**:
 - **Estudio retrospectivo**: es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado.
- Según el **tipo de resultado** que se obtenga en el estudio:
 - **Estudio descriptivo**. Centrado básicamente en un estudio de “incidencia acumulada”.
- Según la **unidad de estudio**:
 - Estudios en los que los individuos son las unidades del estudio: **Estudio de casos**.

6.2. Caracterización de la muestra

Se basa en la descripción y correlación de variables clínico-psicosociales y demográficas de niños víctimas de abuso entre 3 y 16 años, derivados desde fiscalía para ser evaluados y diagnosticados provenientes del área sur-occidente en Santiago, en el contexto de la atención clínica del programa cta de la corporación Hellen Keller en el período 2005 a 2008).

El grupo es de cerca de 45 casos provenientes de la fiscalía de San Bernardo. Esto considera sólo los casos ingresados desde fiscalía durante el período junio 2005 a diciembre 2006, que hayan sido denunciados hasta diciembre de 2006. En consecuencia, también han de considerarse los casos evaluados durante enero y febrero de 2006, pero que formalmente iniciaron sus causas legales durante el año anterior, en el período indicado.

Por su parte, se excluyen para la presente investigación los casos provenientes de los juzgados de letras (denunciados antes del inicio de la reforma procesal penal en Santiago) y causas, así como los casos provenientes de otras fiscalías que atiende el centro, como diversas OPDs., y en particular la fiscalía de delitos sexuales y violentos del área sur de Santiago, y que abarca comunas como el Bosque, la Cisterna, San Ramón, etc. esto debido a criterios de representatividad muestral respecto del territorio abarcado por el centro, pues la comuna de San Bernardo envía casi exclusivamente sus casos al CTA-Hellen Keller, lo cual hace sumamente representativa de la comuna, la muestra allí tomada.

Otros criterios para la presente investigación, será el considerar para la selección de la muestra los criterios de credibilidad y validez del relato, donde solo se consideraran los casos evaluados como creíbles y validos, según los criterios de análisis del SVA y CBCA.

También se excluirán los casos de evaluación de niños, eventualmente abusadores también derivados.

Por último, la presente investigación, consta de los siguientes pasos para la recolección y generación de datos:

- Revisión de fichas periciales. Cada ficha a revisar, contiene el siguiente tipo de información:

- Antecedentes enviados desde la fiscalía respectiva que acompañan la derivación del caso. generalmente se adjuntan los siguientes documentos (relación de los hechos, parte denuncia, declaraciones de las víctimas y de eventuales testigos e imputados).
- también incluyen, en caso de existir, otros informes periciales (del servicio médico legal u otro servicio de salud, psicológicos, sociales, educacionales, informes de causas anteriores, de imputados).
- eventualmente pueden haber informes entregados por la propia familia del imputado (otras causas, generalmente del tipo proteccional llevados en otras instituciones legales).
- Genograma,
- Pauta de ingreso y pauta de tipificación clínico-pericial del caso,
- notas de profesionales (atención de psicólogo, asistente social, visitas a terreno, **evaluación clínicas** y resultado de tests, transcripción de entrevistas, **antecedentes personales y familiares**,
- planilla SENAME.
- Informe final de la evaluación pericial realizada por el profesional.

La información clínica se resume en la **pauta de tipificación clínico-pericial** usada en el centro, según los criterios clínicos revisados y generalmente aceptados dentro de la evaluación psicológico-pericial.

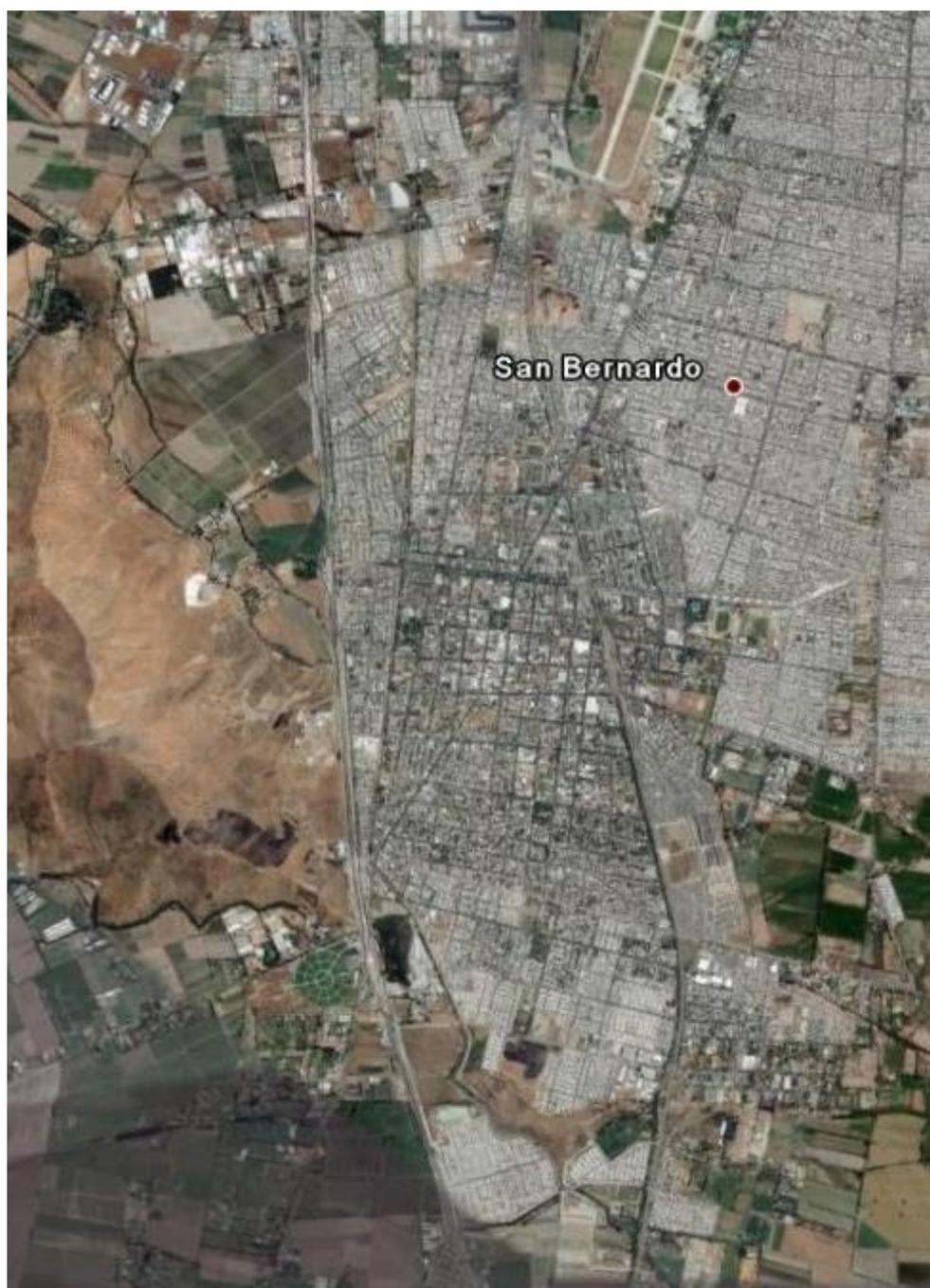
Estos datos serán transformados a valores escalares en una planilla Excel, procediendo a realizar una descripción estadística de cada uno de los ítems y categorías.

6.3. Definición del territorio

Para efectos de la presente investigación, se considerara los diversos sectores diferenciados por territorialmente en base a los límites de cada junta de vecinos, entregados por S.E.C.P.L.A. de la comuna de San Bernardo, diferenciado por las unidades territoriales (Juntas de vecino) (ver imagen 18 y 19). Dada estos criterios usados para la diferenciación territorial, debe considerarse que parte significativa de

las unidades territoriales adyacentes, no necesariamente siguen una numeración correlativa. Esto es de importancia al considerar y discutir hasta que punto casos que puedan ocurrir en zonas adyacentes, comparten o no rasgos etareos comparables, en función de eventuales cruces de variables no periciales. Se discutirá dicha posibilidad como situación necesaria de definir en futuras investigaciones.

Imagen 18. Vista Satelital Área Sur de Santiago. Comuna de San Bernardo. Fuente: Google Earth. 2008.



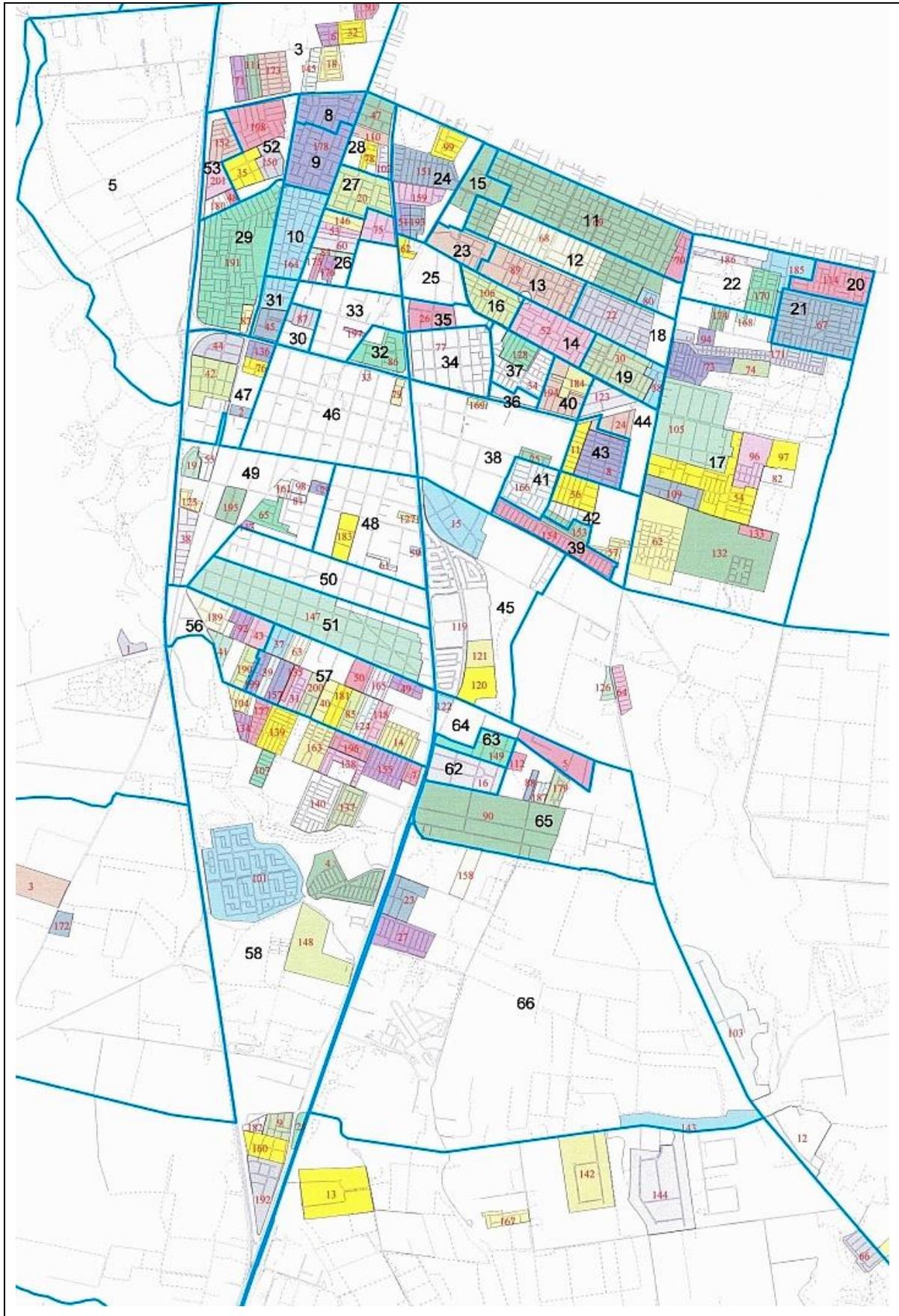


Imagen 20: Mapa territorial, detalle ampliado sector centro comuna de San Bernardo
FUENTE: SECPLA-SAN BERNARDO, 2008

6.3.1 Levantamiento De Mapas Temáticos

Por su parte, desde el punto de vista de la construcción de mapas propuestas para el presente estudio, se ha de considerar la realización de **mapas temáticos** del tipo de:

- **Intervalos iguales, y**
- **De densidad de puntos**

6.4. Tipo de investigación

La presente investigación es del tipo exploratorio, descriptivo y transeccional, según los criterios generales aceptados en investigación social (ver Hernández y Hernández, 2000).

6.4.1 Variables clínico-forenses (variables dependientes)

- tipo de agresión sexual
- tipo de reacción y apoyo familiar ante develación.
- estilo de parentalidad y apego.
- presencia y/o ausencia redes familiares
- existencia de vif (física y/o psicológica –se incluye síndrome de acomodación).

6.4.2 Variables socio demográficas y penales de la muestra (variables independientes)

- edad.
- sexo.

Por su parte, el análisis estadístico contemplara las siguientes pruebas y estadígrafos.

- Descripción estadística general para cada grupo de variables y categorías
- Cruce de tablas entre variables descritas.

6.5. Programa de investigación

La presente investigación se basa en la revisión y acopio de fichas en una planilla Excel para que puedan ser descritas estadísticamente.

Para esta primera parte de la investigación se propone un plazo de dos a tres meses (de junio a agosto de 2006) para revisar y traspasar a planilla Excel las variables propuestas de los 45 casos de la muestra, generadas a partir de la revisión de las fichas del ctd-a Hellen Keller para el período junio 2005 a diciembre de 2006. Se debe comentar que actualmente se encuentra en proceso de traspaso a planilla Excel, un total de 8 casos.

Posteriormente, se iniciara la fase de análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos. En particular, se buscara la generación de tipificaciones según criterios socios demográficos, que agrupe mejor las correlaciones indicadas como más fuertes y significativas.

Esta segunda fase de la investigación abarcara un período de dos meses (septiembre a octubre de 2006), donde se evalúen las correlaciones obtenidas.

Debe considerarse además, que de forma paralela, se avanzara en la elaboración y redacción de la presente investigación.

CAPITULO VII: RESULTADOS

7.1. Estadística descriptiva

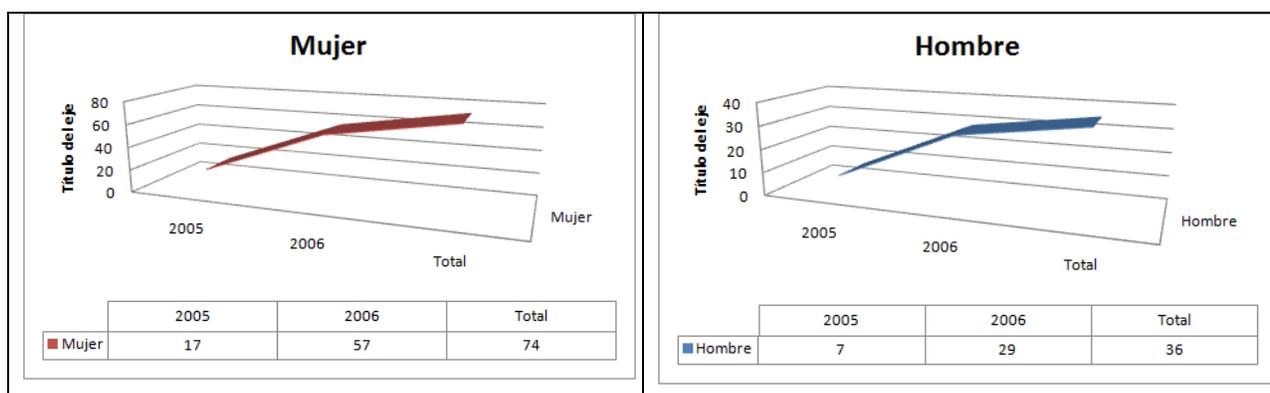
Descripción de la Muestra durante el Período 2005-2006.

Desde un punto de vista general, la comuna de San Bernardo, durante el período 2005 (desde el 16 de junio al 31 de diciembre) hasta 2006 (enero a diciembre) registra 110 casos derivados e ingresados al CTA Hellen Keller en diversos tipos de agresión sexual (ver tabla 11 y Cuadros 4 y 5).

			SEXOVICT		Total
			1: hombre	2: mujer	
AÑOINGRE	2005	Count	7	29	36
		% within AÑOINGRE	19,4%	80,6%	100,0%
		% within SEXOVICT	29,2%	33,7%	32,7%
		% of Total	6,4%	26,4%	32,7%
	2006	Count	17	57	74
		% within AÑOINGRE	23,0%	77,0%	100,0%
		% within SEXOVICT	70,8%	66,3%	67,3%
		% of Total	15,5%	51,8%	67,3%
Total		Count	24	86	110
		% within AÑOINGRE	21,8%	78,2%	100,0%
		% within SEXOVICT	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	21,8%	78,2%	100,0%

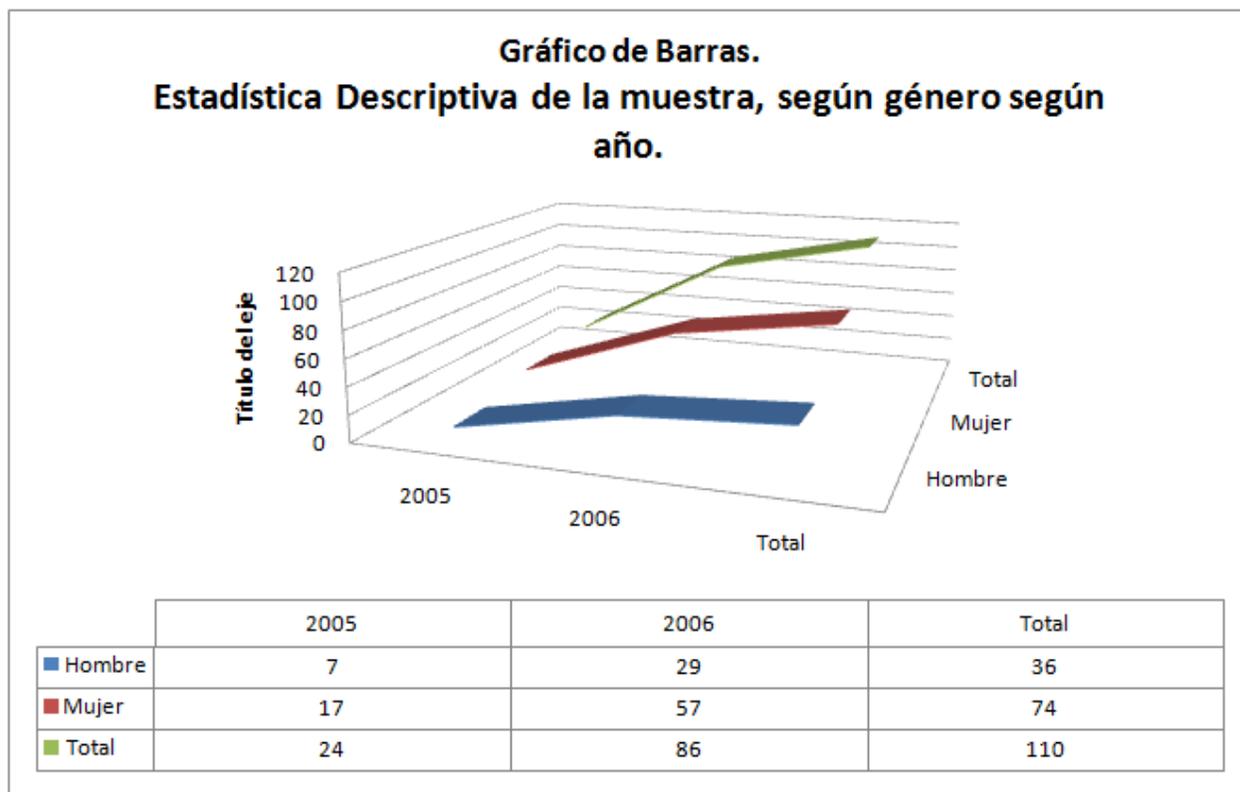
Tabla 11: Cruce descriptivo de la muestra por año y sexo de los niños víctimas de abuso.

Fuente: Elaboración propia



Gráficos 1 y 2: Gráfico de barra. Distribución de la muestra por sexo. Fuente: Elaboración propia

Gráfico de Barras 3. Estadística descriptiva General de la muestra, según año y género de la muestra



Fuente: Elaboración propia

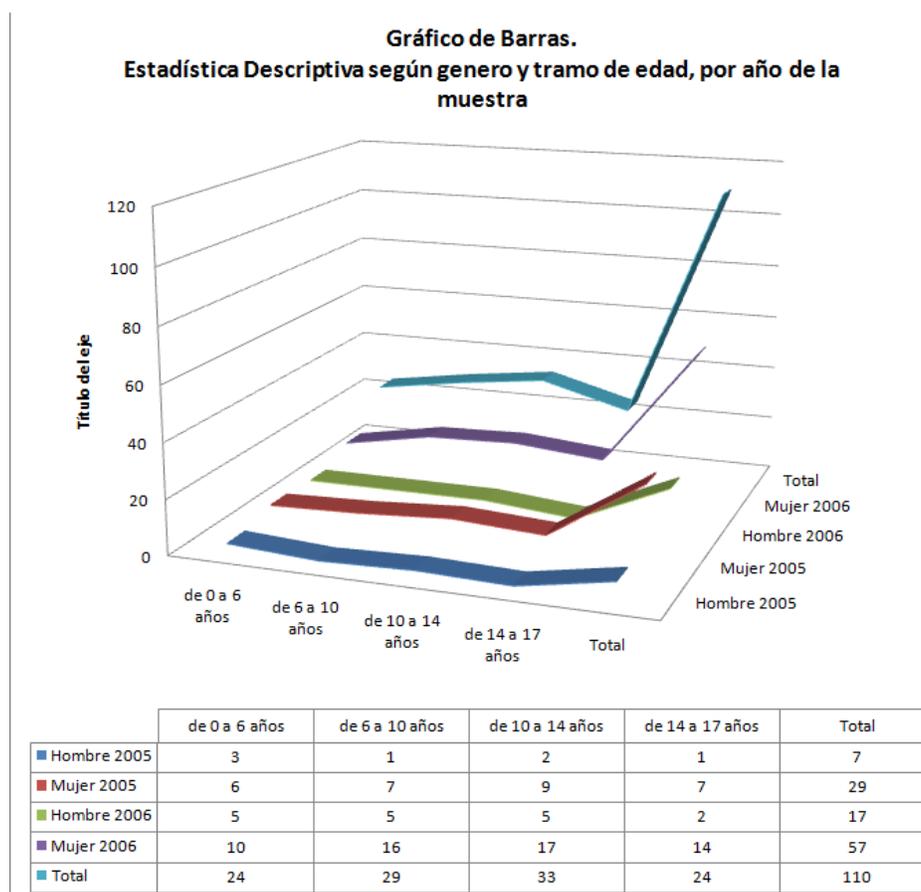
Por otro lado, al considerar los tramos de edad de la muestra respecto de la variable género, incluidos los casos de niños testigos de agresión sexual, existe una amplia tendencia hacia el sexo femenino, siendo ésta brecha mayor, en la medida que la edad aumenta (ver tabla 12 y gráfico 3):

Tabla 12: cruce entre tramo de edad de la muestra para cada año, por sexo de los niños víctimas de agresión sexual.

AÑO INGRESO	SEXO	1:	Count	TRAMOEDA				Total	
				TRAMO 1 (0 a 5 años, 11 meses)	TRAMO 2 (6 a 9 años 11 meses)	TRAMO 3 (10 a 13 años, 11 meses)	TRAMO 4 (14 a 16 años, 11 meses)		
Año 2005	VICTIMA	1: Hombre	Count	3	1	2	1	7	
			% within SEXOVICT	42,9%	14,3%	28,6%	14,3%	100,0%	
			% within TRAMOEDA	33,3%	12,5%	18,2%	12,5%	19,4%	
		% of Total	8,3%	2,8%	5,6%	2,8%	19,4%		
		2: Mujer	Count	6	7	9	7	29	
			% within SEXOVICT	20,7%	24,1%	31,0%	24,1%	100,0%	
	% within TRAMOEDA		66,7%	87,5%	81,8%	87,5%	80,6%		
	Total	Count	9	8	11	8	36		
		% within SEXOVICT	25,0%	22,2%	30,6%	22,2%	100,0%		
		% within TRAMOEDA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	AÑO 2006	SEXO VICTIMA	1: Hombre	Count	5	5	5	2	17
				% within SEXOVICT	29,4%	29,4%	29,4%	11,8%	100,0%
% within TRAMOEDA				33,3%	23,8%	22,7%	12,5%	23,0%	
% of Total			6,8%	6,8%	6,8%	2,7%	23,0%		
2: Mujer			Count	10	16	17	14	57	
			% within SEXOVICT	17,5%	28,1%	29,8%	24,6%	100,0%	
		% within TRAMOEDA	66,7%	76,2%	77,3%	87,5%	77,0%		
Total		Count	15	21	22	16	74		
		% within SEXOVICT	20,3%	28,4%	29,7%	21,6%	100,0%		
		% within TRAMOEDA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
% of Total		20,3%	28,4%	29,7%	21,6%	100,0%			

Gráfico de barras 4. Estadística descriptiva según género y tramo de edad, por año de la muestra.

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

7.2.- Descripción y Distribución Territorial de la Muestra según diversos criterios

Desde el punto de vista general, la conformación de la muestra considero casos provenientes de 26 zonas de las 66 Juntas de Vecinos posibles, en que la comuna está distribuida administrativamente. Es decir, hubo 40 zonas territorial-administrativas que no aportaron casos a la muestra durante el período observado. De las 26 zonas territoriales, solo 5 presentan 5 casos o más (ver tabla 11).

Por su parte, el detalle territorial de la distribución del total de casos de la comuna para el período 2005 - 2006, puede observarse a continuación en el siguiente mapa (imagen 20, tabla 11 asociada).

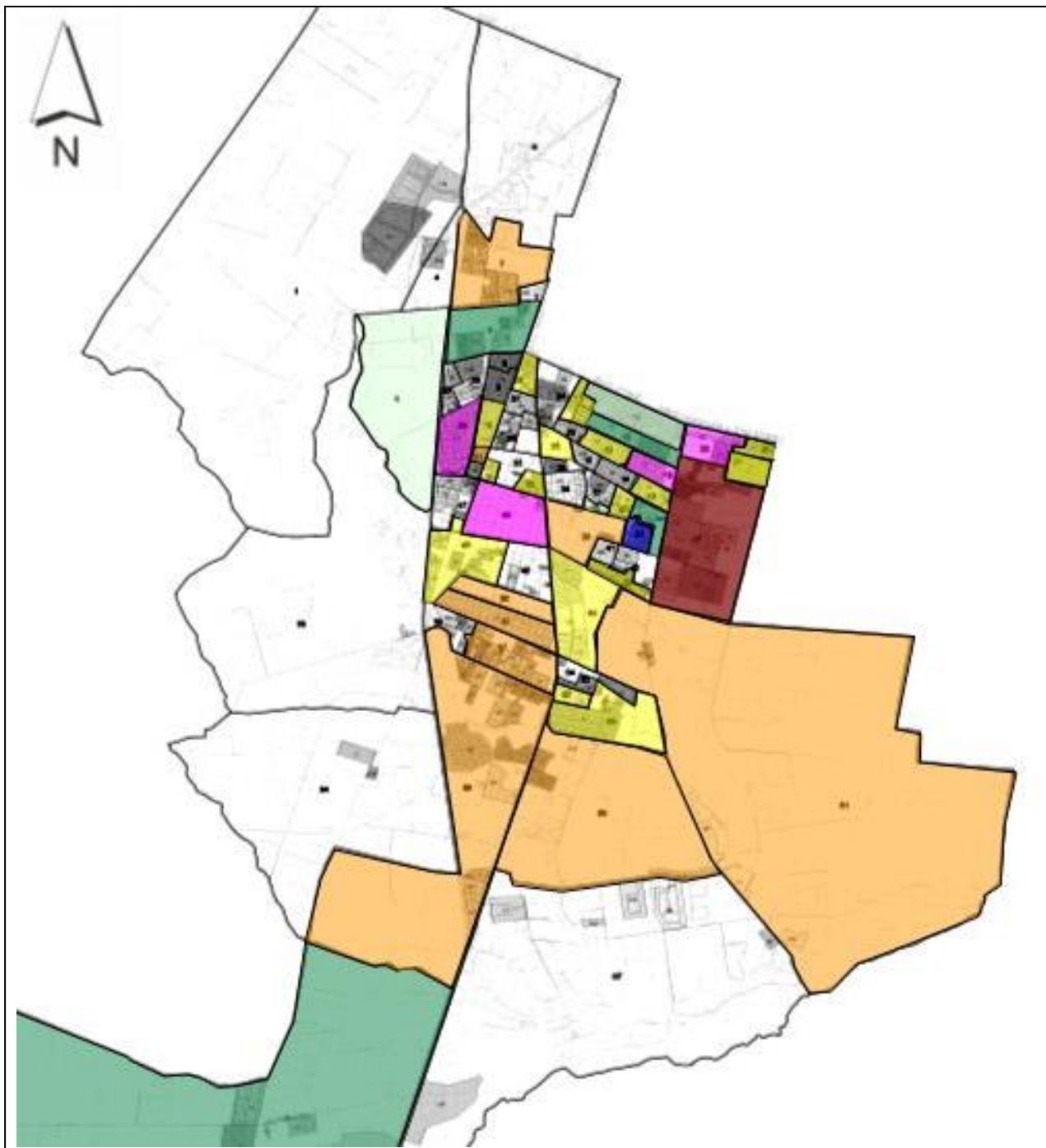


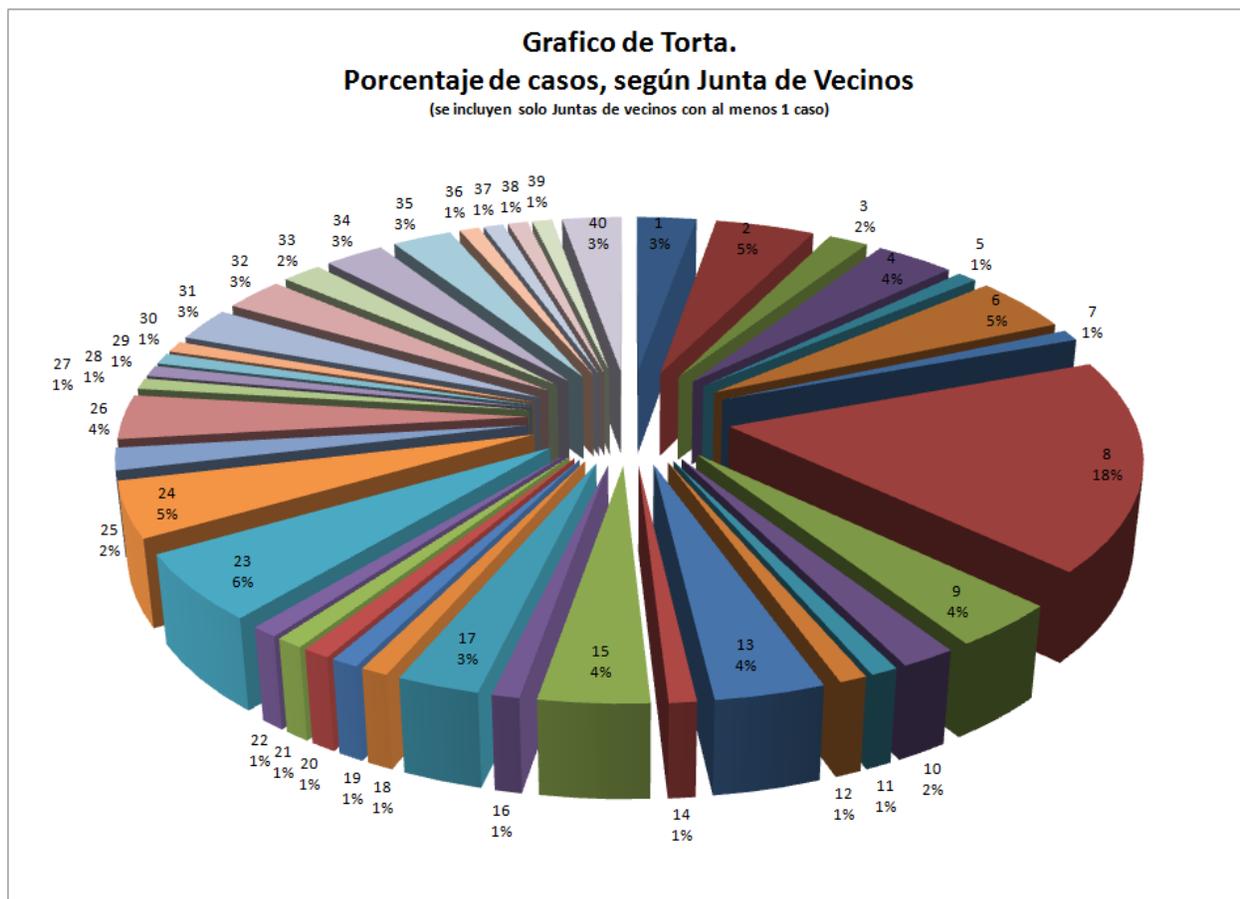
Imagen 21: Mapa temático del tipo de intervalos iguales donde se identifican los diversos sectores (juntas de vecinos) por sector para el total de agresiones sexuales período 2005–2006. FUENTE: SECPLA SAN BERNARDO, 2008

 : 1 caso	 : 2 casos	 : 3 casos	 : 4 casos	 : 5 casos	 : 6 casos	 : 19 casos
--	---	---	---	---	---	--

SECTO	AÑO INGRE		Total
	5	6	
2		3	3
3	3	2	5
5		2	2
10		4	4
11	1		1
12	1	4	5
13	1		1
17	5	14	19
18	2	2	4
19	1	1	2
20		1	1
21		1	1
22	1	3	4
28		1	1
29		4	4
30		1	1
31		3	3
33		1	1
36	1		1
37		1	1
38		1	1
39	1		1
43	4	2	6
44		5	5
45	1	1	2
46	2	2	4
47		1	1
49		1	1
50	1		1
51		1	1
57	1	2	3
58	3		3
59	2		2
60	1	2	3
61		3	3
62	1		1
63	1		1
64	1		1
65		1	1
66	1	2	3
Total	36	72	108

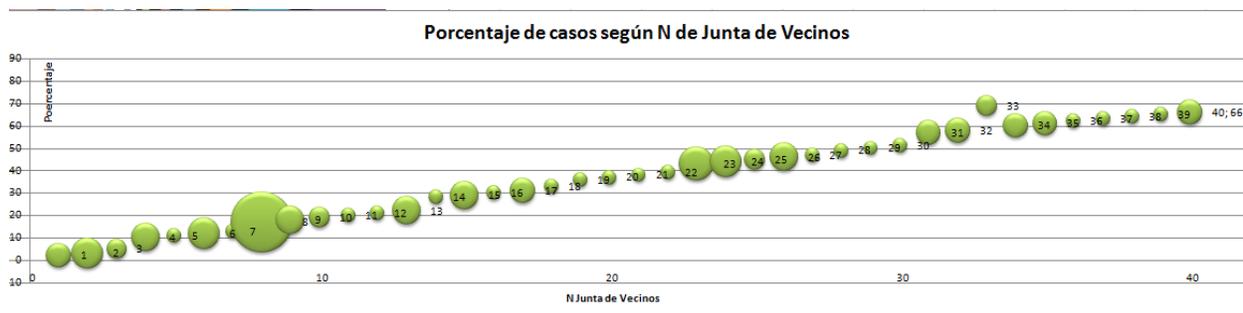
Tabla 13: Distribución de casos para cada sector territorio para cada año. Fuente: Elaboración propia

Gráfico de Torta 5. Descriptiva Porcentual de casos, según N de Junta de Vecinos



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6. De Burbujas. Porcentaje de casos según Junta de Vecinos



Fuente: Elaboración propia

Como se observa, destaca particularmente la zona 17, como la que mayor concentración de casos incluye para todo el periodo.

Al realizar un acercamiento a la zona central oriente de la comuna, se encuentra que un porcentaje altamente significativo de la muestra proviene de un sector, cercano a la intersección de las calles Balmaceda con Colón (ver imagen 1), donde en un espacio no mayor a 20 cuadras a la redonda de dicha intersección, se concentra el 44,76% (47 casos) considerando víctimas de agresión sexual (víctimas directas y testigos de agresión sexual). Si se consideran sólo los 51 casos de agresión directa, el porcentaje total de la muestra es de 48,57 % de los casos de agresión sexual del año y medio de funcionamiento de la Fiscalía Occidente, atendiendo casos comunales.

Respecto a la composición territorial de la muestra, en primer término, destaca lo que parece ser una zona de alto riesgo comunal, que concentra el 48,57 % de las agresiones de la comuna, en causas por Fiscalía Occidente durante el período 2005 – 2006. Estas zonas, de alta concentración incluyen las zonas territoriales 17, 43 y 44, y las zonas aledañas (20, 21, 22 y 18, 19 y 12 principalmente. Ver gráfico 5, 6; láminas 31-33).

Por su parte, también destaca otro grupo de casos que resulta significativo de agrupar en las zonas 10, 29, 30 y 31 (todas zonas adyacentes entre sí) que solo registran casos durante el año 2006, sin casos previos durante el 2005, y que agrupan a 12 casos, que representa un 11.1% de la muestra total del período 2005 – 2006, en una zona que sumadas, es equivalente a menos de la mitad del territorio de la zona o sector 17.

También debe destacarse el hecho de que en diversas zonas, para el periodo observado, no se registren casos para más de la mitad de los sectores de la comuna (sectores 1, 4, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 34, 35, 40, 41, 42, 48, 52, 53, 54, 55 y 56) lo cual pudiera dar cuenta de sectores donde existen factores protectores comunitarios y /o psicosociales o cifras negras significativas (ver tabla 11 e imagen 20).

De lo anterior, se observa que la concentración y reiteración de casos en determinados sectores de la comuna, tiende a ser del tipo creciente y constante en el tiempo para el período estudiado (2005 – 2006) para la mayor parte de la muestra. No obstante, se debe destacar que los sectores tienden a repetirse, tanto en los casos donde hay abuso, como en los que no. Por cierto, esto no evita suponer que dadas variables o características intervinientes de muy diverso orden y complejidad, tales como cifras negras, tiempo muy corto de observación -1 año y medio-, ciclos de recurrencias más grandes para otros sectores, accesibilidad a lugares de denuncia, índices de criminalidad, densidad poblacional, NSEC, historias locales particulares, distribución de Servicios públicos en la comuna (carabineros, consultorios, postas, OPD, Juzgados, Fiscalías, etc.), indicadores de salud mental y percepción de seguridad social, rasgos etéreos y socio-culturales (rasgos rurales, urbanos, en transición) dicho comportamiento pueda ser significativamente

distinto para cada lugar desde el punto de vista de las causales y modelos explicativos que eventualmente se puedan desarrollar.

Los datos mostrados, por un lado refuerzan la necesidad de realizar estudios comparativos con otros factores y variables en los sectores donde se observa una tendencia acumulativa, y aquellos donde sistemáticamente no registran casos.

Finalmente, y asumiendo la complejidad del diseño de modelos explicativos generales, resulta evidente las altas concentraciones territoriales de casos de abuso en un sector territorial dentro de la comuna, requiere una comprensión particular, y posiblemente modelos particulares para comprender tal agregación, reforzando la importancia y necesidad de considerar criterios territoriales para intervenciones de tipo intersectorial, de orden promocional, preventivo, reparatorio, además de punitivo.

Finalmente, para el presente artículo, se muestran algunos mapas asociados a las siguientes variables provenientes de la muestra total.

7.3.- Descripción Territorial de Algunas Variables Evaluadas

Tramo de Edad.

Por otro lado, en aspecto particular que se busco evaluar territorialmente, dice relación con la distribución muestral según tramo de edad para cada sector territorial-administrativo en la comunal (junta de vecino) de los casos que involucran a víctimas directas. El desglose se puede observar en la tabla es la siguiente, donde los tramos observados son los siguientes:

Tramo 1: de 0 a 5 años, 11 meses:

Tramo 2: de 6 a 9 años, 11 meses

Tramo 3: de 10 a 13 años, 11 meses

Tramo 3: de 14 a 17 años

Desde el punto de vista de la distribución de la muestra por tramo de edad, ésta a ser homogénea para los diversos casos. El número total de casos para el tramo de edad 1 es de 23, para el tramo 2 es de 28 casos, para el tramo 3 es de 33 casos, y para el tramo 4 es de 24 casos. No se observa una diferencia entre los tramos 1 y 4, y un alza relativa en los tramos 2 y 3.

Al considerar los tramos de edad por territorio, tampoco se observan grandes concentraciones asociadas a sectores, aún cuando, en algunos sectores, se observa una casuística que incluye solo algunos tramos. Es así como en numerosos sectores, -para el período de tiempo observado-, solo se observan 1 y 2 casos,

número insuficiente como para evaluar una tendencia, lo cual más bien habla de casuística (zonas 11, 13, 19, 28, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 49, 50, 51, 52, 63, 64 y 65). En cambio, en zonas donde hay más de 2 casos (zonas 2, 3, 10, 12, 17, 18, 22, 29, 43 y 61) se observan distribuciones más homogéneas para los diversos tramos de edad. Sólo en los sectores 18, 22, 31, 44, 46, 58 y 60, se observan agrupaciones que no incluyen todos los tramos de edad, pudiendo pensarse en una relativa concentración de casos por tramos de edad. No obstante, la casuística sigue siendo muy baja como para plantearlo en forma más concluyente (cercana a 3 o 4 casos). El detalle del cruce de variables entre tramo de edad y zona administrativa, se observan en la siguiente tabla e imagen (ver tabla 14):

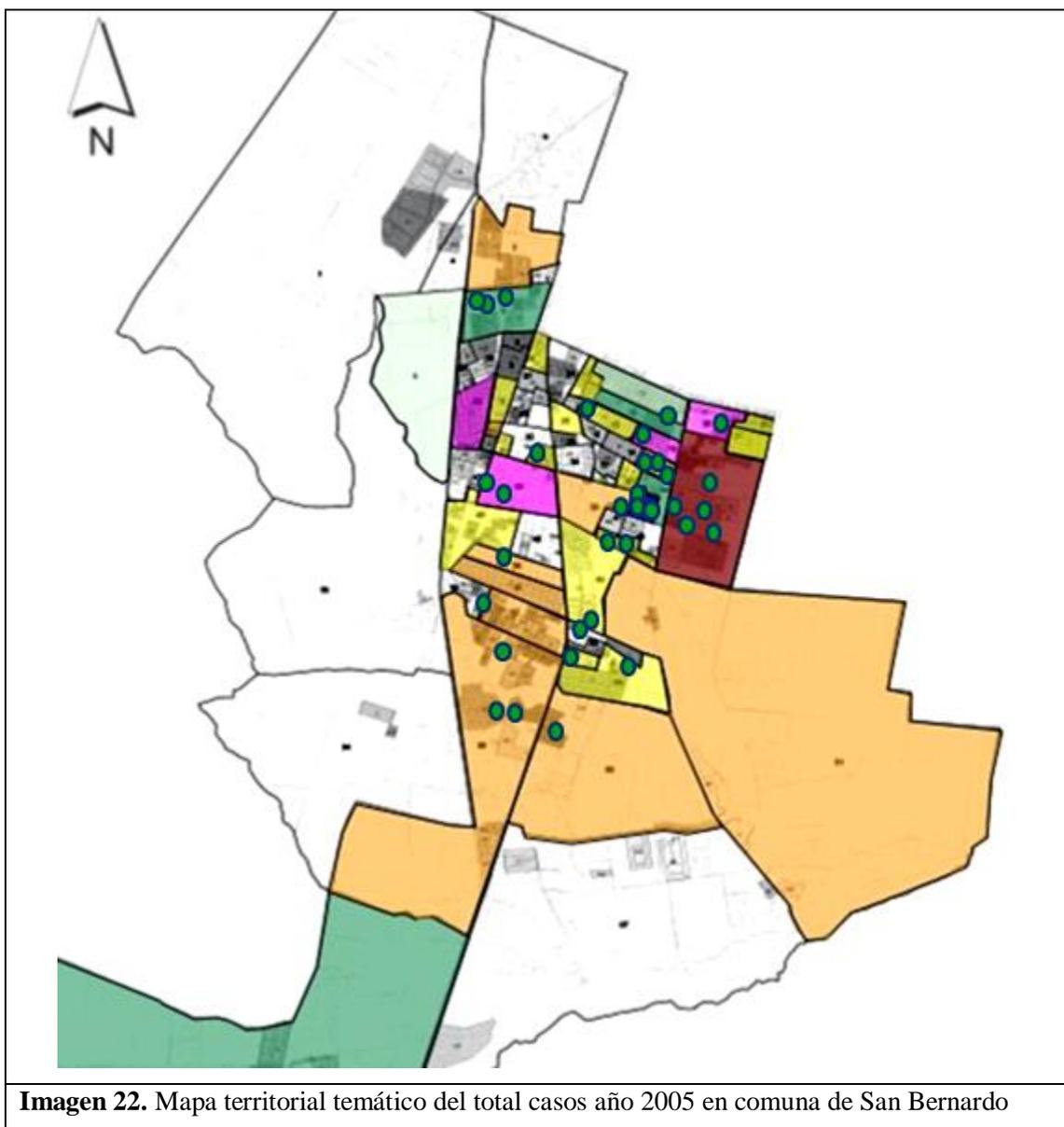
SECTOR	Edad	RANGO DE EDAD				Total
		1	2	3	4	
2	Count	1	1		1	3
	% of Total	9%	9%		9%	2,8%
3	Count	2	1	2		5
	% of Total	1,9%	9%	1,9%		4,6%
5	Count		1	1		2
	% of Total		9%	9%		1,9%
10	Count	1	1	1	1	4
	% of Total	9%	9%	9%	9%	3,7%
11	Count				1	1
	% of Total				9%	9%
12	Count	1	1	2	1	5
	% of Total	9%	9%	1,9%	9%	4,6%
13	Count				1	1
	% of Total				9%	9%
17	Count	6	5	5	3	19
	% of Total	5,0%	4,0%	4,0%	2,8%	17,0%
18	Count	1		3		4
	% of Total	9%		2,8%		3,7%
19	Count				2	2
	% of Total				1,9%	1,9%
20	Count		1			1
	% of Total		9%			9%
21	Count			1		1
	% of Total			9%		9%
22	Count	1		2	1	4
	% of Total	9%		1,9%	9%	3,7%
28	Count		1			1
	% of Total		9%			9%
29	Count	1	1	2		4
	% of Total	9%	9%	1,9%		3,7%
30	Count	1				1
	% of Total	9%				9%
31	Count		1	2		3
	% of Total		9%	1,9%		2,8%
33	Count			1		1
	% of Total			9%		9%
36	Count				1	1
	% of Total				9%	9%
37	Count			1		1
	% of Total			9%		9%
38	Count			1		1
	% of Total			9%		9%
39	Count	1				1
	% of Total	9%				9%
43	Count	1	2	2	1	6
	% of Total	9%	1,9%	1,9%	9%	5,8%
44	Count		3		2	5
	% of Total		2,8%		1,9%	4,6%
45	Count		1	1		2
	% of Total		9%	9%		1,9%
46	Count	2		2		4
	% of Total	1,9%		1,9%		3,7%
47	Count		1			1
	% of Total		9%			9%
49	Count				1	1
	% of Total				9%	9%
50	Count		1			1
	% of Total		9%			9%
51	Count				1	1
	% of Total				9%	9%
57	Count		1		2	3
	% of Total		9%		1,9%	2,8%
58	Count			1	2	3
	% of Total			9%	1,9%	2,8%
59	Count			1	1	2
	% of Total			9%	9%	1,9%
60	Count		3			3
	% of Total		2,8%			2,8%
61	Count		1	1	1	3
	% of Total		9%	9%	9%	2,8%
62	Count				1	1
	% of Total				9%	9%
63	Count		1			1
	% of Total		9%			9%
64	Count	1				1
	% of Total	9%				9%
65	Count	1				1
	% of Total	9%				9%
66	Count	2		1		3
	% of Total	1,9%		9%		2,8%
Total	Count	23	28	33	24	108
	% of Total	21,3%	25,9%	30,6%	22,2%	100,0%

Tabla 14: Distribución de la muestra por tramo de edad para cada sector territorial.

Fuente: Elaboración propia

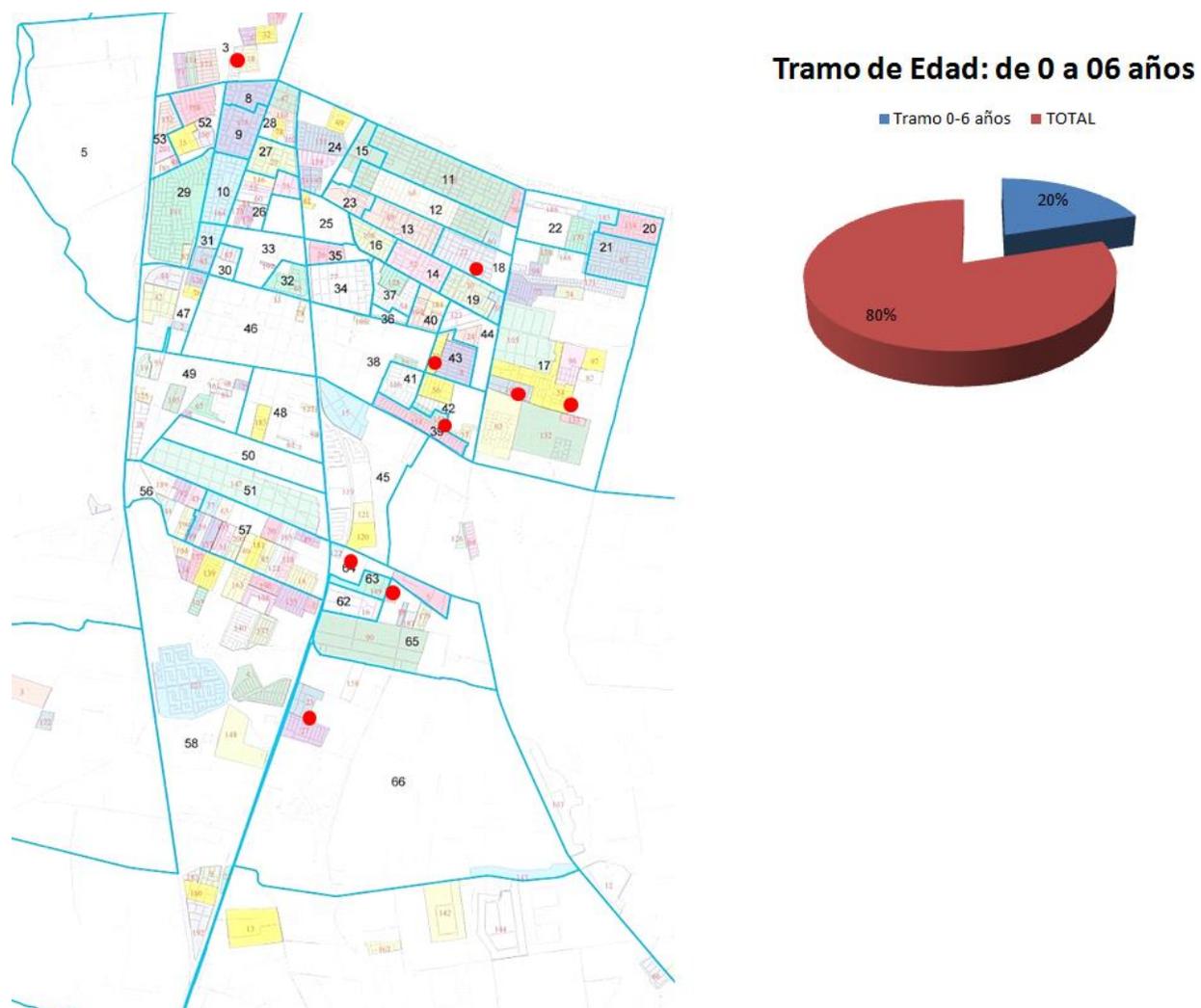
7.4. Referenciación territorial de casos. Construcción de mapas temáticos del tipo de densidad de puntos

ANÁLISIS POR TRAMO DE EDAD (imágenes 21 – 32). Incidencia Acumulada año 2005



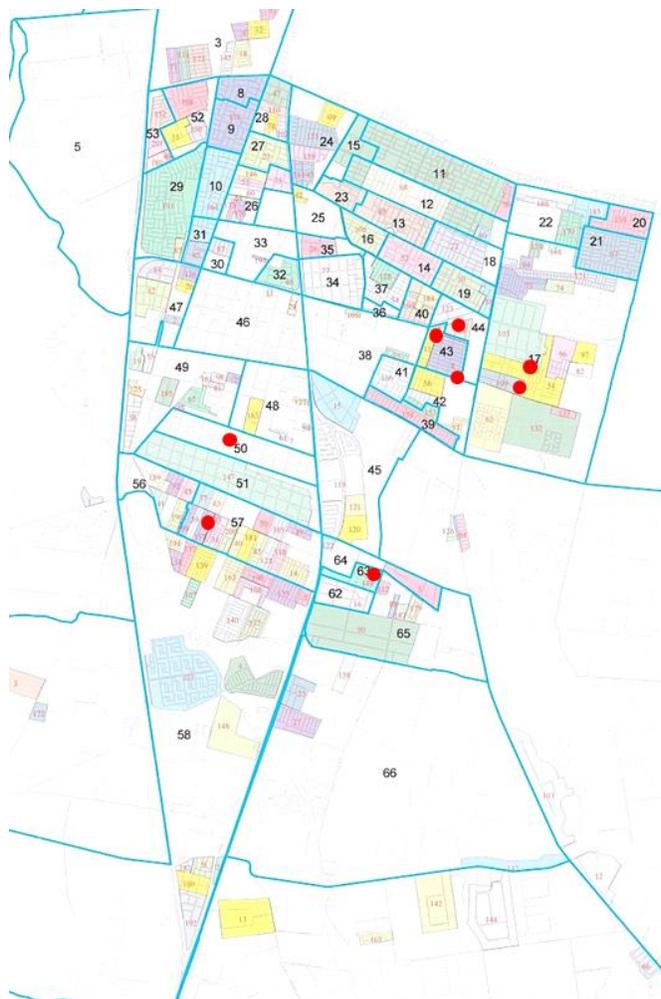
Fuente: Elaboración propia

Imagen 23. Mapa territorial temático del tramo de edad entre 0 y 5 años, año 2005.

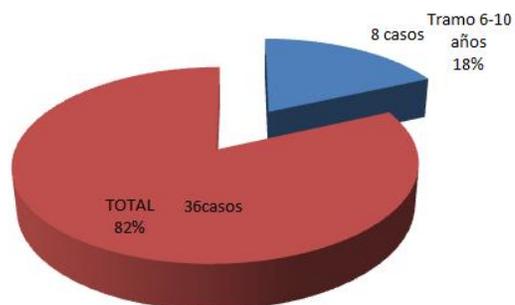


Fuente: Elaboración propia

Imagen 24: Mapa territorial temático del tramo de edad entre 6 y 9 años, año 2005.

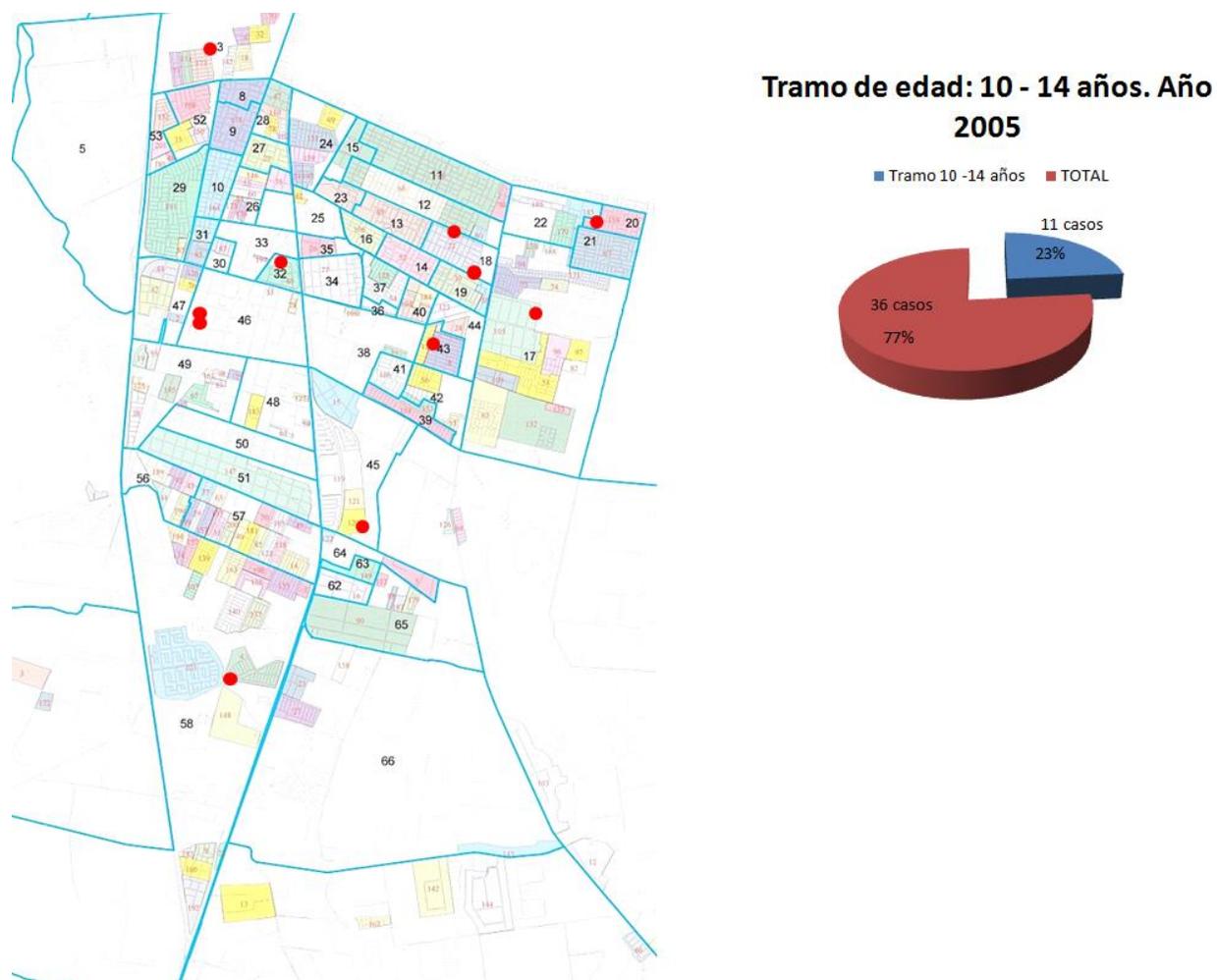


Tramo de Edad: de 6 a 10 años



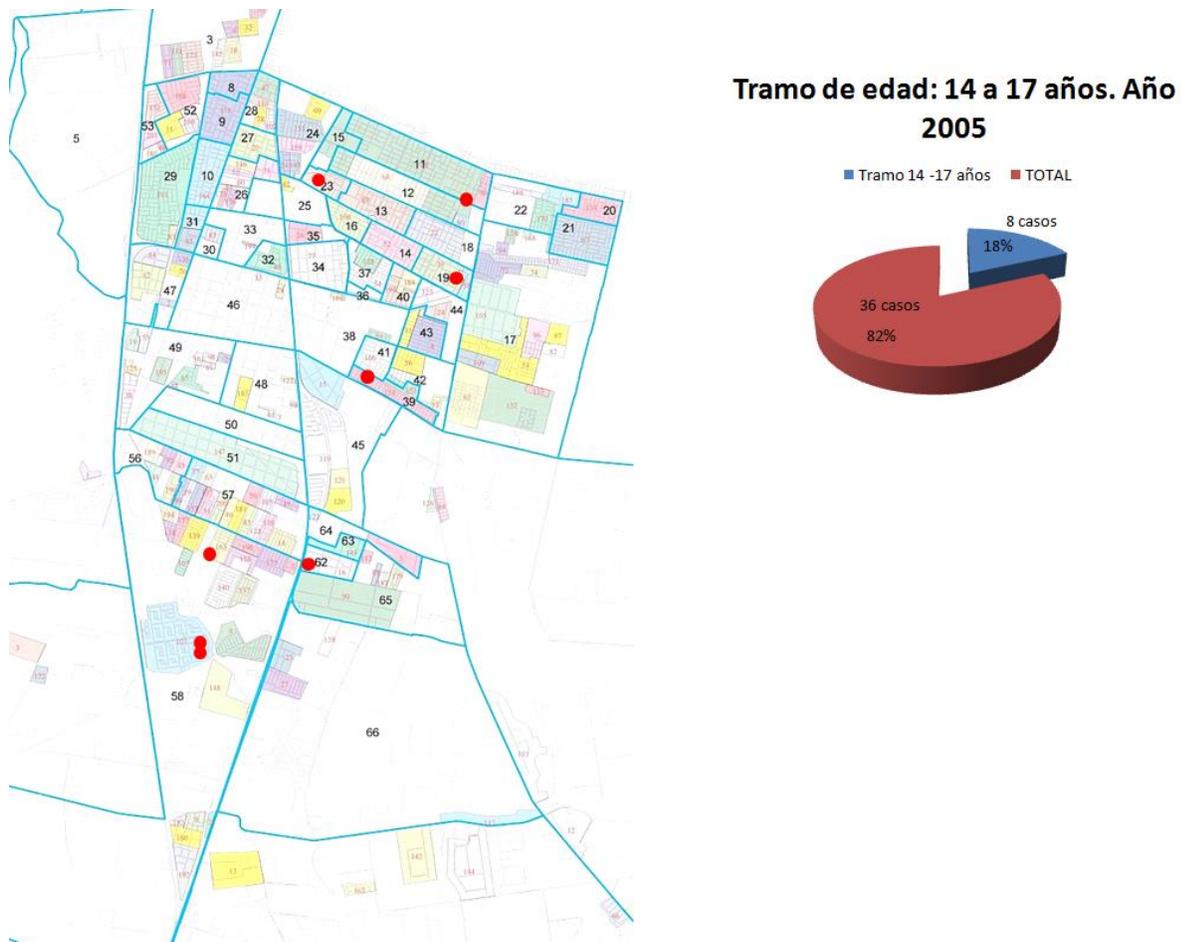
Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 25. Mapa territorial temático del tramo de edad entre 10 y 13 años, año 2005.



Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 26: Mapa territorial temático del tramo de edad entre 14 y 17 años, año 2005.



Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 27: Mapa temático Incidencia Cumulada, para el total de casos por tramo de edad, entre 0 y 16 años, del año 2006:

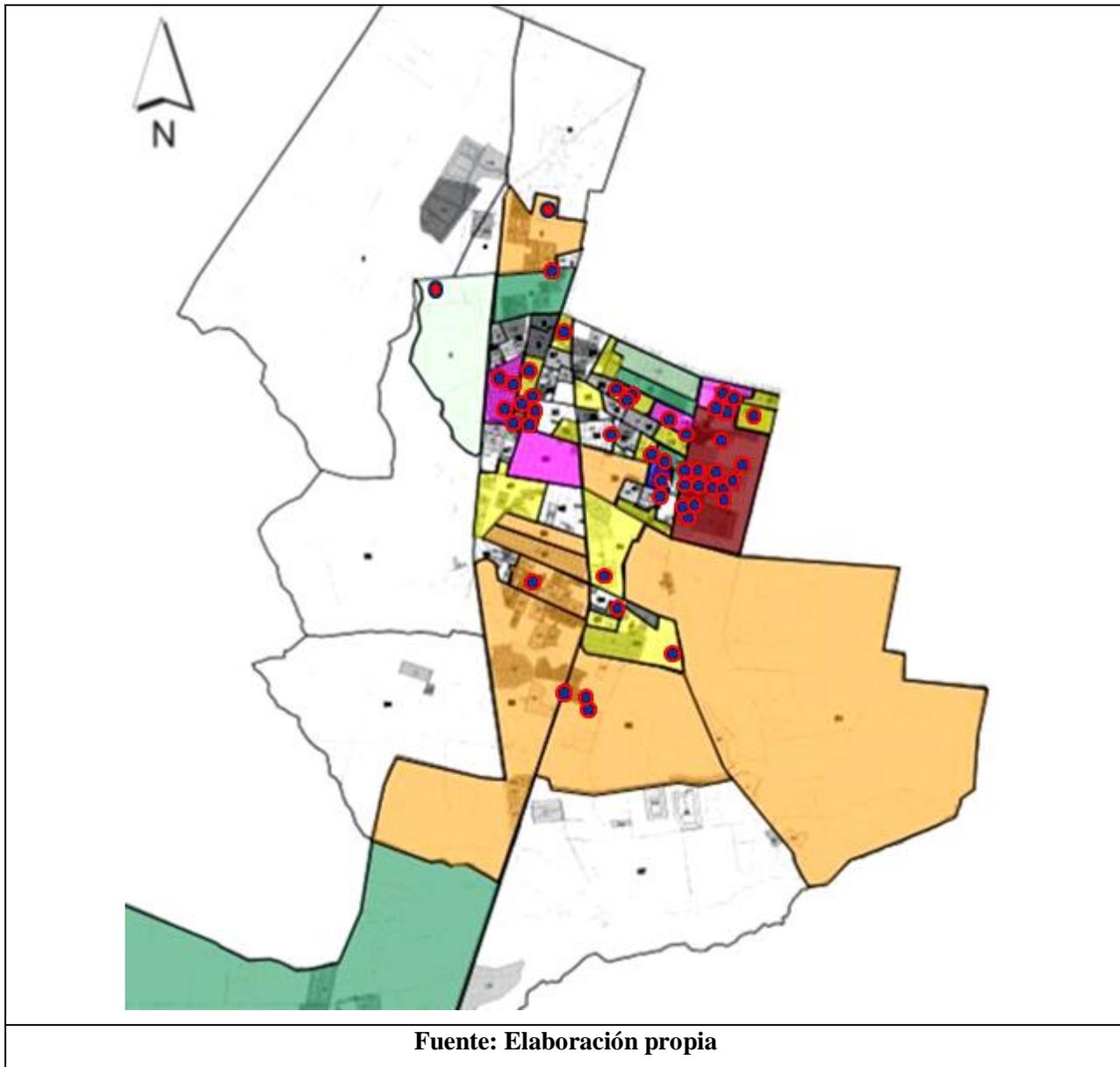
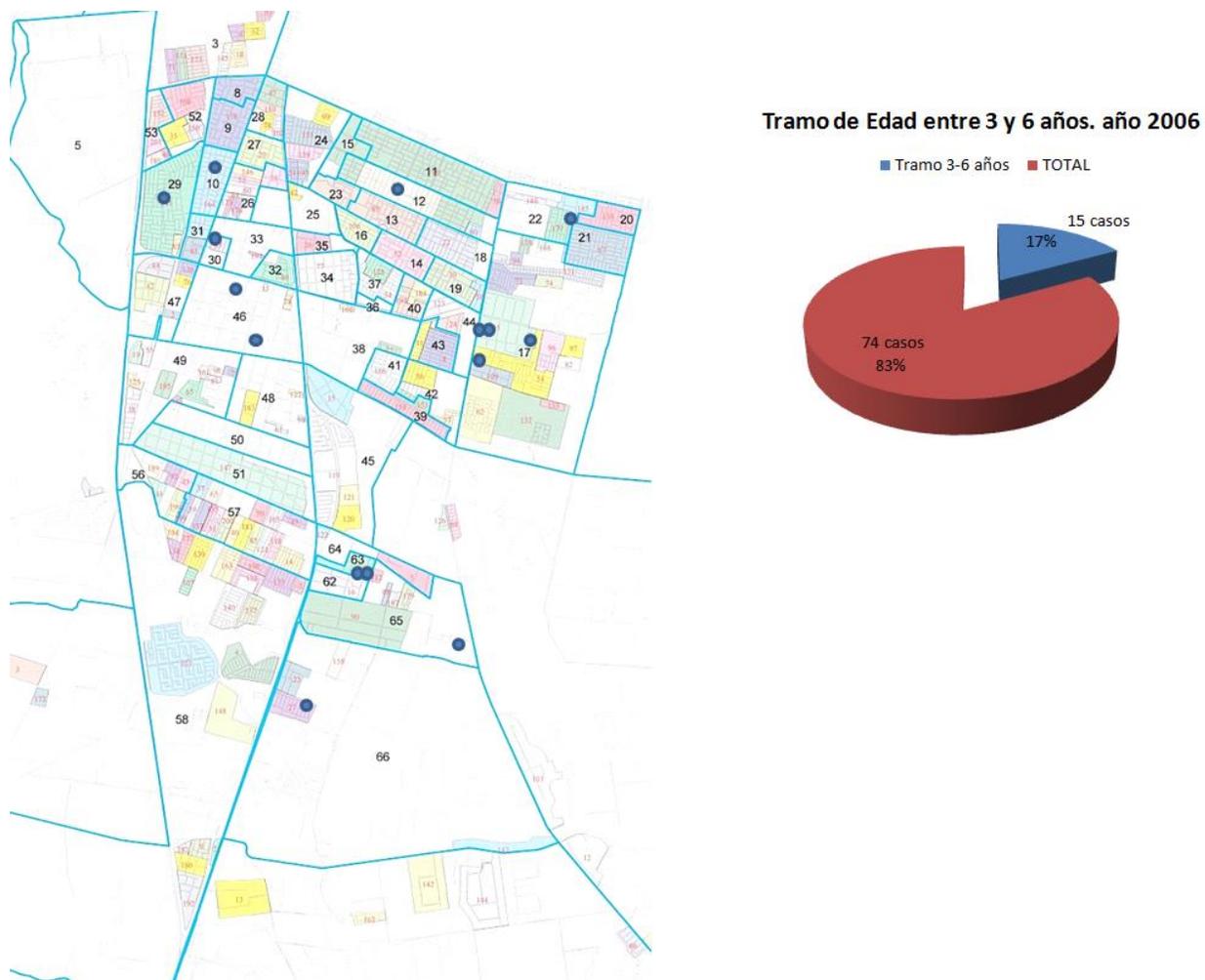
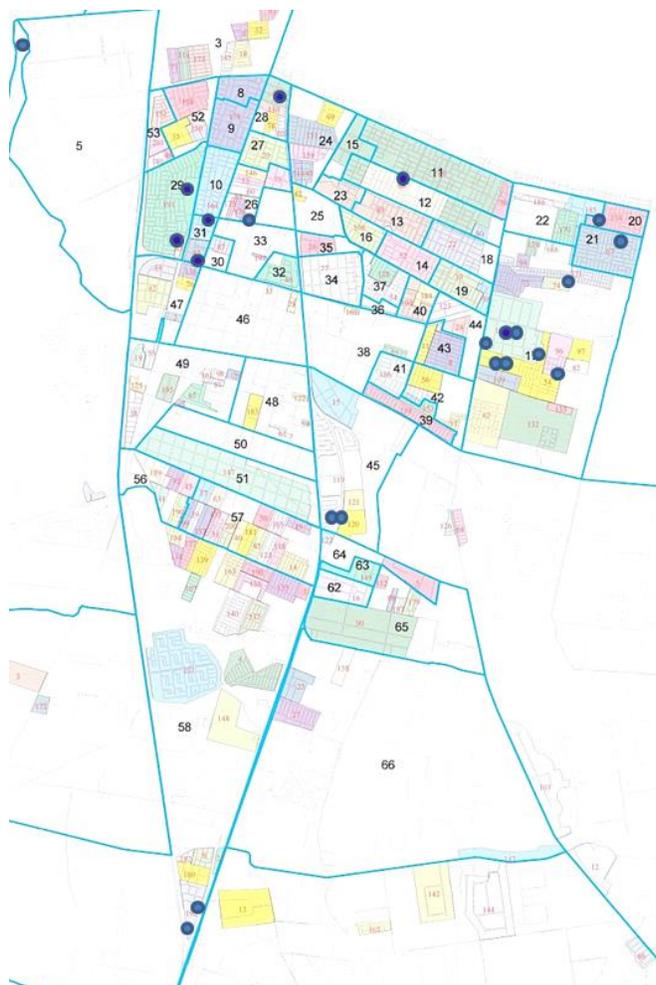


Imagen 28: Mapa temático de casos por tramo de edad entre 0 y 5 años, año 2006.



Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 29. Mapa temático de casos por tramo de edad entre 6 y 9 año, 9 meses. Año 2006.

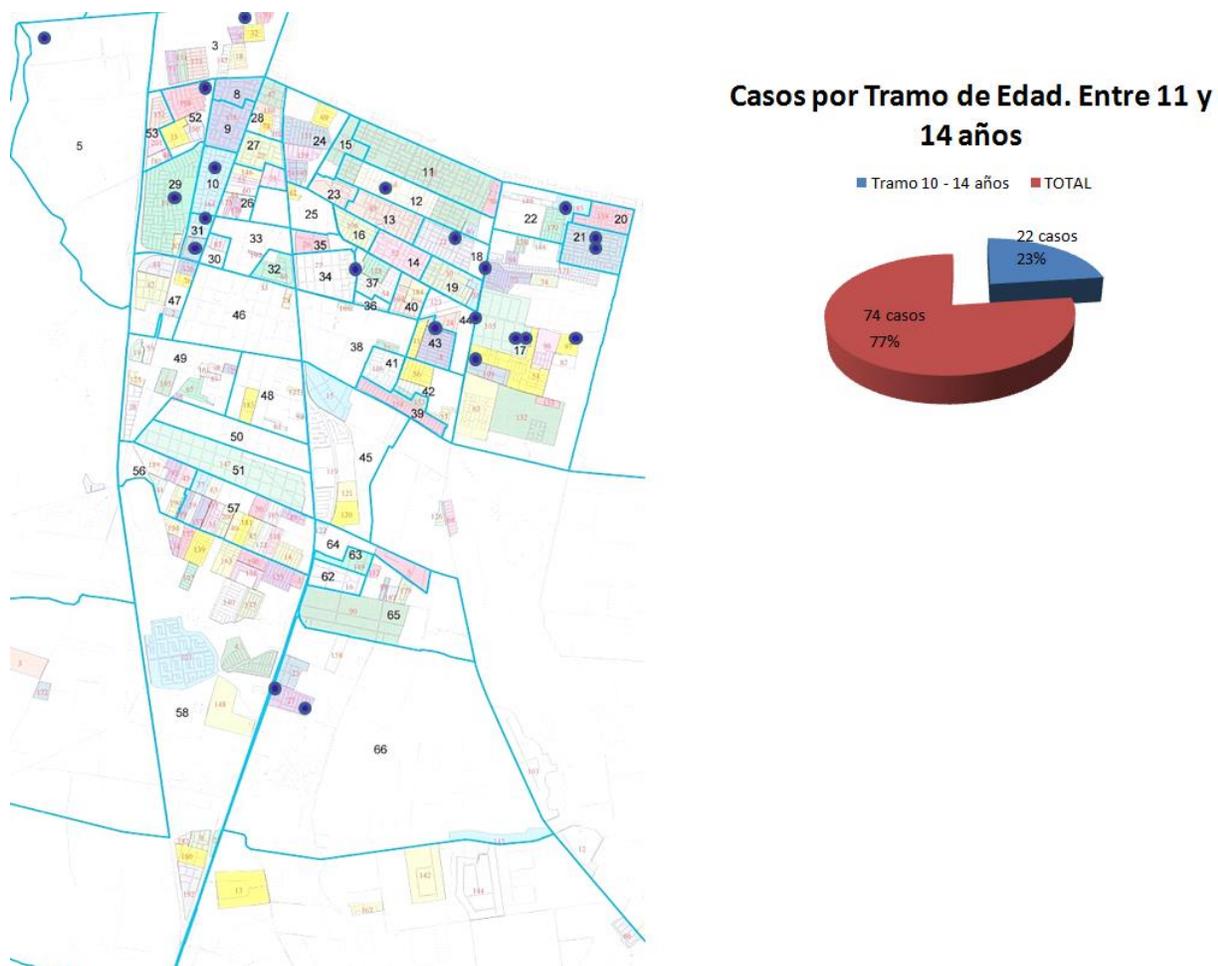


Tramo por edad, entre 6 y 11 años. Año 2006



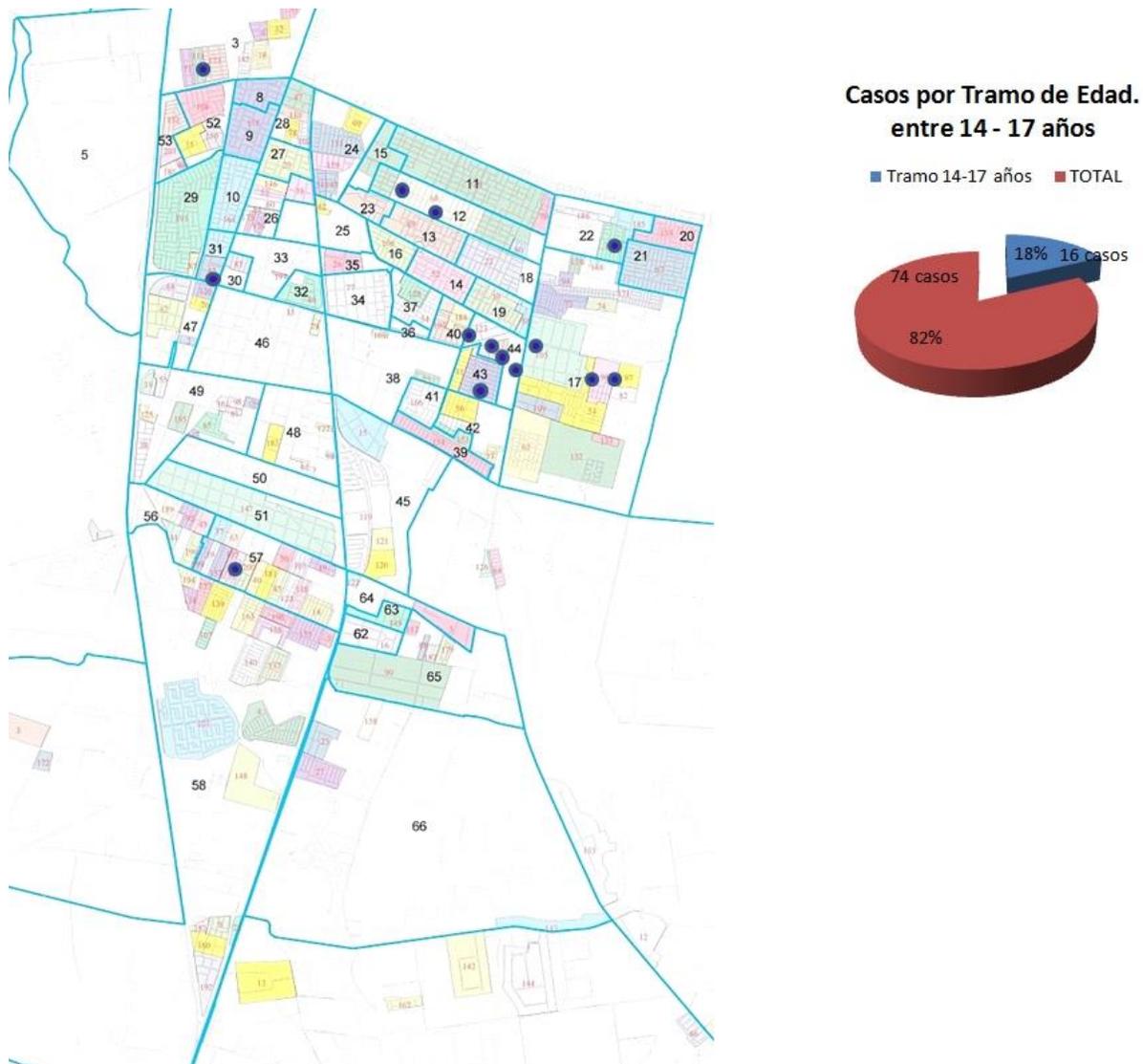
Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 30. Mapa temático de casos por tramo de edad entre 10 y 13 años, del año 2006.



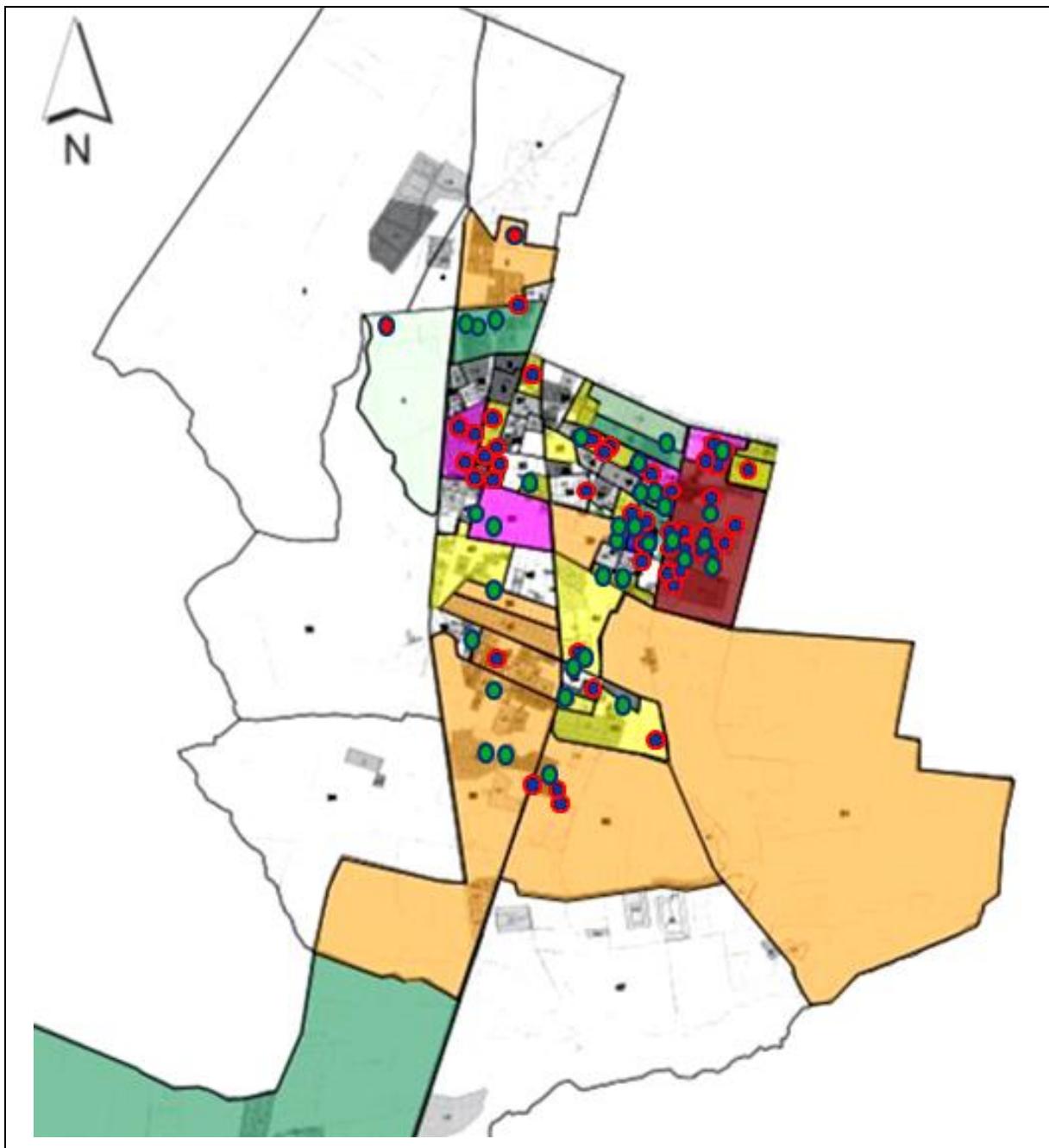
Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 31. Mapa temático de casos por tramo de edad entre 14 y 17 años de edad, para el año 2006.



Fuente: Elaboración propia

IMAGEN 32. MAPA TEMATICO. INCIDENCIA ACUMULADA PARA EL TOTAL DE CASOS DEL PERIODO AÑO 2005 – 2006.



Fuente: Elaboración propia

7.5 Tipo de Abuso

Se describe el tipo de dinámica asociado a cada tipo de agresión sexual (abuso o violación en el caso de la presente muestra) al momento de la denuncia y evaluación pericial, es decir, identificando los siguientes tipos:

0: Corresponden a testigos o sospecha no confirmada.

1: Episodio Único.

2: Reiterado.

3: Sistemático.

4: Crónico.

Según los datos, se observa que el episodio único y reiterado son los casos más frecuentes (37 casos, equivalentes a un 37,8 % para cada tipo (abarcando un 75,6 % del total), y que los casos sistemáticos y crónicos son relativamente bajos (no superando el 10% para cada tipo y sumados, un 16,3 %). Desde un punto de vista territorial, se observa también que en el sector 17, existiría una tendencia hacia el tipo episodio único, pese a que en general, en otros sectores, se observa una tendencia mayor a la concentración de agresiones de tipo reiterado por sector. En cambio, la agrupación de los sectores 10, 29, 30 y 31, tendría una concentración relativa, casi exclusivamente conformada por casos de tipo reiterado. Lo anterior, se expresa en la siguiente tabla e imagen descriptiva (tabla 14 e imagen 32).

SECTO		TIPOABUS					Total
		0	1	2	3	4	
2	Count		3				3
	% of Total		3,1%				3,1%
3	Count	1	1	1		1	4
	% of Total	1,0%	1,0%	1,0%		1,0%	4,1%
5	Count			2			2
	% of Total			2,0%			2,0%
10	Count			3			3
	% of Total			3,1%			3,1%
11	Count					1	1
	% of Total					1,0%	1,0%
12	Count	3			1	1	5
	% of Total	3,1%			1,0%	1,0%	5,1%
13	Count		1				1
	% of Total		1,0%				1,0%
17	Count		10	6	1	2	19
	% of Total		10,2%	6,1%	1,0%	2,0%	19,4%
18	Count		3		1		4
	% of Total		3,1%		1,0%		4,1%
19	Count			1		1	2
	% of Total			1,0%		1,0%	2,0%
20	Count			1			1
	% of Total			1,0%			1,0%
22	Count		1	3			4
	% of Total		1,0%	3,1%			4,1%
29	Count			1		1	2
	% of Total			1,0%		1,0%	2,0%
30	Count			1			1
	% of Total			1,0%			1,0%
31	Count			2			2
	% of Total			2,0%			2,0%
33	Count					1	1
	% of Total					1,0%	1,0%
36	Count		1				1
	% of Total		1,0%				1,0%
37	Count			1			1
	% of Total			1,0%			1,0%
39	Count		1				1
	% of Total		1,0%				1,0%
43	Count		2	2	1	1	6
	% of Total		2,0%	2,0%	1,0%	1,0%	6,1%
44	Count		1	3	1		5
	% of Total		1,0%	3,1%	1,0%		5,1%
45	Count			2			2
	% of Total			2,0%			2,0%
46	Count	1	2				3
	% of Total	1,0%	2,0%				3,1%
47	Count		1				1
	% of Total		1,0%				1,0%
49	Count				1		1
	% of Total				1,0%		1,0%
50	Count			1			1
	% of Total			1,0%			1,0%
51	Count		1				1
	% of Total		1,0%				1,0%
57	Count		2				2
	% of Total		2,0%				2,0%
58	Count		2	1			3
	% of Total		2,0%	1,0%			3,1%
59	Count		2				2
	% of Total		2,0%				2,0%
60	Count			3			3
	% of Total			3,1%			3,1%
61	Count	3					3
	% of Total	3,1%					3,1%
62	Count		1				1
	% of Total		1,0%				1,0%
63	Count					1	1
	% of Total					1,0%	1,0%
64	Count			1			1
	% of Total			1,0%			1,0%
65	Count			1			1
	% of Total			1,0%			1,0%
66	Count		2	1			3
	% of Total		2,0%	1,0%			3,1%
Total	Count	8	37	37	6	10	98
	% of Total	8,2%	37,8%	37,8%	6,1%	10,2%	100,0%

TABLA 14: Cruce de casos para tipo de abuso por sector territorial. Fuente: Elaboración propia

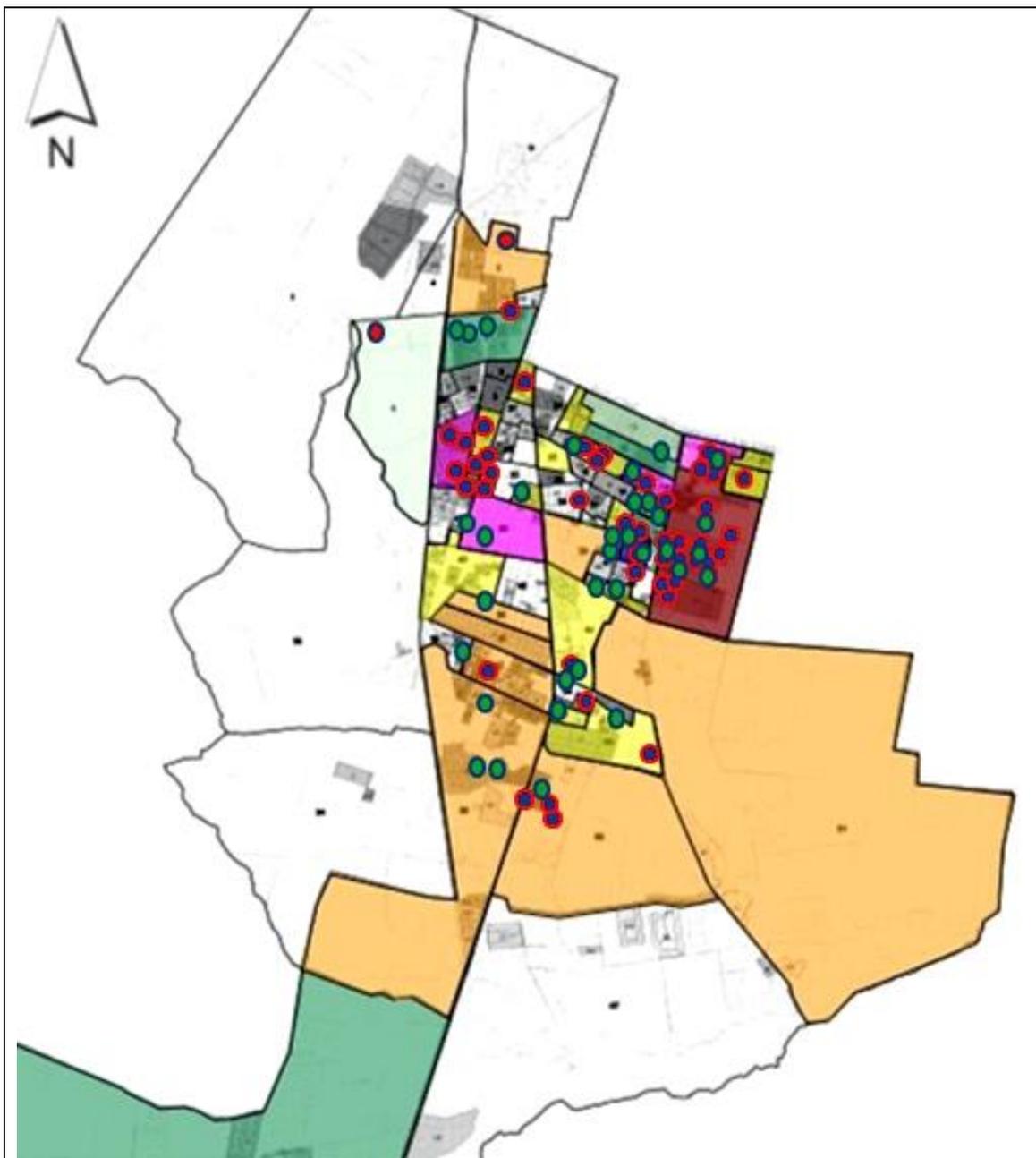


IMAGEN 33: MAPA TERRITORIAL TEMATICO. Incidencia Acumulada. Período 2005-2006. Todos los casos (víctimas y testigos). Fuente: Elaboración propia

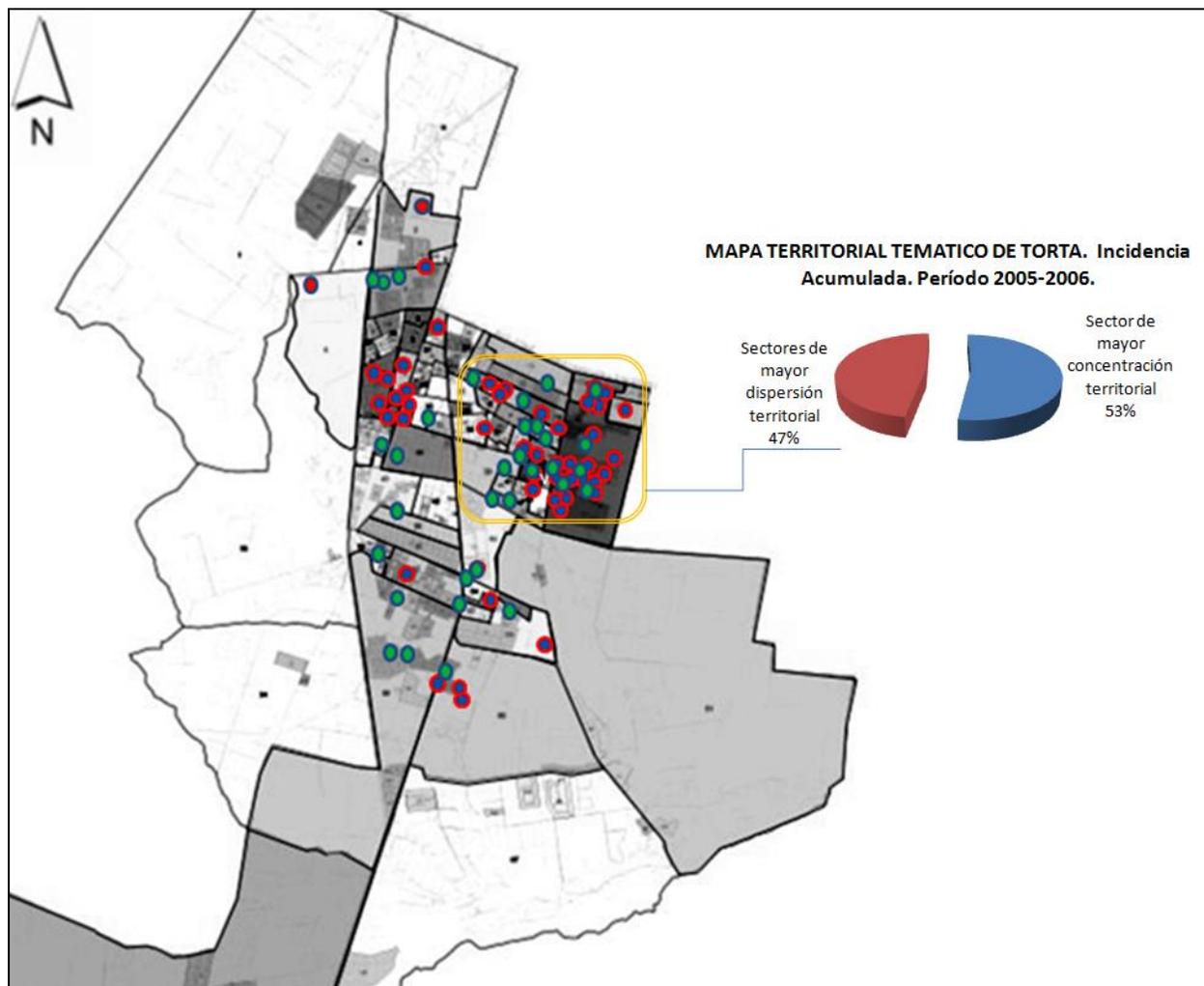


IMAGEN 34: MAPA TERRITORIAL TEMATICO DE TORTA. Incidencia Acumulada. Período 2005-2006. Todos los casos (víctimas y testigos). Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. ANÁLISIS PROSPECTIVO

8.1. Relevancia de una aproximación epidemiológica territorial, desde el ámbito del diagnóstico forense

En primer término, debe considerarse que el enfoque territorial permitió identificar zonas de alta nivel de denuncias para el período estudiado. En el caso del sector n° 17 y lugares adyacentes alcanzan a más del 50% de la incidencia acumulada (ver imágenes 21, 26, 31 y 32). Lamentable, la cantidad de datos, agrupados por cruce de variables, no permite del todo definir tendencias claras respecto a eventuales perfiles dominantes y característicos para cada sector. Aún así, en los casos, de los sectores con mayor incidencia de casos, aparecen algunas diferencias en relación a la concentración de casos de determinados tipos de agresión, como respecto del agresor en dichos casos.

En este sentido, la presente investigación, entendida como un estudio de caso, del tipo descriptivo, debiera considerar los siguientes tipos de estudios posteriores:

- **Estudios de incidencia y de Prevalencia epidemiológica.**
- **Estudios de seguimiento longitudinal.**
- **Estudios correlacionales.**
- **Estudios comparativos con otras comunas.**

Desde el punto de vista de las variables usadas, pareciera sumamente relevante el tener que continuar con estudios epidemiológico-territoriales, asociado a la aplicación de modelos ecológico-relacionales (como los de Barudy). Un indicador de lo anterior estaría asociado al fenómeno de la develación. Gran parte de las develaciones observadas se dan en un contexto intrafamiliar (nuclear o extendida), y no en un contexto de algún programa o institución a nivel local, siendo ésta relativamente baja, destacando incluso, casos donde es el contexto de un programas televisivos como teleseries, el “Me Culpa”, o “Mujer, rompe el silencio”, el que gatilla la develación a nivel intrafamiliar (de forma directa o indirecta, inmediata o tardía). En este mismo sentido, gran parte de las develaciones parece seguir y ajustarse al ciclo natural de la develación propuesto por autores como Barudy (fase de seducción, fase de interacción abusiva, imposición de un secreto, divulgación y fase represiva), estando la develación asociada a momentos críticos propios de este proceso, el cual genera momentos críticos en relación al propio desarrollo cognitivo y madurativo del menor para poder percibir y controlar la dinámica de trasgresión, donde pareciera más factible la develación, y que estaría solo facilitada por diversas razones, el agresor se aleja definitiva o temporalmente de la víctima (pe. el agresor aumentar la demanda de la agresión sexual y el

niño busca ayuda, al percibir situación límite, o bien cuando el agresor, pe.- el conviviente de la madre-termina relación con ésta- y el niño se ve con mayor libertad para contar agresión pasada. Todo lo anterior, mediatizado por las propias características etáreas, -pe. La edad- o las facultades y rasgos resilientes del niño agredido o capacidades de protección de la familia, cuando la develación ocurre).

8.2. Relevancia de una aproximación epidemiológica y territorial para el desarrollo de las políticas de SENAME

La presente investigación también permite la reflexión respecto de la importancia de considerar el comportamiento de variables y atributos psicosociales desde un enfoque epidemiológico-territorial. Tal tipo de enfoque permitiría, particularmente a nivel local, un mayor nivel de focalización, complementariedad, organización y retroalimentación dentro de la red SENAME de sus diversos recursos y programas. En este sentido, en el marco teórico del presente estudio, se planteo la necesidad y factibilidad de poder integrar al menos tres niveles desde una mirada territorial referenciada:

- Generación de perfiles de riesgo a nivel territorial-epidemiológico de variables psicosociales.
- Evaluación y comparación temporal del comportamiento de la demanda de casos.
- Servir de imput para estudios intersectoriales mas amplios (integración políticas sociales y centros de investigación tanto:
 - A nivel Sectorial: Es decir, dentro de los niveles programáticos de intervención propios del SENAME (niveles preventivo-promocionales, diagnósticos y reparatorios).
 - A nivel Intersectorial entre MINSAL, municipio y políticas comunales, SENAME, investigaciones, Ministerio público, PDI y Carabineros, etc.).
 - A nivel de la integración con Centros de Investigación (tales como CAVAS, ONG dedicadas a estas y otras temáticas, pe. PAZ Ciudadana, etc. O Centros de Estudios y universidades).

Nos centraremos inicialmente en las posibilidades de integración del nivel diagnóstico dentro de la red SENAME, dentro de la red asistencial, donde debemos considerar los siguientes niveles además del diagnóstico (ver imagen 35):

- a) Promocional-preventiva y
- b) Reparatorio.

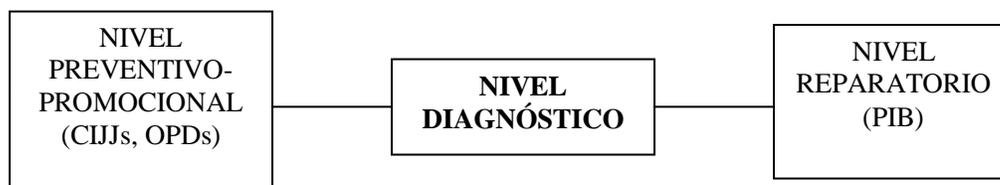


Imagen 35. Función articuladora de nivel diagnóstico respecto de niveles de atención reparatoria y preventiva-promocional.

Desde el punto de vista promocional-preventivo, pareciera relevante el cruce de estas variables con variables o nivel es análisis tales como:

- **Densidad poblacional y hacinamiento.** El presente estudio no considero variables tales como la densidad poblacional por territorio. No obstante, desde el punto de vista general, en los territorios con mayor incidencia, existe claramente una mayor densidad poblacional.
- **Nivel Socioeconómico.** Claramente el sector que aparece con mayor incidencia en las denuncias totales es uno de los sectores con mayor nivel de denuncia y considerada como zona de riesgo con diversos factores de riesgo, vulneración y deterioro psicosocial.
- **Influencia marcos culturales.** Este rasgo aparece interesante de seguir monitoreando respecto a comunas, tales como San Bernardo, donde hay sectores tanto rurales como urbanos, y en transición. Sin embargo, el presente estudio, no acumulo suficientes casos de ambos tipos como para poder comparar y ponderar eventuales diferenciaciones y congruencias en el comportamiento de la muestra por sector territorial, así como eventuales perfiles o rasgos diferenciadores.
- **Datos censales y caracterización socio demográfica.** La importancia de esta dimensión socio demográfico, como del acceso a información como los datos censales, sin duda es relevante, particularmente los datos asociados a ingreso, N.S.E., sexo, edad, cesantía; sin embargo, se deben considerar fenómenos socio demográficos más específicos tales como a) densidad habitacional, b) composición intrafamiliar, c) número de niños por núcleo familiar, d) nivel y compromiso delictual del sector, etc.
- **Eficacia del nivel preventivo de intervención, como instancia para favorecer develaciones de agresiones sexuales.** Debe considerarse que en el sector definido como de mayor incidencia, pese a haber un gran número de Programas a nivel preventivo y promocional, desde el punto de vista de la apreciación cualitativa de los relatos, su impacto pareciera ser relativamente bajo, dado que en muy pocos casos la develación estuvo asociada de forma directa al rol e intervención activa de un programa preventivo o promocional como parte de la detección y derivación a la red diagnóstica (lo mismo ocurre en el caso de la detección desde el sistema escolar). Como se ha

señalado, anteriormente, en la mayoría de los casos, desde un punto de vista de un análisis cualitativo de la muestra, ocurre que la develación está asociada a la propia dinámica interna del proceso intrafamiliar, según lo describe el modelo ecológico.

En consecuencia, lo anterior pareciera indicar que en la muestra seleccionada para el tiempo abarcado, lo que prima como instancia de acceso a al sistema judicial, es la propia dinámica de agresión como factor que influye mayoritariamente en la develación, así como la respuesta del medio protector inmediato, en relación con ésta, y no el impacto del trabajo directo de una red preventivo-promocional instalada en la comuna. Aún así, debe discutirse y ponderarse también hasta que punto, la promoción de derechos a nivel local, genera o incide en un “clima local” donde la develación específica en relación a la agresión sexual, pudiera indirectamente influir como algo que facilita dicho proceso. Lo anterior sugiere sin duda, un mayor número de estudios al respecto, fuera del alcance de los objetivos de la presente investigación, en relación con como han de vincularse los niveles preventivos y diagnósticos dentro de la propia red SENAME. En este sentido, también debe considerarse que en las zonas donde no hay presencia de un trabajo preventivo-promocional, es muy poca la demanda o denuncia espontánea (además de variables no estudiadas tales como la densidad) por lo que en rigor, no sabemos qué sucede en esos lugares, pudiendo estar más asociado a factores tales como la existencia de cifras negras.

Por otro lado, respecto a la vinculación del nivel diagnóstico, parece importante destacar como insumo para estos programas, el poder distinguir e identificar de antemano, rasgos psicológicos propios del menor agredido, como de sus efectos específicos, a fin de orientar intervenciones mas eficaces y no iatrogénicas en relación al tipo de daño observado.

- **Estudio de cifras negras.** Si bien, en términos generales se tiende a asumir ciertas proporciones asociadas a la cantidad de cifras negras en materia de agresión sexual, pareciera, a modo de hipótesis a estudiar, que ésta también se comporta de manera diferenciada según el territorio. En el presente estudio, dada la realidad socio demográfica de la comuna, en donde un sector importante de la población aún se encuentra en transición entre modos de vida con influencia y tradición rural y sectores mas urbanos, incluso erradicados de otras sectores del gran Santiago.
- **Existencia de redes asistenciales de otros servicios.** Particularmente Salud, Educación, red municipal, carabineros-investigaciones, etc.). Una base de datos pertinente y consistente en el tiempo a nivel local, permitiría el cruce con información existente en el resto de la red asistencial intersectorial. Como se ha señalado, la fragmentación de la información a nivel local requiere de herramientas que favorezcan el cruce de variables, destacando entre ellas, los sistemas territoriales.

- Finalmente, lo anterior permite fundamentar la necesidad y pertinencia de herramientas que permitan el cruce de variables, desde una mirada que implique la dimensión territorial en la comprensión y desarrollo de políticas más integrales y efectivas en materias de agresión sexual infantil.

BIBLIOGRAFIA

- Avila, Leticia y Rojas, Verónica (editores). (2007). **“Marco referencial. Hospitales de la familia y la comunidad”**. En Cuadernos de Redes; MINSAL-DIVISIÓN ATENCIÓN PRIMARIA / Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria, n° 20.
- Barudy, Jorge (1998). **“El dolor invisible de la infancia”**. Ed. Paidós.
- (2005). **“Buenos tratos en la infancia”** ed. PAIDOS.
- Benavente, José Miguel, Núñez, Isabel y Ponce, Andrea (2006). **“Análisis de la criminalidad basado en georeferenciación de denuncias: una aplicación a la Región Metropolitana”**; en Tercer Simposio Nacional de Investigación sobre Violencia y Delincuencia. Documento Paz Ciudadana=PUC.
- Caballero Castillo, Jorge (2005). **“Sistema De Información Geográfica Para La Gestión Ambiental”**. En http://www.mappinginteractivo.com/plantilla-ante.asp?id_articulo=857
- C.A.V.A.S. (2005). **“16 años de experiencia”**. Ed. Policía de Investigaciones de Chile”.
- Cantón Duarte, Gastón & Cortés, María (2000): **“Guía para la evaluación del abuso infantil”**. Ed. Label s.a.
- Castillo Salgado, Carlos (2003). **“Los sistemas de información geográfica: una herramienta de análisis en los estudios de impacto ambiental (EIA). Manual de Usuario”**. En: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/Shsig.htm>
- Castillo Salgado, Carlos (1996). **“Uso de sistemas de información geográfica en Epidemiología (sig-epi)”**. En: **Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud; Vol. 17, n° 1.**
- Castillo Salgado, Carlos; Loyola, Enrique; Vidaurre, Manuel; Martínez, Ramón; Nájera, Patricia (2002). **“Análisis de Salud y sistemas de información (A.I.S.): SIGEPI: Manual del Usuario”**. Documento organización Panamericana de la Salud.
- Corporación Hellen Keller (2008). **“Informe D.A.M. Hellen Keller. Gestión periodo 2005 – 2007”**. Documento interno de trabajo.
- Davila Martínez (2005). **“Introducción a los sistemas de información geográfica”**. En Servicio de Documentación Geográfica y Biblioteca (IGN). En <http://www.sge.org/cartografía/sig2.pdf>
- Davila Martínez (2009). **“Nuevas metodologías de producción cartográfica a partir de SIG para el mapa provincial de España 1:200.000”**. En Revista Internacional de Ciencias de la Tierra”. En http://www.mappinginteractivo.com/plantilla.asp?id_articulo=1633
- De Santiago Herrero, Francisco, Fernández Guerrero, María José & Guerra Cid, Luís (1999). “vol. 1: **“Psicología forense”**. Amaru ediciones.
- De Santiago Herrero, Francisco; Fernández Guerrero, María José & Guerra Cid, Luís (1999). “vol. iii: **“Psicodiagnóstico a través de técnicas proyectivas”**. Amaru ediciones.

- Depaux, Ruth et al. (Coord.) (2008). **“En El Camino A Centro De Salud Familiar”**. Documento. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES-MINSAL.
- Dichers, Richard et al. (1992). **“Principios de la Epidemiología. Una Introducción a la Epidemiología y la Bioestadística Aplicada”**. ED. TEPHINET. Segunda Edición. Versión electrónica en <http://www.scribd.com/doc/13858601/Principios-de-Epidemiologia-CDC-USA>
- Escaf Silva, Elias & Maffioletti Calderón, Francisco (editores) (2003). **“Psicología Jurídica”**. Ed. Diego Portales.
- Hein, Andreas y Rau, Macarena (abril 2004). **“Método de diagnostico espacial de problemas delictivos. Análisis de un caso”**. En Fundación Paz Ciudadana, documento de trabajo.
- Juárez López, Josep (2000). **“Credibilidad del testimonio infantil ante supuestos de Abuso Sexual: indicadores psicosociales”**. Tesis para optar al grado doctorado en psicología forense. Universidad de Navarra.
- Lira, Gonzalo (2006). **“Apuntes de clase, electivo abuso sexual en infancia”**, magíster psicología social, documento interno power-point. Magister de Psicología Social, Universidad de Valparaíso. Clases de Psicología Forense.
- L’Huillier, Gastón; Manasevich, Raúl y Weber, Richard (2010). **“Dynamic Hotspot Analysis Using Agent-Based Modeling And Data Mining”**. En Documento de Trabajo “SEXTO CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA Y DELINCUENCIA SANTIAGO, CHILE - 23 y 24 NOVIEMBRE 2010.
- Loyola, Enrique; Carlos Castillo-Salgado; Patricia Nájera-Aguilar; Manuel Vidaurre; Oscar J. Mujica; Ramón Martínez-Piedra (2002). **“Los Sistemas De Información Geográfica Como Herramienta Para Monitorear Las Desigualdades De Salud”**. En *Revista Panamericana de la Salud*. Vol. 12, n 6. En http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200007
- Maffioletti, Francisco & Salinas, María Isabel (2005). **“Manual de estrategias de evaluación pericial en abuso sexual”**. en documento SENAME.
- Martínez, Alejandra (2011). **“Relación Espacial Entre Los Robos De Vehículo Y Su Recuperación En El Gran Santiago”**. En Informe: **“VII Congreso Nacional de Investigación sobre Violencia y Delincuencia”**; vol. 1. Doc. De Trabajo de Fundación Paz Ciudadana, Universidad de Chile
- MINSAL (1995). **“Readecuación del Sistema Público de Atención de Salud”**. Documento Ministerio de Salud
- MINSAL, (1997). **“Estudio de Red Asistencial”**. Documento Ministerio de Salud
- MINSAL (2000). **“Plan nacional de salud mental y psiquiatría”**. Documento Ministerio de Salud
- MINSAL (2013). **“Plan de Salud-Centro de Salud Familiar Dra. Ana María Juricic-Maipú”**. Documento Dirección de Atención Primaria. Servicio de Salud Metropolitano Central

Molina Serpa, Ivette (2001). **“Los Sistemas De Información Geográfica En Epidemiología”**. En Revista de Salud Pública y Nutrición, la Habana, Cuba. Ver: http://www.respyn.uanl.mx/ii/2/ensayos/sistemas_geogra.html

Olave, Rosa Maria y Mosciatti, Ezio (2009). **“Experiencias de reducción del temor en sectores vulnerables de la región metropolitana: Algunos aprendizajes para políticas de prevención local”**. En: **“Violencia y Delincuencia en barrios”**. Ed. Fundación Paz Ciudadana-Universidad Alberto Hurtado.

OMS (1996a). Boletín Epidemiológico, volumen n° 17, n° 1, de marzo de 1996. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (1996b). Boletín Epidemiológico, volumen n° 17, n° 2, de julio de 1996. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (1999). Boletín Epidemiológico, volumen n° 20, n° 3, de septiembre de 1999. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (2001). Boletín Epidemiológico, volumen n° 22, n° 3, de septiembre de 2001. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (2003). Boletín Epidemiológico, volumen n° 24, n° 2, abril de 2003. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (2004a). Boletín Epidemiológico volumen 25, n° 1, marzo de 2004. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (2004b). Boletín Epidemiológico volumen 25, n° 3, septiembre de 2004. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (2004c). Boletín Epidemiológico volumen 25, n° 4, diciembre de 2004. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

OPS (2005). Boletín Epidemiológico volumen 26, n° 1, de marzo del 2005. En <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

Ortega, Tamara; López, Maria y Arredondo, Félix (2008). **“Seguridad ciudadana y participación comunitaria en contextos de exclusión: el caso de la comuna de La Pintana”**. En Informe: QUINTO CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA Y DELINCUENCIA SANTIAGO, CHILE - 20 y 21 NOVIEMBRE 2008. Fundación Paz Ciudadana–PUC.

Oteiza, Emiliano (2010). **“Origen y destino de la delincuencia en el gran Santiago 2009: delitos de robos con violencia o intimidación y robo en lugar habitado”**. En Documento de Trabajo: “SEXTO CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA Y DELINCUENCIA SANTIAGO, CHILE - 23 y 24 NOVIEMBRE 2010. Fundación Paz Ciudadana–PUC.

- Puig, Carol & Varela, Alberto (2009). **“Tecnologías de Información Geográfica”**. En Cuadernos Internacionales de Tecnologías para el Desarrollo Humano”. En <http://www.scribd.com/doc/14423825/Tecnologias-de-la-Informacion-Geografica>
- Rau, Macarena (2000). **“Especificación. Concurso de Espacios Públicos Para Una Mejor Confianza Ciudadana”**. Informe final, Fundación Paz Ciudadana.
- Rau, Macarena y Hein, Andreas (2004). **“Método De Diagnóstico Espacial de Problemas Delictivos: Análisis De Un Caso”**. Documento de Trabajo, Fundación Paz Ciudadana.
- Rodríguez, María José (2005). **“Los Sistemas De Información Geográfica: Una Herramienta De Análisis En Los Estudios De Impacto Ambiental” (EIA)** En <http://www.ua.es/personal/antonio.aledo/docs/libro/cap10.pdf>
- SENAME (2004). **“Estudio peritajes psicológicos en abuso sexual infantil”**. En [www://SENAME. Cl](http://www.sename.cl); visto en diciembre de 2008
- SENAME (2006). **“La acción del servicio nacional de menores en el ámbito de protección de derechos de la infancia y adolescencia. Periodo 2006-2010”**. En [www://SENAME. Cl](http://www.sename.cl). Visto en diciembre de 2008.
- SENAME (abril de 2007). **“Bases técnicas Específicas de Línea Diagnostico”**. (Documento de licitación pública; SENAME. cl)
- SENAME (2006). **“LA ACCIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES EN EL ÁMBITO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA** (documento de lineamiento político; SENAME. cl).
- SENAME (2008). **“Pautas de Evaluación anual de desempeño de proyectos de Diagnostico”**. (documento de lineamiento político; SENAME. cl).
- SENAME (2014). **“Catastro de la Oferta Programática. SENAME 2014”**. En <http://www.sename.cl/wsename/otros/op/CATASTRO-201403.pdf>
- Socorro Castro, Alejandro (2006). **“Mapas Temáticos sobre la Variabilidad Espacial Intra-urbana de Indicadores de Pobreza y Exclusión Social en tres Ciudades de América Latina. CETAS / PGU ALC Habitat, PNUD.** En Editorial Universo Sur. Universidad de Cienfuegos.
- Stephens, Robert y Rau, Macarena (2000). “Puente Alto. INFORME SOBRE TEMOR, ESPACIO PÚBLICO Y PARTICIPACION CIUDADANA”. Documento de Trabajo Fundación Paz Ciudadana.
- Tijmes, Cecilia y Varela, Jorge (2009). **“Seguridad Escolar: Aplicación de la Metodología “Prevención del Crimen Mediante el Diseño Ambiental”**. En: Revista CONCEPTOS, numero 11, vol. 9, año 2009; FUNDACION PAZ CIUDADANA
- Vrij, Aldert (2005). **“Criteria-based content analysis. a qualitative review of the first 37 studies”**. En *psychology, public policy, and law review*; 2005, vol. 11, no. 1, 3–41.

OPS. (1996) **“Uso de sistemas de información geográfica en epidemiología (sig-epi)”**. En Boletín Epidemiológico, OPS, Vol. 17, nº 1, marzo de 1996.

PAGINAS ON-LINE DE REFERENCIA:

- <http://Google Earth>. 2008. Vista en diciembre de 2008.
- <http://SENAME.cl> Vista: en enero de 2008.
- <http://MINSAL.cl> Vista en febrero 2010.
- <http://OPS.cl>. Vista en febrero 2010.
- <http://Epi6.info.com>. Vista en febrero 2010.
- <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>. Vista en febrero 2010.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiologia>. Vista en febrero 2010

ANEXO

TABLA 16. FICHA DE INGRESO

i identificación del niño/a o adolescente		
rut : _____ nombre: _____		
ap. paterno: _____ ap. materno: _____ sexo: _____		
f. de nacimiento: _____ nacionalidad: _____		
domicilio: _____ comuna: _____		
telefono: casa: _____ trabajo _____ recado: _____		
ii datos al ingreso		
calidad jurídica		
en medida de protección		m
no interviene tribunal		
recogidos por la policía		a
sin información		
Retenido		b
otra		
escolaridad	Básica	media técnico
	media comercial	media científico humanista
	sin escolaridad pero lee y escribe	analfabeto (con o sin escolaridad)
	diferencial (def. mental, audición, lenguaje, sensoriales, motores)	medio adultos
	superior (inst. profesional o universidad)	se desconoce
	básico adultos	no corresponde
	programa especial (nivelación, alfabetización, exámenes libres)	asiste regularmente
	pre-escolar (jardín infantil- kinder)	deja de asistir por iniciativa de la familia
	tipo de asistencia escolar	deja de asistir por iniciativa propia
	asiste en forma interrumpida	no asiste
	no asiste por expulsión del sistema escolar	no asiste por falta de oferta escolar
	no corresponde (niño menor de 4 años)	nunca ha sido inscrito en sistema escolar
	Otra	sin información
tipo relación con quien vive	con abuelo (a) sin los padres	con padre solo
	con ambos abuelos (sin los padres)	con padre y otras personas
	con ambos padres (con otras personas)	con padre y su pareja
	con ambos padres (sin otras personas)	con tío (a) solo
	con ambos tíos (pareja)	con tío (a) y otras personas
	con hermano (a) (sin los padres u otros)	en un establecimiento que no es de la red SENAME
	con la madre (sola)	en un establecimiento red SENAME
	con madre y su pareja	en una familia de acogida
	con madre y otras personas	Otros
	con otro pariente (sin los padres)	se desconoce
sin información		
persona contacto		
Nombre		
Teléfono		

tipo de relación contacto (con el niño/a)			
ingreso comunicado a la familia u otro		si	no
tipo solicitante ingreso			
derivación intra red SENAME	i	centro de observación y diagnóstico	
	t	centro de tránsito ambulatorio	
	b	centro de tránsito y distribución residencial	
	x	oficina de protección de derechos	
	o	policía de investigaciones	
instituciones u organizaciones de la comunidad	c	proyecto de la red SENAME c/ fines de continuidad de la intervención	
	m	departamento municipal	
	a	establecimiento de salud	
	i	establecimiento educacional	
	v	institución privada	
	w	organizaciones comunitarias	
órganos de administración de justicia	p	organizaciones de iglesia	
	p	carabineros de chile	
	k	fiscalía militar	
	g	gendarmería de chile	
otros		unidad atención a víctimas y testigos	
	o	otros	
personas naturales		sin información	
	h	solicitud de otro adulto (vecino, monitor, profesor)	
	e	solicitud el niño/a o adolescente	
	d	solicitud directa de la madre y/o padre o adulto a cargo	
	solicitud directa de otros familiares		
SENAME		dirección regional	
tiene orden de tribunal	si	no	en trámite
fecha orden de tribunal			
n° de expediente			
iii causales de ingreso			
tipo causal de ingreso	prioridad	entidad que aS.I.G.na (establecimiento, policía, tribunal)	
	1		
	2		
	3		
iv detalle de lesiones al ingreso			
presenta lesiones	si	no	
tipo de lesión	quien ocasiona la lesión		

TABLA 16. FICHA DE EGRESO

Identificación				
nombre niño: _____		rut _____		
fecha de ingreso: _____		fecha de egreso: _____		
observaciones:				
tipo de egreso		causal de egreso		
asociadas directamente a la intervención		concluye etapa de calificación diag. y se aplica la medida		
		niño/a en proceso de adopción		
		familia o adulto responsable asume rol		
		por cumplimiento de los objetivos del pii		
		peritaje concluido		
asociadas a la interrupción de la intervención		superación de la situación de amenaza o vulneración de sus derechos.		
		abandona proyecto residencial		
		deja de asistir al proyecto ambulatorio		
		deja de asistir por haber sido detenido por la policía		
asociadas a resoluciones administrativas		metodología del proyecto no acorde a las características del niño o adolescente		
		retirado por la familia o adulto responsable sin lograr los objetivos del plan de intervención		
		cumplimiento edad máxima o cumple la mayoría de edad		
		deja de ser financiado por SENAME, permanece en el proyecto financiado sólo por la institución		
		familia cambia de domicilio		
		llamada al servicio militar		
		otra institución se hace cargo del proyecto y el niño permanece en él.		
asociadas directamente a definiciones de tribunal		no corresponde al sujeto de atención del sistema		
		se deriva a otro proyecto		
otra		término del proyecto		
tribunal decide egreso		tribunal decide egreso		
tribunal autoriza diagnóstico ambulatorio		tribunal autoriza diagnóstico ambulatorio		
fallecimiento del niño o adolescente		fallecimiento del niño o adolescente		
por contraer matrimonio o constituir pareja		por contraer matrimonio o constituir pareja		
otra		otra		
sin información		sin información		
tiene orden de tribunal		fecha orden tribunal	nombre tribunal o fiscalía	n° expediente
si	no	en trámite		
medida aplicada		por tribunal	por técnico	
derivación a cereco				
derivación a familia de acogida				
derivación a opd				
derivación a pia				
derivación a programa de mediación				
derivación a programa de prevención				
derivación a programas municipales, estatales, privados				
derivación a protección residencial				
derivación a proyecto de diagnóstico				
derivación a proyecto de fortalecimiento familiar				
derivación a proyectos especializados				
egreso con familia adoptiva				
egreso con familia de origen				
egreso con familia de origen y apoyo de la red SENAME				
egreso con familia de origen y apoyo red social				
egreso con familia sustituta				
otros				
sin información				
con quien egresa				

centro o servicio fuera de la red SENAME, incluye organismo de la comunidad	
con familia biológica	
con su pareja	
con familia adoptiva	
con familia sustituta	
otros	
proyecto red SENAME (indicar n° código el proyecto)	
se desconoce	
solo	
calidad jurídica	
no interviene tribunal	
en medida de protección	
sin información	
otra (indicar)	
actualice diligencias:	
actualice direcciones:	

TABLA 17. PLANILLA DE INGRESO PERICIAL CTA HELLEN KELLER

VARIABLES	N° Variable	TIPO DE PUNTUACIÓN							
SEXO	1	1: Femenino				2: Masculino			
N° ingreso	2	Correlativo según ingreso							
Perito	3	1: Parito 1		2: Parito 2		3: Parito 3		4. Parito 4	
Fecha de nacimiento	4	Día; Mes; Año							
Fecha de ingreso	5	Día; Mes; Año							
Causal de ingreso (tipo de Abuso)	6	VS (abuso sexual): 1		VV (Violación): 2		Testigo VS: 3		VF: 4	
Situación actual	7	Egresado: 1				Vigente: 2			
Calificación de egreso (con quien egresa)	8	1: Familia o adulto responsable asume su rol		3: Con familia sustituta		4: con su pareja		7: Otros	
Causal de Egreso	9	31: Tribunal decreta libertad provisional		32: Concluye etapa de diagnostico y se aplica la medida.		41: Peritaje concluido.			
Lugar Geográfico comunal (Junta Vecinal)	10	1 – 67							
Sexo del agresor	11	No se confirma existencia agresor: 0				Masculino: 1		Femenino: 2	
Tramo de edad	12	0 – 5 años : 1		6 – 9 años: 2		10 – 13 años: 3		14 – 17 años: 4	
Credibilidad del relato (CBCA y SVA)	13	No: 0		1: si		2: El niño afirma, pero no hay suficientes indicadores en el relato (SVA)		3: Falso	
Frecuencia de la agresión	14	Episodio Único: 1		Reiterado: 2		Sistemático: 3		Crónico: 4	
Tipo de Abuso Intrafamiliar: / extrafamiliar	15	INTRA: 1		EXTRA: 2					
Agente agresor	16	Padre: 1		Madre: 2		Otro pariente: 3		Cónyuge madre/padre: 4	
Develación (Temporalidad)	17	Reactiva: 1				Tardía: 2			
Develación 2 (Motivación para develar)	18	Directa: 1				Indirecta: 2			
Develación 3 (Circunstancia)	19	Espontánea: 1			Forzada: 2			Circunstancial: 3	
Actitud ante la entrevista	20	Niega: 1		Forma Tentativa: 2		Desdice: 3		Reafirma: 4	
Hipótesis a la base	21	No corresponde: 0		Vinculo previo: 1		Amenaza castigo: 2		Fantasías daño/castigo: 3	
Reacción ante revelación del padre	22	Apoyo: 1		Incredulidad: 2		Ambivalencia: 3		Rechazo: 4	
Reacción ante revelación de	23	Apoyo: 1		Incredulidad: 2		Ambivalencia: 3		Rechazo: 4	

la madre		1				
Reacción ante revelación de otro a cargo	24	Apoyo: 1	Incredulidad: 2	Ambivalencia: 3	Rechazo: 4	Otro: 5
Presencia padre	28	Presencia: 1	Ausencia: 2	Presencia parcial: 3		
Presencia madre	29	Presencia: 1	Ausencia: 2	Presencia parcial: 3		
Presencia otro a cargo	30	Presencia: 1	Ausencia: 2	Presencia parcial: 3		
VIF	31	NO: 0	Psicológica: 1	Física: 2	Física + psicológica: 3	
Causa Proteccional paralela en Tribunal	32	SI: 1			No: 2	

TABLA 18. CRITERIOS DE CREDIBILIDAD CBCA SEGÚN KELLER Y KHONLLEN (1989)

Características Generales	Estructura lógica	
	Elaboración no estructurada	
	Cantidad de detalles	
Contenidos específicos	Incardinación en contexto	
	Descripción de interacciones	
	Reproducción de conversaciones	
	Complicaciones inesperadas durante el incidente	
Peculiaridades del contenido	Detalles inusuales	
	Detalles superfluos	
	Detalles descritos con precisión e inadecuadamente interpretados	
	Asociaciones externas relacionadas	
	Alusiones al estado mental subjetivo del menor	
Contenido relacionados con la motivación	Atribuciones al estado mental del agresor	
	Correcciones espontáneas	
	Admisión de falta de memoria	
	Plantear dudas sobre el propio testimonio	
	Auto desaprobación	
Elementos específicos de la agresión	Perdonar al autor del delito	
	Detalles característicos (detalles sensoriales, pe.)	

TABLA 19. CRITERIOS PARA UN ANÁLISIS DE LA VALIDEZ DEL RELATO SEGÚN KELLER Y KHONLLEN (1989)

Características Psicológicas	Lenguaje y conocimientos adecuados.	
	Adecuación del afecto.	
	Susceptibilidad a la sugestión.	
Características de la Entrevista	Preguntas sugestivas, directivas o coercitivas.	
	Adecuación global de la entrevista.	
Motivación para informar en falso	Motivos para declarar (develación).	
	Contexto de la revelación o informe original.	
	Presiones para informar en falso.	
Cuestiones de la investigación	Consistencia con las leyes de la naturaleza.	
	Consistencia con otras declaraciones.	
	Consistencia con otras pruebas.	

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS

SENAME. Servicio Nacional de Menores

CTA. Centro de Atención Ambulatoria

CTD: Centro de Atención Diagnóstica.

OPS. Organización Panamericana de la Salud

SIG: Sistema Información Georeferenciada.

COSAM: Centros de Salud Mental Ambulatoria

MINSAL. Ministerio Nacional de Salud

CESFAM: Centros de Salud Familiar

CPTED: Prevención del crimen mediante diseño urbano

S.E.C.P.L.A. Servicio Comunal de Planificación