

Reservado

M  
B533a  
1998  
c.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

AGRESIÓN SEXUAL: UN ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS  
PSICOLÓGICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGO

Y AL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

HÉCTOR BERROETA TORRES

CAROLINA SAAVEDRA INOSTROZA

PROFESOR PATROCINANTE

DOMINGO ASÚN SALAZAR

VALPARAÍSO, CHILE

DICIEMBRE DE 1998

*Carolina Inostroza*

*matr.: 14134*



## AGRADECIMIENTOS

*“...Ella llevaba una camisa ardiente*

*Ella tenía ojos de adormecedora de mares*

*Ella había escondido un sueño en un armario oscuro*

*Ella había encontrado un muerto en medio de su cabeza...”*

*Vicente Huidobro – Ella*

A todas ellas...

Domingo Asún, más que al profesor a la persona.

Nuestros padres, recodos permanentes del camino.

Café Hesperia, por el espacio de encuentro

Enrique Echeburúa, Paz de Corral, Irene Zubizarreta y Belén Sarasua, Psicólogos,

Profesores Facultad de Psicología Universidad del País Vasco.

Darío Páez, Psicólogo, Profesor Facultad de Psicología Universidad del País Vasco.

Aldo Vera, Psicólogo Universidad Diego Portales.

Delfina Pacheco, Cabo 2º Carabineros de Chile.

Nelly Sandoval, Cabo 2º Carabineros de Chile.

Funcionarios Subcomisaría Asuntos de la Familia, Carabineros de Chile – Valparaíso.

Miguel Melivilú, Anátomo-patólogo Instituto Médico Legal.

Juan Sandoval, Psicólogo, Profesor Escuela de Psicología Universidad de Valparaíso.

Amadeo Gneco, Actuario 1º Juzgado del Crimen de Valparaíso.

## CONTENIDOS

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	vi
<b>LISTA DE TABLAS</b>	ix
<b>RESUMEN</b>	x
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Definiciones de Agresión Sexual	2
1.2 Modelos Explicativos de la Agresión Sexual	13
1.3 Epidemiología de la Agresión Sexual	18
1.4 Consecuencias Psicológicas de la Agresión Sexual	22
1.5 Factores Relevantes en la Recuperación de la Víctima	33
1.6 Formulación Específica de la Investigación	37
<b>CAPÍTULO II: MÉTODO</b>	
2.1 Diseño	49
2.2 Sujetos	50
2.3 Definición de Variables	55
2.4 Técnicas de Recolección de Datos	56
2.5 Procedimiento	61
2.6 Procesamiento de Datos	62
2.7 Análisis de Datos	63
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b>	
3.1 Descripción de las Consecuencias Psicológicas	69
3.1.1 Análisis Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y	

Somatoformes	69
1.1.2 Análisis Escala Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático	72
3.2 Descripción de los Factores Psicosociales	73
3.2.1 Análisis Escala de Estrategias de Afrontamiento	73
3.2.2 Análisis Escala de Apoyo Social Familiar	79
3.2.3 Análisis Escala de Apoyo Social de las Amistades	79
3.3 Descripción de Tipologías	80
 <b>CAPÍTULO IV: OTROS RESULTADOS</b>	
4.1 Introducción	89
4.2 Descripción del Desarrollo de la Intervención	92
4.2.1 Caracterización de la Institución y Relación con los Interventores	92
4.2.2 Caracterización de los Sujetos Beneficiarios	95
4.2.3 Supuestos que fundamentan y organizan la intervención	95
1.2.4 Objetivos	98
1.2.5 Actividades	100
4.3 Dimensión Institucional de la Agresión Sexual	105
4.3.1 Introducción	105
4.3.2 Análisis	107
4.3.3 Modelo Explicativo de la Dimensión Institucional de la Agresión Sexual	127
 <b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	
5.1 Implicancias de los Resultados	133
5.2 Limitaciones del Estudio	139
5.3 Implicancias para Futuras Investigaciones	140

<b>REFERENCIAS</b>	141
<b>APÉNDICES</b>	149
APÉNDICE A: Protocolo de Entrevista	150
APÉNDICE B: Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes	153
APÉNDICE C: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	161
APÉNDICE D: Escala de Estrategias de Afrontamiento	167
APÉNDICE E: Escala de Apoyo Social Familiar	172
APÉNDICE F: Escala de Apoyo Social de las Amistades	177
APÉNDICE G: Pauta de Entrevista Semiestructurada	182
APÉNDICE H: Entrevista a Funcionario de Atención Policial	184
APÉNDICE I: Entrevista a Funcionario de Peritaje Médico	192
APÉNDICE J: Entrevista a Funcionario de Proceso Judicial	198

## LISTA DE FIGURAS

N°		Pág.
1	Reacciones de las Víctimas y Secuelas de la Violación.	23
2	Modelo de Factores Relevantes en la Recuperación de la Víctima.	34
3	Confiabilidad Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes	57
4	Confiabilidad y Validez Escala de Apoyo Social Familiar.	60
5	Confiabilidad y Validez Escala de Apoyo Social de las Amistades.	61
6	Puntos de Corte Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes	65
7	Evaluación Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	66
8	Evaluación Escala de Estrategias de Afrontamiento	67
9	Punto de Corte Escala Apoyo Social Familiar	67
10	Punto de Corte Escala Apoyo Social de las Amistades	68
11	Resultados Subescala Síntomas Depresivos	69
12	Resultados Subescala Síntomas por Ansiedad	70
13	Resultados Subescala Síntomas Somatoformes	71
14	Resultados Subescala Reexperimentación	72
15	Resultados Subescala Evitación	72
16	Resultados Subescala Activación	73
17	Resultados Estrategias: Afrontamiento Activo y Planificación	74

18	Resultados Estrategias: Supresión de Actividades Competitivas y Autocontrol-Contención	74
19	Resultados Estrategias: Búsqueda de Apoyo Social Instrumental y Búsqueda de Apoyo Social Afectivo	75
20	Resultados Estrategias: Reinterpretación Positiva y Crecimiento, y Aceptación de Responsabilidad	75
21	Resultados Estrategias: Focalización y Ventilación de Emociones, y Negación	76
22	Resultados Estrategias: Descompromiso Conductual y Descompromiso Mental	76
23	Resultados Estrategias: Descompromiso mediante Alcohol y Drogas, Autocontrol (no expresión de emociones)	77
24	Resultados Estrategias: Escape y Evitación, y Confrontación Directa	78
25	Resultados Estrategia de Aceptación de Responsabilidad y Autocrítica	78
26	Resultados Escala de Apoyo Social Familiar	79
27	Resultados Escala de Apoyo Social de las Amistades	79
28	Fase de Contacto Policial	108
29	Elementos Facilitadores y Obstaculizadores de la Fase Contacto Policial	110
30	Fase de Peritaje Médico	113
31	Elementos Facilitadores y Obstaculizadores de la Fase de Peritaje Médico	115

32	Fase de Proceso Judicial	120
33	Elementos Facilitadores y Obstaculizadores de la Fase de Proceso Judicial	123
34	Esquema Explicativo de la Dimensión Institucional de la Agresión Sexual	127

## LISTA DE TABLAS

Nº		Pág.
1	Edad.	51
2	Escolaridad.	52
3	Estado Civil.	52
4	Actividad Laboral.	53
5	Tipo de delito	53
6	Tiempo transcurrido entre Comisión y Denuncia del Delito	54
7	Frecuencia de Abuso	54
8	Tipología de Sintomatología	81
9	Tipología de Afrontamiento	82
10	Tipología Sociodemográfica	83
11	Tipología de Agresión Sexual	83
12	Tipología de Sintomatología-Afrontamiento	84
13	Tipología de Sintomatología-Apoyo Social	85
14	Tipología de Sociodemografía-Agresión	86
15	Tipología de Sintomatología-Sociodemografía-Agresión	86
16	Tipología de Afrontamiento-Sociodemografía-Agresión	87
17	Tipología de Sintomatología-Fact.Psicosociales- Sociodemografía-Agresión	88

# AGRESIÓN SEXUAL: UN ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES

## Resumen

El presente estudio tiene como propósito describir ciertas consecuencias psicológicas – síntomas depresivos, por ansiedad, somatoformes, de reexperimentación, de evitación y de aumento de activación- y algunos factores psicosociales –estrategias de afrontamiento, apoyo social familiar y apoyo social de amistades- presentes en mujeres víctimas de abuso sexual denunciado. Con este fin, se evaluó a una muestra accidental compuesta por un total de 20 víctimas que efectuaron una denuncia en Carabineros de Valparaíso, durante el primer semestre de 1998. Se les aplicó la Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes, y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, a fin de obtener información sobre las consecuencias psicológicas. Para conocer los factores psicosociales se aplicaron la Escala de Estrategias de Afrontamiento, la Escala de Apoyo Social Familiar y la Escala de Apoyo Social de las Amistades. Los resultados obtenidos en este estudio, hacen posible señalar que las consecuencias psicológicas inmediatas no varían considerablemente entre las víctimas, interrumpiendo su funcionamiento normal en la vida. Esto, a pesar de que los factores psicosociales que las rodean puedan presentarse de forma muy diferente, y a largo plazo puedan constituir elementos favorecedores de la recuperación de las víctimas.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La problemática de la violencia sexual al pertenecer a ámbitos privados, como el de la sexualidad, la intimidad y la familia, ha sido difícil de analizar públicamente; al hacerlo se ha tendido a buscar la “causa” o “patología”, cayendo en el reduccionismo biológico de buscar algún sustento desde lo innato o propio de la naturaleza humana o juzgarlo de modo aislado como desviación patológica (Bravo, 1994).

Hasta hace algunos años, las investigaciones estaban centradas especialmente en la violación como acto delictivo y en aquellos que los cometían: los violadores. Actualmente se ha intentado abordarla integrando los aportes de diferentes disciplinas, lo que ha permitido incorporar el estudio de los efectos de las agresiones sexuales, surgiendo de este modo una nueva dimensión: la víctima de violación.

Cualquier persona puede convertirse en víctima de un ataque sexual. Sin embargo los datos demuestran que son las mujeres quienes sufren en mayor medida este delito. Por ello el esfuerzo actual de los investigadores se centra en la mujer como víctima de agresiones sexuales.

En este mismo sentido, el presente estudio tiene por finalidad conocer sobre las diferencias individuales en la experiencia de agresiones sexuales, específicamente sobre sus consecuencias psicológicas y factores psicosociales.

## 1.1 Definiciones de Agresión Sexual

La agresión sexual como forma de comportamiento humano, tiene un doble componente de violencia y sexualidad en una misma conducta. Tradicionalmente se ha abordado el fenómeno desde una visión psicopatológica, considerado dentro de las perversiones o desviaciones de la conducta sexual, fenómeno que ha sido paralelo a la estigmatización de diversas conductas sexuales como "anómalas" (Soria y Hernández, 1994).

Del mismo modo, ha existido un uso indiscriminado de nociones utilizadas como equivalentes pero detrás de las cuales persisten concepciones ideológicas alejadas de los avances científicos en el estudio de la sexualidad humana. Katchadourian y Lunde (1981) han estudiado que investigaciones transculturales e históricas demuestran la universalidad de las variaciones de la sexualidad humana y una gran diversidad de posiciones culturales frente a ella.

En este sentido Alario (1993), haciendo una panorámica histórica, señala que en la Antigüedad la violación constituía un medio para procurarse esposa. Una mujer que era violada, era llevada posteriormente a la tribu del violador, quedando establecido así que el sujeto en cuestión tenía que proteger su "propiedad" frente a otros hombres. Posiblemente esta situación propició las primeras reglas o leyes en contra de la violación, la cual era conceptualizada como un delito contra la propiedad y el honor masculinos (Brownmiller, 1975). Según el código de Hammurabi (de unos 4.000 años de antigüedad), el hombre que violaba a una mujer prometida y virgen era condenado a muerte, pero si la violación recaía sobre una mujer casada, ambos eran considerados culpables. Con ciertos matices, en la Biblia (Deuteronomio, 22, 22-28) la violación de una mujer virgen tenía una connotación especial, pues se la consideraba culpable sólo si la agresión se producía dentro de las murallas de la ciudad (sus gritos habrían alertado a los vecinos, socorriéndola de tal abuso), mientras que la mujer que era violada extra muros, no recibía castigo ya que se suponía que a nadie llegaban

sus demandas de auxilio.

Legislaciones posteriores incluyeron circunstancias agravantes o atenuantes, siempre arbitrarias a la hora de sancionar la violación. En el siglo XII, al dictaminar acerca de la culpabilidad o inocencia del agente o de la víctima, esta arbitrariedad quedaba en evidencia, al quedar el noble libre de todo castigo, recibéndolo sin embargo su lacayo. En el siglo XIII, se encuentra en las leyes inglesas dos novedades, en primer lugar, se dirimía la distinción a una mujer casada o a una virgen, y en segundo lugar, quedaba suprimida la obligación de que el violador se casara con la víctima (Brownmiller, 1975). A partir de éste momento, se comienzan a considerar razonablemente los elementos básicos que se tipificarán como delito de violación y su penalización legal.

Recogiendo lo anterior, es posible señalar que la agresión sexual, como comportamiento humano, está predeterminada histórica y culturalmente. Múltiples autores han reconocido también la necesidad de utilizar un enfoque multicausal en su comprensión, articulando aspectos históricos con ciertos elementos sociales y legales. De este modo, a continuación se presentan dos aproximaciones a la definición de agresión sexual: la concepción jurídico-legal y la concepción psicosocial.

Como un primer abordaje, la *concepción jurídico-legal* se encuentra en los ordenamientos de las leyes penales donde se tipifican las conductas consideradas como delitos. Entendiendo por delito, según el Artículo 1° del Código Penal, toda acción u omisión voluntaria penada por la ley.

El marco de los delitos por agresión sexual se sitúa dentro de los ataques que puedan dirigirse a la familia y su constitución, ya sea por personas extrañas o por los que de ella formen parte. En este sentido, el código chileno no menciona el bien jurídico de la libertad sexual, pues esencialmente lo que se quiere proteger es la moralidad familiar y una conducta

sexual que se dé dentro de los márgenes de la familia amparada por la ley. Transgresiones graves contra las personas quedan en evidencia al protegerse ciertos aspectos o instituciones pero no necesariamente las personas que las conforman; como por ejemplo, el no considerar delito la violación entre cónyuges o eximir de responsabilidad al violador que se casa con su víctima (Bravo, 1994).

La conceptualización penal de este tipo de conductas se agrupa bajo el título de Delitos Contra el Orden de las Familias y Contra la Moralidad Pública, Título VII (Código Penal, 1994), según el cual:

**Art. 361.** La violación de una mujer será castigada con la pena de presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado medio.

Se comete violación yaciendo con la mujer en alguno de los casos siguientes:

1° Cuando se usa fuerza o intimidación.

2° Cuando la mujer se haya privada de razón o de sentido por cualquier causa.

3° Cuando sea menor de doce años cumplidos, aún cuando no concorra ninguna de las circunstancias expresadas en los dos números anteriores.

En el caso del número 3° del inciso anterior, la pena será de presidio mayor en su grado medio a máximo.

**Art. 362.** Los delitos de que trata este párrafo se consideran consumados desde que hay principio de ejecución.”

Recogiendo lo descrito en los artículos 361 y 362 del actual Código Penal, la violación es considerada como tal en tanto exista un “acto de yacimiento”, es decir, haya una penetración vaginal; el resto de las actividades sexuales, en las que no existe una penetración vaginal o intento de la misma, quedan clasificadas como abusos deshonestos. Esta definición jurídica supone una conceptualización excesivamente restrictiva de la violación, lo que se refleja en una pena significativamente menor para el violador que no encaja en el supuesto señalado.

Aspectos de la tipificación española de este delito que se asemejan a la conceptualización chilena, permiten rescatar ciertos elementos analizados por Soria y Hernández (1994). La presencia de fuerza o intimidación, minoría de edad y pérdida de conciencia o razón, constituyen elementos externos que pueden impedir la “resistencia” de la víctima, haciendo referencia de modo indirecto a la ausencia de un consentimiento efectivo o válido. Así, por ejemplo, respecto del uso de la fuerza o intimidación, hay que demostrar un alto grado de resistencia ante el ataque para que no surja la presunción de inocencia del agresor.

En el caso de abuso sexual en la infancia, la ley distingue entre estupro e incesto:

**“Art. 363.** El **estupro** de una doncella, mayor de doce años y menor de dieciocho, interviniendo engaño, será castigado con presidio menor en cualquiera de sus grados.

**Art. 364.** En igual pena incurrirá el que, conociendo las relaciones que lo ligan, cometiere **incesto** con un ascendiente o descendiente por consanguinidad legítima o ilegítima o afinidad legítima o con un hermano consanguíneo legítimo o ilegítimo, aunque sea mayor de veinte años”.

En el delito de estupro, el engaño aparece como la mendacidad o ardid de que se vale el seductor para que la mujer consienta el acto que de otro modo no hubiera permitido; lo que finalmente, refleja la mentalidad paternalista de la sexualidad adolescente y la mirada pasiva hacia la mujer en la relación, no considerándola como sujeto con sexualidad autónoma. Puede existir defensa hacia el agresor dirigida a ausentarlo de dolo, aludiendo a la confusión por la apariencia de la víctima y haber creído que ésta tenía experiencia sexual (el término “doncella” hace referencia a ausencia de experiencia sexual de cualquier tipo).

En relación al incesto, Bravo (1994) sostiene que no existen diferencias importantes

entre su definición legal y psicosocial, caracterizándose la relación por la utilización e imposición de la autoridad a través de la desigualdad del poder. Otra observación, sustentada por Etcheberry, es que la ley, más que proteger a las personas y al orden de las familias, lo que quiere evitar es que se “engendren hijos que de acuerdo a las leyes biológicas, puedan ser un factor de degeneración de la familia y aún de la estirpe”.

“**Art. 365.** El procesado por el delito de **sodomía** sufrirá la pena de presidio menor en su grado medio.

Se impondrá la pena de presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado medio al que cometiere el delito concurriendo algunas de las siguientes circunstancias:

1° Cuando se use de fuerza o intimidación sobre la víctima, y

2° Cuando se halle la víctima privada de razón o de sentido por cualquier causa.

Se impondrá la pena de presidio mayor en su grado medio a máximo si el ofendido fuere menor de catorce años cumplidos, aún cuando no concorra ninguna de las circunstancias expresadas en los dos números del inciso anterior.”

La figura jurídica de la sodomía es diferente a la de violación, puesto que esta última considera sólo a víctimas mujeres. La penalización de la sodomía, establece que la intimidación de la víctima o uso de la fuerza física agrava el delito, lo que podría denominarse “violación sodomítica”; sin embargo, este delito contempla dos actos diferentes: contacto sexual consentido entre dos varones de sexo masculino, y relación sexual entre dos varones con forzamiento por parte de uno de ellos.

“**Art. 366.** El que **abusare deshonestamente** de personas de uno u otro sexo mayor de doce años y menor de dieciocho, será castigado con presidio menor en cualquiera de sus grados. Si concurre alguna de las circunstancias expresadas en el artículo 361, se estimará como

agravante del delito, aún cuando sea mayor de veinte años la persona de quien se abusa.”

Bravo (1994) señala que este delito contempla atentados al pudor no contemplados en otro delito específico como, por ejemplo, agresiones sexuales sin llegar a la penetración vaginal o violación a hombres menores de edad. Tanto el sujeto activo como el pasivo pueden corresponder a un hombre o a una mujer, con el señalamiento de que la víctima debe tener menos de veinte años o presentar algunas consideraciones especiales similares al caso de violación.

El *rapto*, *ultraje público a las buenas costumbres* y *favorecimiento de la prostitución* constituyen otros delitos sexuales tipificados en el Código Penal chileno, pero que considerando la pertinencia a la presente investigación no son analizados extensamente:

- El *rapto* hace referencia al secuestro que se hace de una mujer con la intención de abusar sexualmente de ella.
- El *favorecimiento de la prostitución* contempla el castigo a aquel que, habitualmente, con abuso de poder y autoridad, promueve la prostitución de menores de edad.
- El *ultraje público a las buenas costumbres* considera aquellos actos que se consideran ofensivos para la moralidad, que no están penalizados por las otras figuras penales y que son calificados por el juez, conforme lesionen efectivamente el pudor y las buenas costumbres.

La definición legal ha seguido históricamente el curso de toda la tipificación delictiva; en cada época histórica la sociedad ha delimitado las conductas sancionables desde la institución legal/política. De este modo, como señalan Soria y Hernández (1994), la aplicación de la etiqueta de violación al sexo no consentido sólo se ha utilizado socialmente cuando el asaltante es un extraño violento, el incidente se denuncia inmediatamente y la víctima muestra

una resistencia activa. La violación por un agresor conocido que suceda en una relación interpersonal, resulta un difícil concepto para los miembros del sistema jurídico-penal, quienes han buscado incluso la posibilidad de utilizar términos alternativos (Goodchilds, Zellman, Johnson y Giarrusso, 1988).

Otro concepto que ha encontrado grandes dificultades para ser definido es el término **víctima**. Si bien éste aparece señalado en los códigos penales, se le asocia a otros similares o relacionados: "testigo", "parte injuriada", "perjudicada", etc. La víctima es aquella persona que "recibe" un delito, siendo la tipología delictiva penal quien define las diversas victimizaciones posibles, pero quedando aún sin definirse el sujeto de estudio (Burt y Estep, 1981).

Para Soria y Hernández (1994), las dificultades en la definición del concepto, ya se encuentran en la doble acepción latina del vocablo víctima: "vincere" que hacía alusión, por un lado, a animales sagrados sacrificados a los dioses y, por otro, al sujeto vencido en un confrontamiento. Las definiciones actuales muestran la tendencia a contemplar todo tipo de víctimas, o bien a restringir el concepto y asociarlo sólo al delito estipulado según la legislación vigente.

Basándose en la definición entregada por la ONU (1985), se entiende por víctima, tanto psicosocial como jurídicamente:

"Toda persona, colectivo o institución que directa, o indirectamente, hayan sufrido los efectos derivados de una acción delictiva, ya sean lesiones físicas o mentales, alteraciones psicosociales de su funcionamiento habitual, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como persona. Todo ello al margen de la identificación, aprehensión, enjuiciamiento y condena del perpetrador, e independientemente de la relación (familiar e interpersonal) sostenida entre el agresor y la víctima, incluyendo tanto los núcleos sociales más próximos como aquellos más distantes afectados directamente por el delito o que actuaron en su defensa en el momento del suceso" (Soria y Hernández, 1994).

Así como se ha definido la agresión sexual desde la legislación vigente, existen numerosos autores que aportan una mirada psicológica, social y cultural en el entendimiento de este tipo de conductas. De este modo, la presente aproximación al concepto la proporciona la ***concepción psicosocial:***

Desde esta perspectiva, la agresión sexual es entendida como formas de conducta asocial que implican un quebranto a las reglas sociales de interacción o una acción contra la autodeterminación de los demás.

Para aproximarse al concepto, Avendaño y Vergara (1992) hacen una primera delimitación del término violencia respecto de su materialidad. Debe distinguírsela de otros fenómenos en los que “ se ejerce presión sobre las personas, se busca impedir realizar ciertas acciones, se excluye, se establecen límites cuestionables y se pretende ejercer influencia a través de procedimientos inadecuados. Es una acción en la que no sólo hay amenaza sino también una intervención física de un individuo o grupo contra otro individuo (o también contra sí mismo) que tiene por objeto destruir, dañar o coartar” (García, 1989). Se considera como una segunda distinción que, la violencia es una forma de acción social, habitualmente voluntaria y cuyos efectos son concientes o pueden llegar a serlo. Un tercer aspecto es la diferenciación entre tipos de violencia; con relación a la violencia contra sí mismo, social y política, la violencia sexual tiene una especificidad; pues su práctica implica el ejercicio de la sexualidad del agresor contra la sexualidad de la víctima, relación en la que ésta última o no tiene la capacidad de discernimiento respecto de consentir o no la relación - por ser menor de edad; tener alteradas sus facultades mentales transitoria o permanentemente -, o bien no ha consentido de manera alguna el contacto sexual.

Bravo (1994) por su parte, al referirse a la conceptualización del abuso sexual,

considera los siguientes elementos:

- La existencia de un contacto o interacción de tipo sexual no consentido por una de las partes o no decidido voluntariamente por ésta.
- La existencia, por parte del abusador, de la búsqueda de la propia excitación sexual por medio del contacto físico-genital con otra persona, con o sin provocación de excitación sexual de esta última.
- Lo anterior es impuesto a través de la fuerza y/o la intimidación.

Así también, en relación a la clasificación los abusos sexuales, plantea cuatro tipos: Incesto, Violación, Abusos Deshonestos y Violación Sodomítica

- **Incesto:** Todo contacto o interacción de tipo sexual realizada en forma voluntaria por un adulto que es pariente de la víctima, incluidos los no biológicos (padrastrós, hermanastros, tíos o personas a cargo de los menores). Trepper y Barret (1989) definen tal interacción sexual como: tocar, besar o acariciar los genitales u otras partes del cuerpo de un modo sexual; abierto contacto sexual; contacto oral-genital; estimulación manual de los genitales; o intercurso sexual. Cabe dentro de esta categoría todo comportamiento que intente estimular sexualmente al niño o a un pariente adulto por medio del niño (mostrar material erótico, fotografiar al niño de manera inapropiada o hablarle en forma obscena).
- **Violación:** Ataque de tipo sexual (con similares características señaladas para el incesto), que tiene como finalidad y producto la penetración de cualquier tipo (vaginal, anal o bucal). Se caracteriza por ser ejercido por personas ajenas, desconocidas o de parentesco lejano con la víctima. Frente a la oposición de la víctima (se realiza sin su consentimiento o voluntad), se ejerce frecuentemente la violencia física, muchas veces necesaria pues la intimidación es menos apremiante que en el caso de incesto.
- **Abusos Deshonestos:** El abordaje de tipo sexual que no intente la penetración cabe

dentro de esta categoría, como toda conducta sexual no consentida por una de las partes que no pueda clasificarse dentro de las categorías anteriores, es decir, en la cual no se concrete una relación sexual ni se cometa un acto de incesto.

- **Sodomía:** Este acto sexual ejercido por un hombre sobre otro, contempla dos tipos de comportamientos; contacto sexual entre dos varones con forzamiento por parte de uno de ellos y relación sexual consentida entre dos varones de sexo masculino. Respecto de esta última, se discute que atentaría contra la libertad de las personas, libertad de la opción sexual y ejercicio de la propia sexualidad. Para distinguir ambos tipos, se utiliza para el primero el concepto de Violación Sodomítica.

En conjunto, contemplando las perspectivas jurídico-legal y psicosocial es posible observar, como señalan Soria y Hernández (1994), que la agresión sexual es un fenómeno sociocultural, que posee un perfil transcultural. En esta problemática, la sexualidad aparece como un valor socialmente protegido y recogido en los diferentes códigos penales, aunque con diferentes resguardos (la vida, la seguridad, la libertad personal, la familia, etc.). Como es posible reconocer, el factor dominante es la agresión en sus múltiples formas, donde el medio para ejercerla es la conducta interpersonal de contenido sexual. Se estima que el objetivo de tal conducta es satisfacer necesidades personales del agresor, ya sea de contenido estrictamente sexual o no. En síntesis, se trata de un fenómeno complejo y aglutinador de múltiples y variadas formas de conducta.

La búsqueda de una definición de agresión sexual que resulte satisfactoria ha sido difícil. El concepto de violación es cambiante según el tipo de sociedad y las creencias culturales existentes, como también según la perspectiva desde que se analice (psicosocial o jurídica). Estos elementos producen ciertos efectos sobre el concepto de agresión sexual y

finalmente sobre el sujeto que va a considerarse como víctima.

En este sentido, Veronen y Kilpatrick (1983) reconocen como un primer efecto de las creencias culturales la presencia de una **definición muy restrictiva de la violación**, en donde el suceso será considerado una “verdadera” violación dependiendo de las características propias de la mujer y la existencia de violencia física en la agresión. Como segundo efecto está la tendencia a **trivializar el impacto** de la experiencia, donde aparece la mujer participando de algún modo en la relación sexual, en vez de conceptualizarse como una agresión que, si bien se relaciona con la sexualidad, posee graves consecuencias sobre la mujer. El tercer efecto tiene relación con la **denuncia del hecho con menor frecuencia** en aquellas mujeres cuya violación no encaja con una violación “verdadera”, ya que se pone en duda la veracidad del suceso e incluso pueden recaer responsabilidades sobre la víctima.

Si a lo anterior se agrega que, dentro del marco jurídico, la tipificación de delitos sexuales se realiza según la actividad sexual llevada a cabo en la agresión, se observa que la conceptualización de las agresiones sexuales es excesivamente restrictiva. Un ejemplo de ello se evidencia en el caso de la violación, en donde resulta aún necesario que se dé la penetración vaginal para que legalmente se considere como tal; encontrándose que, desde el punto de vista clínico, el impacto de las agresiones sexuales en la mujer no depende de que se dé o no tal penetración.

En virtud de lo expuesto, el presente estudio considera como **violación**:

“cualquier actividad no consensuada que se ha alcanzado mediante la coacción, la amenaza de utilizar la fuerza o el uso de la fuerza” (Veronen y Kilpatrick, 1983).

Esta definición “psicológica” de violación marca el énfasis en la percepción que tenga la mujer de la agresión que ha sufrido —y que se considere a sí misma objeto de una agresión—, sean cuales sean las formas y circunstancias en que dicha agresión haya sido llevada a cabo; es

entonces que, el acento no debe colocarse en el tipo de actividad sexual, sino en el daño físico y/o psicológico causado a la víctima. El modo en que una mujer interprete la violación será un punto clave en su readaptación y en la elección por parte del clínico del tipo de tratamiento más adecuado.

## 1.2 Modelos Explicativos de la Agresión Sexual

Para comprender el fenómeno del abuso sexual, diversos autores realizan un análisis del rol de la *sexualidad* en nuestra sociedad. A este respecto, Bravo (1994) señala 2 lineamientos teóricos, desde los cuales puede analizarse: la modernización de la sociedad, y los esquemas autoritarios ligados al machismo y al patriarcado.

En relación a los procesos de modernización, Luhmann (1988) señala que en la sociedad contemporánea se ha favorecido especialmente la individuación fundamentada en la intimidad. La integración social se desplegaría a partir de una lógica cognitiva y no una normativa; la articulación está a la base de criterios cognitivos y mecanismos de valores que operan con ajustes automáticos de ensayo y error a partir de una información procesada, por lo tanto, la acción cognitiva no requiere criterio normativo alguno. Las ciencias sociales no deben centrarse en la búsqueda del deber ser, pues existiría una ausencia de fijación normativa, la racionalidad se basaría en la estabilización funcional. Esto resulta importante en el análisis del abuso sexual, pues unido a otros fenómenos podría dar cuenta de una serie de "precipitadores" o "justificadores" de los comportamientos sexuales desviados. La ausencia de principios religiosos y la crisis de las religiones, coincide con la percepción de omnipotencia y poder; el hedonismo y la búsqueda de sensaciones; la desestructuración de la familia como unidad social

y sustento emocional de sus miembros; la carencia de contactos interpersonales estrechos y cercanos; la acumulación de frustración y la despersonalización; podrían estar a la base de los comportamientos que analiza.

Foucault (1984), en relación al segundo lineamiento, establece una relación directa entre sexualidad y poder, haciendo alusión a que la idea de "sexo" ha evitado el trato directo del tema del poder. El sexo, al ser prohibido por los grupos de poder y, por lo tanto, reconocido como existente y propio de los seres humanos, aumentaría su deseo a partir del mecanismo de internalización de la culpa propuesto por Freud en 1930. Este mecanismo consistiría en la reorientación de la energía instintiva o vital hacia objetivos culturales, donde la presencia de un malestar del individuo en la cultura, que surge de la oposición (y unidad) del deseo y la prohibición de la satisfacción instintiva, lo lleva finalmente a postergar su individualidad para el logro de la vida social y en comunidad.

Al imponerse la consideración de que la sexualidad por naturaleza es desviada, todos los seres humanos con consciencia de nuestros impulsos sexuales llevaríamos con nosotros un problema inevitable, el de la necesidad de controlar este impulso para dar paso al bienestar social. Se señala, entonces, que si bien el sexo tendería a ser censurado y ocultado, sería publicitado en todos los aspectos que lo identifican con lo desviado, lo promiscuo y lo condenable: lo paradójico radica en que la confesión de esta culpa, como uno de los rituales sociales, permitiría la "liberación" del hombre.

Estos aspectos se relacionan, también de manera importante, con la sobrevaloración del trabajo a expensas del placer, y el desarrollo económico a expensas de la calidad de vida de las personas. Así entonces, el autor establece que la represión está vinculada con el poder, el saber y la sexualidad, con el desarrollo, el capitalismo y el orden burgués; base suficiente para sostener que, si el sexo es prohibido con tanto rigor es porque es incompatible con una

dedicación exclusiva para el trabajo, permitiéndose sólo aquellos placeres que permitan la reproducción, o sea, la generación de nuevos miembros útiles a la sociedad.

En este mismo sentido, Ortega y Gasset (1976) enuncia una “disociación intrínseca a la cultura”, pues para él la cultura nace de los individuos, que una vez “objetivada” se contrapone a la subjetividad que la engendró. Este pensador cuestiona las ataduras creadas en torno a un aspecto que, de no permitir su expresión natural y “humana”, se desvirtúa generando desviaciones que resultan peores que la propia naturaleza. Así, sexo y poder han estado amparados por órdenes permitidos en la sociedad, como ocurre en el incesto, donde la alusión a la autoridad familiar que se da al padre resulta uno de los argumentos de defensa más poderosos.

En torno al concepto de patriarcado se articula la explicación de la naturaleza de imposición violenta del poder que caracteriza todo abuso sexual. Chejter (1988) plantea que a través de los mitos referidos a la sexualidad, a los roles sexuales y a la familia se remarca la asimetría existente entre mujeres y hombres; se enfatiza la importancia de los mecanismos de control y reproducción de un orden social que se sostiene sobre la autoridad del patriarca, en el que se definen modelos de femineidad y masculinidad que a la vez impulsan y encubren las numerosas facetas de la violencia. Avendaño y Vergara (1992) caracterizan el acto de violación sexual como ejercido en forma violenta contra personas jerárquicamente inferiores, como mujeres y niños.

Elementos importantes en la crianza del varón que inciden en su desarrollo posterior favorecen el modelo machista; en primer lugar, se privaría al niño de la ternura y la sensualidad a la que tiene derecho, en especial a las relaciones que tiene con su padre; en segundo lugar, se enfatizaría en forma exagerada el control por parte del niño de sus emociones, ya que éstas son señal de “debilidad”; y en tercer lugar, el niño recibiría golpes en esta etapa que le enseñarían a usar la fuerza como un medio efectivo para lograr lo que desea en otros. Esta agresión

aumentaría sus instintos de agresión destructiva. Por otra parte, en la educación de la niña se enfatizan los rasgos de sumisión y dependencia; educada de esta forma no se reconoce a sí misma como ser sexual, asumiendo un rol pasivo con una sexualidad al servicio del hombre. Al sentirse como objeto sexual, se hace responsable por la excitación y satisfacción del hombre.

Desde la psicología y el estudio de los sistemas familiares Barudi (1991) ha abordado el tema del abuso y el incesto. El abuso sexual dentro de la familia es entendido como el resultado de pautas de interacción entre sus miembros, donde esta interacción familiar abusiva se asocia con el abuso de poder existente en la sociedad y la cultura más general. Así, el maltrato infantil, los abusos sexuales y sus consecuencias (como la prostitución) serían una reproducción del funcionamiento de sistemas humanos macrosociales donde los adultos utilizan a los niños, a los más débiles o los que ocupan posiciones de menor poder en la sociedad, para satisfacer sus necesidades y resolver sus conflictos. Desde esta misma sociedad "adultista" se delega la responsabilidad de tales fenómenos a patologías individuales aisladas o directamente a los niños o adolescentes mediante argumentos que hacen alusión a su falta de responsabilidad, a su excesiva dependencia de los adultos y a la carga que implica para estos últimos su tardío desarrollo e inserción social.

Como se señaló anteriormente, la agresión sexual como forma de comportamiento humano, tiene un doble componente de violencia y sexualidad en una misma conducta. En este sentido, autores como Hollin (1989) consideran que actualmente existe un consenso en afirmar que la comprensión de las agresiones sexuales debe efectuarse en términos de las teorías de la *violencia* más que de la motivación sexual. Al hacer Soria y Hernández (1994) una revisión de las aproximaciones conceptuales fundamentales de las teorías de la agresión, han visto un traslado de los modelos exclusivamente orientados en la persona a los modelos interactivos persona-situación:

Las teorías conductistas aportaron la noción de la agresión como conducta adquirida y reforzada por las consecuencias de la misma. En ellas se reconocen factores fisiológicos en cuanto la condición previa para la agresión es el establecimiento de un arousal emocional que alcanza un punto culminante en el acto agresivo. La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1973) ha supuesto una crítica a la posición conductista extrema y sus determinantes exclusivamente externos de la conducta agresiva. Establece que, si bien es cierto que la observación de modelos permite aprender conductas nuevas ello no equivale a ejecutarlas, a lo largo del proceso aparecen factores mediadores importantes. El autocontrol, el autorrefuerzo y la autoeficacia resultan elementos claves en la comprensión de la conducta agresiva interpersonal humana.

Aportes realizados por la psicología social experimental configuran un nuevo punto de apoyo en la comprensión del fenómeno; por un lado, se señala que en la agresión sexual se configurarían elementos de poder-sumisión que determinarían tanto las motivaciones individuales previas al suceso por parte del agresor como las propias características del delito (Milgram, 1965). Y, por otro, que los mitos vinculados a la violación formarían parte de actitudes interrelacionadas, a saber: la aceptación de roles y estereotipos sexuales tradicionales, la aceptación de la violencia interpersonal y la percepción de la relación sexual como un conflicto (Burt, 1980).

Dentro de las teorías instintivistas, Freud se interesa por la agresión cuando postula una dicotomía entre el instinto de vida (Eros) y el instinto de muerte (Tánatos), que busca descarga del impulso para restablecer el reposo y retomar el organismo a un estado no alterado, primitivo, es decir la muerte (From, 1975). Esta pulsión puede dirigirse contra el organismo o contra los demás y la agresión sería un impulso instintivo.

Las teorías cognitivo-conductuales, psicosociales e instintivas de la agresión que se han revisado han sido aplicadas también para realizar el estudio de la conducta delictiva. Así, como

ha descrito Jordi Pérez (1987), actualmente la conducta antisocial puede ser explicada desde una perspectiva multicausal con factores del organismo y del ambiente agrupados en variables de predisposición (inteligencia, personalidad, sexo e historia de aprendizaje) y factores situacionales, que son los que determinan la realización o no de un hecho concreto en cuanto implican una valoración cognitiva del agresor sobre la expectativa de: incentivo, riesgo de detención, "estatus", capacidad percibida de la víctima y posibilidad de alternativa prosocial.

Al intentar comprender la producción de este tipo de comportamientos, desde la lógica de un comportamiento sexual normal, surgen numerosas dificultades. Sin embargo, en la definición de la normalidad y en el significado que tienen los comportamientos sexuales de cualquier tipo, el tratamiento que la sociedad hace de estos cobra gran importancia; así desde los procesos de modernización y los esquemas autoritarios vinculados al machismo y al patriarcado, es posible comprenderlos.

Desde una perspectiva multicausal que incorpore los factores del organismo y del ambiente, a través de variables de predisposición y factores situacionales, sería posible explicar la conducta delictiva. Considerando siempre que esto no aparece como un problema intrapsíquico, sino como una conducta socializada, que ocurre en culturas caracterizadas por comportamientos violentos y la dominación de unos sobre otros.

### **1.3 Epidemiología de la Agresión Sexual**

Al analizar la extensión social del abuso sexual, Soria y Hernández (1994) encuentran que del total de estas agresiones, algunas no están conceptualizadas como delitos y de las que se encuentran tipificadas sólo una mínima parte son conocidas por la policía o denunciadas por

la víctima. Si bien cada vez hay más conciencia de la gravedad de estas conductas en los cuerpos policiales, no todos los delitos son investigados, especialmente aquellos que se refieren a conductas de violencia doméstica. Los sistemas legales funcionan de acuerdo al principio de balanza de derechos y de acuerdo a unas garantías procedimentales para evitar que un inocente sea condenado. Pero también se da la situación de no condena cuando se produce un falso negativo, es decir, una declaración de inocencia siendo realmente autor de la agresión.

Si ésta es la situación, al momento de estudiar la frecuencia de los Delitos Contra el Orden de las Familias y la Moralidad Pública nos encontramos con que los datos oficiales de las instituciones son incompletos por definición.

Garza y Díaz (1997) señalan que en Estados Unidos hay 75.000 víctimas de violación al año con una tasa de 28.8 por cada 100.000 habitantes; las estimaciones acerca del total de violaciones no registradas varían de 2 a 10 veces dicha cifra, de tal manera que ésta podría ascender a 750.000 violaciones anuales. En relación con las características del evento, aproximadamente 50% de los agresores por violación son conocidos por sus víctimas y con frecuencia pertenecen a su familia.

En Italia se habla de 16.000 violaciones al año, con una tasa de 28.1 por 100.000 habitantes. En España las agresiones por violación son poco denunciadas, quizás porque en 74% de los casos la víctima conocía a su agresor.

En Colombia durante 1994 se notificaron 30 delitos sexuales por día, es decir, cerca de 11.000 anuales, con una tasa de 31.9 por 100.000 habitantes. En México existen pocos estudios al respecto, en particular, la Ciudad de México tiene un promedio de 6.3 delitos sexuales por día; en cuanto a la violación su promedio es de 3.4 agresiones diarias y su incidencia en 1993 fue de 7.5 por cada 100.000 habitantes.

Del mismo modo, estudios realizados en Chile señalan que existen dificultades para contar con estadísticas reales de los abusos sexuales; esto se debe, en parte, a la ausencia de un registro unificado de información, ya que los distintos servicios e instituciones si bien se basan en categorías de delitos tipificados por la ley, presentan agrupaciones de información que imposibilitan la comparación de sus estadísticas (SERNAM, 1992). Y por otro lado, no se realizan denuncias producto de que la víctima o su familia se siente avergonzada, el agresor es un conocido o un pariente, no se confía en la justicia, y/o hay temor o rechazo a los interminables trámites que deben realizar para iniciar un proceso judicial (Instituto de la Mujer, 1998).

Con el fin de dimensionar numéricamente el fenómeno a nivel nacional y de Santiago (entre 1985-1990), SERNAM realizó un estudio en 1992 arrojando los siguientes resultados:

Existe una alta proporción de casos de abuso sexual que no llegan a ser denunciados, tales estimaciones se refieren a un 75 u 80%. La agresión sexual es un fenómeno que se manifiesta en forma permanente presentando sólo leves variaciones anuales, mensuales y semanales, con excepción de un crecimiento alrededor del año 1989. A partir de unos cuadros de evolución de los hechos de violencia sexual para la década 1981-1991, la Policía de Investigaciones encontró que la frecuencia anual de estos hechos para todo el país tenía un promedio de 1.227 violaciones, 1.032 abusos y 120 casos de sodomía. Una gran mayoría de los casos denunciados no llegan a condenas de los acusados. En efecto, para el período 1985-1989, sólo un 11.1% de los casos ingresados por delitos sexuales presentados en los distintos juzgados del país, resultó en penas y condenas para los hechores.

Por otro lado, si bien no exclusivamente, las mujeres son las víctimas principales de estos abusos, en especial menores de 20 años y adultas jóvenes (20-29 años). Otro grupo afectado, pero en una magnitud desconocida son los niños varones de menos de 12 años. No

obstante lo anterior, existen pequeñas variaciones en edad y sexo de las víctimas: el incesto afecta casi exclusivamente a niñas/os menores de edad, las violaciones se ejecutan básicamente sobre niñas y mujeres jóvenes, y en algunos casos sobre niños menores.

Desde el punto de vista de las características de la agresión, existen 2 formas básicas de violencia sexual: la realizada por "conocidos" que es predominante (71,8% de los casos recibidos por el Instituto Médico Legal) sobre la realizada por "extraños" (28,1% de los mismos).

Por otra parte, el Instituto de la Mujer (1998) integra datos de distintos organismos para caracterizar agresores y agredidos. La sección de peritajes del Instituto Médico Legal, en el año 1997 atendió 1.906 agresiones sexuales, correspondiente sólo a la Región Metropolitana. Esta cifras incluyen 506 casos de violación, 1.209 de abusos deshonestos y 116 de sodomía. La mayor parte de los afectados son mujeres (80%) y niños menores de 14 años de ambos sexos (66%). Y el 80.4% de los autores fueron familiares o conocidos.

Con datos proporcionados por el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS) de Policía de Investigaciones, se constata que las víctimas menores de edad atendidas durante el período 1987-1997 alcanzan a 4.345, mientras que las víctimas mayores de 18 años llegan a 1.094. En la misma institución y período, se indica que el 78% de las víctimas correspondió a mujeres.

#### 1.4 Consecuencias Psicológicas de la Agresión Sexual

Como una primera descripción de las consecuencias psicológicas de las agresiones sexuales, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (1995) señalan un conjunto de síntomas que se desarrollan principalmente en víctimas recientes de violación:

- El **miedo** y la **ansiedad** son las reacciones predominantes durante e inmediatamente después de la violación y también constituyen los síntomas más persistentes y problemáticos a lo largo del tiempo. Las situaciones más temidas por las víctimas son aquellas que están relacionadas con estímulos asociados con el ataque o con situaciones que ocurrieron tras la violación. Durante e inmediatamente después del suceso, entre un 80% y un 96% de las víctimas se sienten asustadas, atemorizadas, con temblores y con aceleración de la tasa cardíaca (Steketee y Foa, 1987). También se observa una reacción de indefensión y pérdida absoluta de control, de miedo a la muerte (aunque no haya amenaza explícita), de humillación y, en ocasiones, según la percepción de lo ocurrido de pérdida de la autoestima y de sentimientos de culpa por lo que pudo haber hecho y no hizo (Corral, Echeburua y Sarasua, 1989).
- El **estado depresivo**, aunque menos persistente que la ansiedad, es otra reacción característica a corto plazo. Diversas investigaciones con víctimas recientes indican que éstas se muestran de moderada a severamente deprimidas. Tal sintomatología tiende a disminuir al cabo de tres o cuatro meses (Atkenson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982), excepto en algunos casos en que cronifica y perdura durante años (Ellis, Atkenson y Calhoun, 1981).
- El **desajuste o deterioro temporal en el funcionamiento social** es otra reacción inmediata que consiste en los miedos a conocer y tratar gente desconocida, junto con la evitación de ciertos lugares. La desestructuración de la vida social y de ocio de las víctimas

dura aproximadamente 2 meses (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1979b).

- En relación a la **conducta sexual**, las víctimas recuperan su funcionamiento anterior después de varios meses. La frecuencia en las relaciones sexuales no aparece alterada, aunque la satisfacción en la relación está por debajo de los niveles anteriores (Feldman-Summers, Gordon y Meagher, 1979; Orlando y Koss, 1983).

Además de los síntomas anteriores Kilpatrick y Veronen (1983) plantean la siguiente serie de trastornos a corto plazo (Figura N°1).

Figura N°1. Reacciones de las víctimas y secuelas de la violación.

(En Veronen y Kilpatrick, 1983)

<p><b>TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS</b></p> <p>Alteraciones del sueño y del apetito</p> <p>Tensión muscular</p> <p>Nivel de alerta muy alto</p> <p>Taquicardia</p> <p>Pérdida del deseo erótico o disfunciones sexuales</p> <p>Lloros incontrolados</p>
<p><b>TRASTORNOS CONDUCTUALES</b></p> <p>Evitación de las situaciones temidas</p> <p>Aislamiento social</p>
<p><b>TRASTORNOS COGNITIVOS</b></p> <p>Pensamientos e imágenes desagradables</p> <p>Pesadillas de violación y/o muerte</p> <p>Reexperimentación repetida de lo ocurrido</p> <p>Sentimientos de vergüenza y culpa</p>

Los síntomas de las víctimas de agresiones sexuales no muestran uniformidad en el curso del tiempo (Alario, 1993). Así como a corto plazo, se presentan quejas físicas, insomnio, pesadillas, miedo, ansiedad, depresión, susceptibilidad, irritabilidad y menoscabo en el funcionamiento social (hasta los 3 meses postrauma). A medio plazo (3-12 meses postrauma), descolla la depresión, además de las disfunciones sociales y sexuales. Además va perdiendo importancia la ansiedad generalizada vivida en el período agudo, para dar paso a una ansiedad circunscripta a la experiencia traumática. Finalmente, a largo plazo (más de 1 año postrauma), destacan una gran irritabilidad, hiperalerta ante posibles peligros, mantenimiento de las disfunciones sexuales, intensificación de las fobias y una disminución de la capacidad de disfrute de las cosas ordinarias de la vida (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989).

A partir de múltiples estudios desarrollados, Echeburúa *et al.* (1995) sostienen que la violación es un agente estresor capaz, potencialmente, de provocar una respuesta psicológica que corresponde al diagnóstico de "Trastorno de Estrés Postraumático" del DSM-IV (APA, 1994) y que interrumpe el funcionamiento normal en la vida de una mujer. En primer lugar, se trata de un suceso muy estresante para todas las personas. En segundo lugar, la agresión sexual suscita en todo el mundo un miedo intenso, un profundo terror y una sensación de desesperanza. En tercer lugar, los síntomas característicos de este delito suponen la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos asociados con él o bien una falta de respuesta general y un aumento de la activación. En cuarto y último lugar, la violación es un estresor que puede producir un trastorno especialmente grave y duradero ya que es causado deliberadamente por el hombre y supone una amenaza real para la propia vida o integridad física de la mujer, según los criterios del DSM-IV (APA, 1994).

A continuación se presenta una comparación entre los criterios diagnósticos de este trastorno con los síntomas experimentados más frecuentemente por las víctimas de agresiones

sexuales:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido

(1) y (2):

(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integración física o la de los demás.

(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

La violación se percibe como un suceso que amenaza seriamente la vida de la mujer, la que teme morir o sufrir heridas graves y, en consecuencia experimenta niveles altos de miedo y ansiedad, los que se manifiestan en síntomas cognitivos (como susto, preocupación, terror) y/o psicofisiológicos (como temblores, taquicardia, dolor, respiración jadeante, tensión muscular).

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar.

(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan

o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Un porcentaje elevado de víctimas experimenta recuerdos recurrentes e intrusivos relacionados con la agresión sexual (incluso 3 años después de la violación). Los flashbacks son también frecuentes, la víctima siente revivir de nuevo el acontecimiento (a veces incluso en la actividad sexual con su pareja, a la cual siente como el agresor)(Burge, 1988).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indica tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej. Incapacidad para tener sentimientos de amor).
- (7) Sensación de un futuro desolador (p. ej. No espera obtener un empleo, casarse formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

Las conductas de evitación pueden llevar a reducir de forma importante actividades que eran normales y agradables antes de la agresión (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1982).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- (2) Irritabilidad o ataques de ira.
- (3) Dificultad para concentrarse.
- (4) Hipervigilancia.
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto.

Es frecuente que aparezcan problemas de concentración (Nadelson *et al.*, 1982), hipervigilancia, ira (Kilpatrick *et al.*, 1985) y trastornos del sueño (Ellis *et al.*, 1981).

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La mayor parte de los estudios referidos coinciden en afirmar que el impacto del suceso provoca una sensación generalizada de malestar y conductas desorganizadas tanto en los 3 primeros meses (víctimas recientes) como en un período superior a los 3 meses (víctimas no recientes).

Desde los aportes conceptuales procedentes de la victimología, ha sido posible integrar distintas disciplinas científicas, de modo de rehuir el encasillamiento teórico-conceptual del derecho, evitar una visión estrictamente clínica del problema, e incluir los aspectos jurídico-legales y policiales dentro del modelo. De este modo, el proceso de victimización constituye un fenómeno psicosocial por sus características procesales y aspectos interactivos entre cinco áreas esenciales: los factores socioculturales, los psicológicos, los sociorrelacionales, los legales y los institucionales (Bard y Sangrey, 1979).

La ausencia de personalidades premórbidas distinguibles en las víctimas ha llevado, por un lado, a estudiar los comportamientos durante la agresión y los efectos inducidos por el delito y, por otro, a entender a la víctima como una persona que reacciona normalmente ante una situación anormal. Los problemas se le plantean a la persona cuando se da cuenta de la ausencia de experiencias previas sobre dichas situaciones. Los cambios que sufre la víctima entre el segundo día y los tres meses siguientes de ocurrida la agresión, se plantean como los siguientes (Soria y Hernández, 1994):

- **La negación de lo sucedido** es una estrategia de afrontamiento que se utiliza para defenderse de los sentimientos contradictorios hacia el delito y la atribución de causalidad (Bard y Sangrey, 1979; Horowitz, 1986). Sutherland y Scherl (1970) encontraron que las víctimas de violación durante la primera fase o “shock” utilizan la negación como estrategia de afrontamiento que resulta adecuada al ayudarlas a controlar la ansiedad. Sin embargo, ésta no resulta positiva si existe una afectación física consecuencia del delito que se niega, pues pueden surgir futuras dificultades de adaptación (Silver y Wortman, 1980).
  
- **Cambios en los sistemas de creencias:** Las personas estructuran la comprensión del mundo en función de diversos sistemas conceptuales como “asunciones sobre el mundo”, “teoría de la realidad”, “modelos del mundo”, y “estructuras de significado”, posibilitando el mantenimiento del mundo bajo un significado con una forma ordenada y predecible (Janoff-Bulman, 1985). El delito acaba con todo ello alterando tres creencias básicas:
  - La “*creencia de invulnerabilidad*”. La persona se vuelve vulnerable manifestando temor a la recurrencia del delito (Burgess y Holmstrom, 1974). Como consecuencia del cambio de creencia se desarrolla la visión del mundo como un “lugar hostil” (Bard y Sangrey, 1979; Harris, 1984; Janoff-Bulman, 1985). Las dificultades para integrar una nueva

concepción del mundo permanecen a mediano plazo, pues tiende a afrontar el suceso de forma orientada a la "evitación", restringiéndose los contactos interpersonales, alterando la conducta cotidiana y no deseando comentar sus sentimientos con nadie (Lejeune y Alex, 1973; Burt y Katz, 1985).

- La "*creencia de control*". Hasta el momento de la agresión, la víctima tiende a ver el mundo como un lugar con sentido y controlable, percibido positivamente, sabiendo lo esperable de él y por qué (Janoff-Bulman y Frieza, 1983). Cohn (1978) considera que las víctimas no pueden aceptar la ocurrencia de los hechos al azar y se esfuerzan en mantener la "ilusión de control". Sin embargo, al perder tal creencia de control sobre el entorno sobreviene: reactancia (al considerar que tenía o podía tener control sobre el entorno, se enoja y enfada tras lo sucedido) y, refuerza la indefensión aprendida a medio-largo plazo al sentirse indefensa y vulnerable ante el entorno (Silver y Wortman, 1980). La modificación de estas dos creencias básicas lleva a la persona a una pérdida en su grado de autonomía y el desarrollo de conductas o actividades no realizadas habitualmente, como conductas de protección personal, cambios de rutina, etc. (Bard y Sangrey, 1979).
- La "*creencia del mundo justo*". La concepción previa del mundo como un lugar esencialmente justo, donde las personas "obtienen lo que merecen" se modifica tras el delito. Al ponerse en crisis dicha creencia, la víctima utiliza dos fórmulas para reestablecerla (Lerner, 1980): "tácticas" para eliminar la amenaza al mundo justo y "estrategias" que actúan protegiendo la creencia de mundo justo de evidencias contradictorias.
- **La comparación social** posee una base social pero es, básicamente, un proceso encubierto al compararse la persona con el entorno o con un hipotético mundo justo por

ella creado (Horowitz, 1986; Frieza, Greenberg y Hymer, 1987). Así, las víctimas tienden a realizar comparaciones descendientes y, en general, se comparan con personas menos afortunadas (Taylor, Wood y Lychtman, 1983). Cuando la comparación se produce respecto del mundo justo, las víctimas tienden a pensar que podían haber muerto o haber sido maltratadas seriamente por el agresor y, como consecuencia, “el incidente resulta ventajoso” permitiéndoles el mantenimiento de su nivel de autoestima (Burgess y Holmstrom, 1979<sup>a</sup>; Taylor, Wood y Lychtman, 1983).

- **Los procesos de atribución.** Responder a la pregunta “¿por qué me ha sucedido a mí?” resulta un elemento central del proceso de adaptación. Aproximadamente hasta el primer mes adopta una forma inicial de pensamiento obsesivo sobre lo sucedido, respecto a lo que hizo, lo que no, lo que debió hacer, qué sucedería si lo hubiera hecho, qué haría si volviera a suceder, etc. Si la evolución es positiva, progresivamente la víctima comprende que pensar en el pasado no le aporta nada beneficioso, centrándose nuevamente en el presente-futuro de su vida aunque, en determinados momentos y en presencia de estímulos muy diversos, puede reiniciar parcialmente el proceso de búsqueda atributiva. Como resultado aparecen dos grupos de atribución de culpabilidad: interna o externa.

La autoinculpación interna es el proceso guía en la readaptación de la víctima. Esta es sólo adaptativa si le permite a la víctima retomar a una creencia de control sobre el entorno, es decir, no por sus características sino por sus efectos sobre el estrés, reforzando la teoría de Bard y Sangrey (1979). La segunda forma atributiva es la externa, en ella la víctima la dirige hacia el agresor o el azar. Su escasa relevancia se explica por su baja utilidad: ya que ésta sabe que la culpa es del agresor y que sucede en nuestra sociedad. A nivel cognitivo no le aporta nada nuevo y efectivamente le produce sentimientos muy negativos: ira, venganza, impotencia, etc.

- **Futuro negativo.** Inmediatamente después de la agresión la víctima piensa que la vida ya no tiene sentido para ella, conduciéndola, en muchos casos, a pensamientos distorsionados de tipo depresivo enfocados a la pérdida de futuro. Secuelas físicas pueden potenciar dichos sentimiento; sin embargo, la recuperación de su actividad habitual, amistades, etc. posibilitan una visión más realista y presente de la situación.
  
- **Los sentimientos negativos.** Destacan el miedo, la ira y la vergüenza. El miedo puede aparecer de forma profunda los primeros días, imposibilitando el desarrollo de las conductas habituales, posteriormente se pueden unir a estímulos específicos del suceso y a otros generalizados. Situaciones de indefensión pueden aparecer en la víctima u otras personas si el agresor amenaza con agresiones futuras. La ira, consecuencia directa de humillación, indefensión e injusticia vivida por la víctima, suele no aceptarse expresada públicamente pues se exige autocontrol a la víctima femenina. La vergüenza como factor clave en el proceso de recuperación a nivel social, refuerza la percepción de autoestigmatización, siendo especialmente intenso en pequeñas comunidades donde no se produce la desindividualización de la víctima y ésta al observar cambios comportamentales en sus vecinos, los atribuye al suceso.
  
- **Ruptura de la vida cotidiana.** Un primer factor atribuible a esto es la incapacidad para saber cómo pedir ayuda a su familia y, en segundo lugar, los familiares tampoco saben qué hacer. Como segundo factor importante, la agresión provoca un reordenamiento amplio de la vida cotidiana de la víctima, como la hora de irse a dormir, lugares por los que transitar, etc. El tercer factor relacionado es una pérdida parcial o total de su capacidad personal para tomar decisiones.

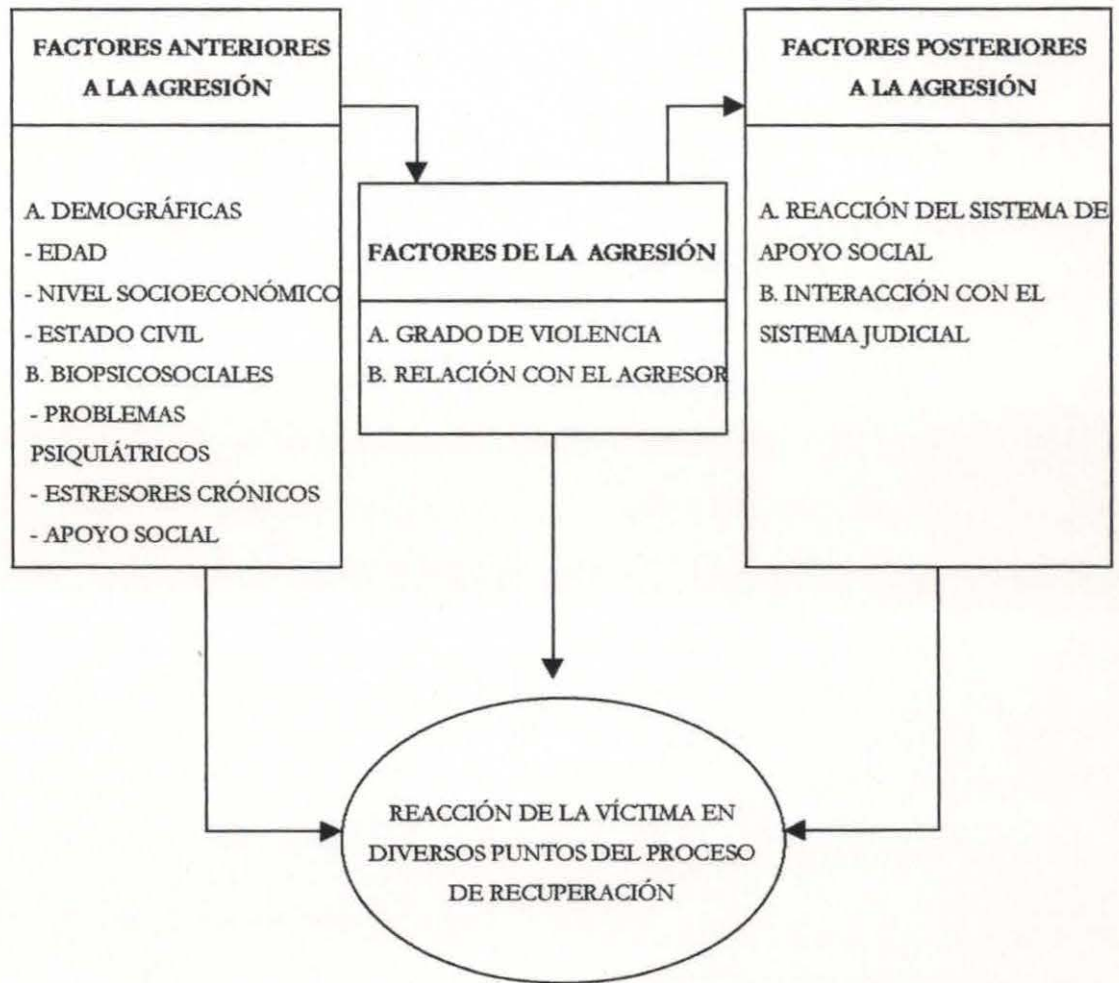
- **Pérdida de la autoestima.** Se observa una pérdida variable de su nivel de autoestima, en función de factores como nivel previo de autovaloración, forma agresiva del delito, grado de humillación percibida, afectación física, reacción social posterior, etc.
  
- **Deseos de autodestrucción.** Producto de cambios como los anteriores, las víctimas pueden adoptar conductas de autodestrucción muy diversas, desde suicidio, automutilaciones y cortes a otras de tipo “destrutivo tranquilizadoras” como consumo de drogas legales o ilegales, o “destrutivo-excitadoras” centradas en la búsqueda de sensaciones (conducción temeraria, exposición a situaciones de alto riesgo personal, etc.).
  
- **Efectos psicofisiológicos.** La agresión altera todas las funciones autónomas hasta los primeros 21 días. Un primer grupo de síntomas desaparece a los primeros días (dificultades para tragar, desmayos, temblores, sudores y vómitos). Un segundo grupo que perdura más en el tiempo son alteraciones en la alimentación y en el sueño.

### 1.5 Factores Relevantes en la Recuperación de la Víctima

A pesar de que la violación es un suceso que provoca un trastorno en la mayoría de las víctimas, tanto a corto como a largo plazo; éste no aparece en todos los casos, ni ocurre uniformemente, sino que varía en su intensidad y características. Así las características de la mujer y la naturaleza de la agresión influyen en el impacto de la violación, configurando diferencias individuales que se presentan ante el mismo hecho traumático (Echeburúa *et al.*, 1990). Tales diferencias individuales han sido estudiadas, según Corral *et al.* (1989) bajo las siguientes premisas:

- Cada víctima tiene habilidades específicas para hacer frente al estrés, éstas dependen de la historia previa, del apoyo social y del nivel de funcionamiento psicológico en el momento de la violación.
- El impacto psicológico de la víctima es una función combinada de la intensidad de la violación como estresor y de las habilidades de la víctima para hacer frente a la situación.
- Las interacciones sociales de la víctima posteriores a la violación con familiares, amigos, jueces, policías, terapeutas, etc., pueden tener efectos positivos, negativos o mixtos, en el ajuste psicológico subsiguiente, en el sentido de que pueden ser fuentes adicionales de estrés, aumentar las habilidades de enfrentamiento o ser una mezcla de ambas cosas.

Figura N°2. Modelo de factores relevantes en la recuperación de la víctima.  
(En Sales, Baum y Shore, 1984)



La interacción de estas variables queda reflejada en la Figura N°2. La reacción de la víctima ante la violación y su recuperación depende de los factores anteriores a la violación, los posteriores a la agresión y las características de la misma. Investigaciones sobre el valor predictivo de estos factores (Echeburúa *et al.*, 1995), se describe a continuación.

**1. Factores anteriores a la agresión sexual:** Se refiere a aspectos que están relacionados con la víctima y se asocia al tipo de habilidades que pone en marcha ante las situaciones estresantes. Dentro de ellas encontramos:

- 1.1 Variables Demográficas/Biográficas:** Dentro de este grupo se incluyen el estado civil, el cual puede aumentar o disminuir el nivel del trauma puesto que la relación afectiva y sexual puede variar debido a que la pareja también queda afectada por el suceso. En relación con la edad de la víctima al momento de la agresión, se señala que las mujeres adultas y casadas tienen peor pronóstico de adaptación al trauma que las solteras y las niñas (Burgess y Holmstrom, 1974; McCahill, Meyer y Fischman, 1979; Sales *et al.*, 1984; Thornille y Thornille, 1990). En lo que se refiere a la variable empleo, las víctimas que trabajan normalmente al momento de la agresión presentan más dificultades de ajuste que aquellas que no trabajan (McCahill *et al.*, 1979). También los problemas económicos dificultan la recuperación del suceso e impiden cambios adaptativos en sus vidas (Burgess y Holmstrom, 1979a,b).
- 1.2 Variables Psicosociales:** Estas variables tienen un peso mayor que las demográficas para predecir la reacción y recuperación, entre ellas Burgess y Holmstrom (1979a,b) señalan que la preexistencia severa de problemas biopsicosociales (psicosis, neurosis, uso de drogas, alcoholismo y retraso mental) parece estar relacionada con la prolongación de la sintomatología incluso en períodos de 4 a 6 años después de la violación. En relación a los sucesos estresantes y cambios de vida a los que ha estado expuesto la víctima, Kilpatrick y Amick (1985) consideran que, las mujeres con un grado bajo de estrés tras la violación han experimentado menos cambios en el año anterior y han tenido una probabilidad menor de haber sufrido la muerte de un familiar cercano. En cuanto

al apoyo social anterior a la agresión, Sales *et al* (1984) determinan que la relación familiar es el predictor más potente de la severidad de los síntomas a largo plazo. Por su parte, Silver y Wortman (1980) sostienen la ausencia de apoyo social reduce las habilidades de la víctima para enfrentarse a la agresión, que se sitúan a tres niveles: en un nivel individual (si la mujer confía plenamente en sus recursos), en un nivel interpersonal (si trata sus problemas con la red de apoyo social) y en un nivel institucional (si la víctima contacta con diferentes profesionales).

**2. Características de la agresión sexual:** El número de agresores, relación del agresor con la víctima, lesiones físicas, uso de armas, lugar de la violación, tipo de actividad sexual practicada en la violación y posible embarazo de la víctima son variables que se engloban en dos más generales:

**2.1 Grado de violencia,** que se refiere al uso de armas, grado de fuerza utilizada, lesiones originadas y tipo de actividad sexual realizada, que confluyen en el grado de amenaza que percibe la víctima y, en último término, en el nivel de estrés que experimenta.

**2.2 Grado de conocimiento del agresor,** cuando la víctima conoce previamente al agresor, puede ver dañada la confianza en esa persona, experimentar una alteración de su medio familiar, e incluso quedar expuesta a una censura social mayor; por lo cual es frecuente que aparezcan sentimientos de culpabilidad y cogniciones negativas.

**3. Factores posteriores a la agresión sexual:**

**3.1 Apoyo social y familiar:** Los efectos inmediatos y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social. Frank y Stewart (1983)

sostienen que la mujer reacciona primero a la agresión y luego a la respuesta de la red de apoyo social, que puede modular la intensidad del impacto psicológico. Para acceder a tal red se requiere comprobar si la víctima tiene una red social fácilmente obtenible, observar si la relación social actual funciona como una fuente de apoyo (Ruch y Chandler, 1986) y explorar la percepción del apoyo social por parte de la mujer (Ruch y León, 1986).

- 3.2 Apoyo institucional:** El estrés producto de la agresión puede aumentar a causa del trato que reciben las víctimas por parte de diferentes tipos de profesionales (médicos forenses, abogados, policías, etc.) y los tratos a que deben someterse en el aparato judicial. La decisión de la víctima para continuar o no con el proceso legal estará muy relacionada con la actitud que perciba en los distintos miembros de las instituciones. Es por ello que la actitud de los profesionales debe estar enfocada a informar a la mujer sobre los pasos a seguir en los distintos procesos, como también mostrar una postura tranquilizadora y sensible que mitigue su ansiedad.

Como se expuso, la revisión realizada por Echeburúa *et al.* (1995), pone de manifiesto la importancia de tales factores en la reacción y posterior recuperación de la víctima. Sin embargo, se alerta también de la existencia de evidencias contradictorias en las investigaciones, y por tanto, del delicado uso que debe hacerse de los resultados disponibles.

## **1.6 Formulación Específica de la Investigación**

Como se ha descrito anteriormente, la agresión sexual constituye un fenómeno generador de un gran impacto psicológico en la vida de muchas mujeres; esto, porque se

encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y amenaza gravemente la propia vida o integridad física del sujeto. La interrupción del funcionamiento normal en la vida de la víctima puede producirse tanto a corto como a largo plazo: El miedo y la ansiedad son algunos de los síntomas más severos y persistentes; las alteraciones sexuales, por otro lado, no suelen desaparecer por sí mismas con el paso del tiempo; y, la depresión que aparece en las víctimas puede desembocar en ideas y/o intentos de suicidio. Ahora bien, no todas las víctimas reaccionan igual ante una agresión; estas respuestas varían en su intensidad y características dependiendo, entre otras variables, del equilibrio psicológico previo de la mujer, de su historia de victimización, de los acontecimientos vitales negativos recientes y del apoyo social existente. Así, las características de la mujer y la naturaleza de la agresión influyen en el impacto de la violación, configurando diferencias individuales ante el mismo hecho traumático (Echeburúa *et al.*, 1990). Conocer, entonces, las variables que influyen en la reacción de la víctima resulta interesante, pues permite detectar a mujeres con más riesgo de desarrollar una mayor sintomatología y peor recuperación. La revisión de tales factores pone de manifiesto la importancia de tales, así como la escasa claridad de los datos disponibles hasta el momento; lo que demuestra la complejidad del estudio del tema y la necesidad de nuevas investigaciones.

En este sentido, la Aproximación Psicosocial al estudio de los problemas de salud mental, que ha asociado factores o variables psicológicas y sociales con las situaciones de malestar o sufrimiento, se constituye, a juicio del presente estudio, en un modelo satisfactorio para comprender la manifestación diferencial de consecuencias psicológicas derivadas de un mismo evento traumático, a saber, la agresión sexual.

Alfaro (1993), en un intento por integrar algunas formulaciones del Modelo Psicosocial, plantea que:

“la emergencia de los síntomas y/o la mantención de ellos se relaciona con la cantidad de

eventos que obliguen a la persona a construir una nueva adaptación a sus circunstancias. Esta relación está mediada por la forma en que el sujeto enfrenta o procesa psicológicamente estos eventos... A su vez, la relación que allí se establece se encuentra mediada por los grados de integración de la persona, los grados de pertenencia y los apoyos emocionales, informativos o instrumentales que le presten su medio o entorno socio-cultural" (Alfaro, 1993).

Tres perspectivas teóricas que han guiado y orientado en gran medida la investigación e intervención psicosocial en el campo de la salud mental son la del Estrés Psicosocial, la de los Recursos de Afrontamiento y la de las Redes Sociales de Apoyo (Dohrenwend, 1975; Strauss, 1979; Kessler, Price y Wortman, 1985; Páez *et al.*, 1986).

De este modo, la manifestación de un suceso psicopatológico individual puede ser entendida en un sentido amplio, en función de cuatro factores: la exposición a estresores psicosociales potenciales generadores de estrés, del grado de estrés percibido por el sujeto, de la eficacia de los recursos personales de afrontamiento para abordar los mismos y de la cantidad de apoyo que brinda la red social en la cual está inserto (Vera y Wood, 1994).

Con la finalidad de dar cuenta de los factores o variables psicosociales que fundamentalmente se considerarán en la presente investigación, a continuación se expondrá brevemente respecto al estudio que se ha desarrollado de los conceptos: estrés, afrontamiento y apoyo social.

#### - **El estrés:**

A pesar de que no existe un pleno acuerdo de su significado, Vera y Wood (1994) sostienen que el estrés se vincula a una gran variedad de situaciones, como son reacciones emocionales, esfuerzo, dolor, fatiga, temor e incluso el éxito inesperado.

Desde la perspectiva de los eventos vitales, cada individuo se ve afectado por una serie de situaciones que de un modo positivo o negativo debe asumir, en el transcurso de su vida: muerte de parientes, pérdida de empleo, accidentes laborales. A este tipo de acontecimientos se le ha comenzado a denominar eventos vitales negativos, y aunque no se encuentre una definición comúnmente aceptada, autores como Thoits (1986) definen a los eventos vitales como: experiencias objetivas que amenazan o rompen la actividad normal de un sujeto provocando un reajuste o cambio significativo de su conducta.

Desde la perspectiva del estrés percibido, una segunda forma de abordar el problema del estrés es evaluando la calidad del cambio, es decir, cómo percibe el sujeto el cambio en su vida. Así entonces, se tiende a evaluar los eventos que bajo ciertas condiciones son potentes estresores que afectan directamente la vida de las personas, pero que no en todos los casos los afecta del mismo modo o a los mismos sujetos. De este modo, cobra vital importancia el modo como el sujeto percibe y organiza la información, es decir, el significado que le otorga al evento estresante, y cómo además, enfrenta la situación, si se ve sobrepasado o no por ésta y si se siente capaz de enfrentarla.

Pearlin (1989) señala que el daño potencial a los sujetos no es el cambio *per se*, sino que la calidad del cambio. Específicamente los cambios que son no deseados, inesperados e incontrolados, son los más dañinos. Acontecimientos traumáticos como desastres naturales, accidentes o agresiones provocadas intencionalmente por el ser humano, figuran entre ellos.

Reiteradas investigaciones realizadas por Echeburúa *et al.* (1995) sostienen que la violación es un agente estresor capaz, potencialmente, de provocar un trastorno especialmente grave y duradero ya que es causado deliberadamente por el hombre y supone una amenaza real para la propia vida o integridad física de la mujer. Estudios de victimización han comparado las consecuencias de diferentes tipos de delitos resultando que, en concreto, las víctimas de agresiones sexuales tienen un riesgo mayor de desarrollar el trastorno de estrés postraumático

que cualquier otro tipo de víctimas (Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen y Resnick, 1989; Wirtz y Harrell, 1987). Esto se debe a que se trata de un suceso muy estresante para todas las persona; la agresión sexual suscita en todo el mundo un miedo intenso; un profundo terror y una sensación de desesperanza; y, los síntomas característicos de este abuso suponen la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos asociados con él o bien una falta de respuesta general y un aumento de la activación.

- **el afrontamiento:**

En relación a la definición de este concepto, una de las que ha sido ampliamente utilizada es la de Lazarus y Folkman (1986): "...aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Como señalan Vera y Wood (1994), la psicología cognitiva ha puesto especial atención a la conceptualización y estudio del afrontamiento a través de la teoría transaccional del estrés psicológico, de Lazarus (1966) y Lazarus y Folkman (1986). A partir de esta perspectiva, se destaca que los mecanismos fundamentales que subyacen a la determinación del estrés psicológico son los procesos de evaluación cognitiva y el proceso de afrontamiento.

Desde la visión de estos autores, el estrés psicológico es: "...una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar", donde los procesos de evaluación cognitiva reflejan la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) definen la evaluación cognitiva como aquel proceso que

determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo, haciendo una distinción entre evaluación primaria, es decir, la valoración que realiza el individuo en su intercambio con el entorno, en términos de lo dañino que pueda ser para su bienestar tal intercambio; y la evaluación secundaria, considerada como aquel proceso que apunta a determinar que puede hacerse frente a una situación de peligro que conlleva amenaza y desafío, y por lo tanto se vuelve muy necesario actuar sobre ella.

Se ha descrito fundamentalmente dos grandes tipos de funciones del afrontamiento; las dirigidas a la regulación de la respuesta emocional y aquellas dirigidas a alterar el problema (Lazarus y Folkman, 1986; Folkman y Lazarus, 1988; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986). Cada una de estas funciones incluye un conjunto de estrategias que representan el conjunto de recursos conductuales y cognitivos que los individuos usan para manejar las demandas de los sucesos estresantes específicos.

Vera y Wood (1994), señalan que los *modos de afrontamiento dirigidos a la respuesta emocional* que el problema da a lugar tienen más probabilidad de ser usada por el individuo cuando evalúa que no le es posible modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes que surgen de su intercambio con el entorno. Un primer tipo es el *Distanciamiento*, que se relaciona con la desvinculación personal de la situación estresante y los esfuerzos realizados para la creación de una visión positiva de la misma. Un segundo tipo es el *Escape-evitación*, que se refiere a los esfuerzos conductuales y deseo cognitivo de escapar o evitar la situación. Un tercer tipo corresponde a la *Aceptación de responsabilidad*, que se asocia a los esfuerzos del sujeto por reconocer el propio rol en el problema, vinculado a tratar de reponer y reparar las cosas con rectitud. El *Autocontrol*, es decir, los esfuerzos para regular los propios sentimientos (expresión de sentimientos) y acciones, constituye el cuarto tipo de estrategias. El quinto tipo, la *Búsqueda de apoyo social* tiene relación con los esfuerzos del individuo para buscar apoyo emocional, tangible e informacional en el entramado social en que se inserta. Y finalmente, está la

*Reevaluación positiva*, que se refiere a los esfuerzos del sujeto para crear un significado positivo al acontecimiento, centrándose en el desarrollo y crecimiento personal.

Por otro lado, los *modos de afrontamiento dirigidos al problema*, pretenden manejar o alterar el problema que genera un estado de estrés, cuando la situación es evaluada como susceptible de cambio y se puede actuar sobre ella. Por un lado, se encuentra la estrategia de *Confrontación* que se refiere a los esfuerzos agresivos para alterar la situación, y que sugiere un grado de hostilidad y la toma de riesgo; por otro lado, el *Plan para resolver problemas* describe los esfuerzos deliberados para alterar la situación en conjunto con una aproximación analítica para resolver el problema.

A partir de la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986), Soria en 1992 estructura su Modelo Transaccional de la Victimización que desarrolla empíricamente con víctimas de agresión sexual. Sus principios básicos se exponen a continuación:

- Múltiples estudios demuestran que la evaluación cognitiva de la víctima varía para cada afectado intra e interdelictualmente, diferencias que se basan en cómo la evaluación inicial de pérdida, amenaza o cambio se ven afectadas por las connotaciones o variaciones realizadas por la víctima y a la experiencia en forma de expectativas, temores, etc.
- Tres aspectos resultan ser relevantes en el estudio del afrontamiento. Primero, en cuanto a las expectativas sociales, Mills, Rieker y Carmen (1984) sostienen que si la víctima es mujer sus reacciones de ira suelen etiquetarse socialmente como patológicas y desaconsejables, al contrario del hombre. Segundo, en cuanto a la relación entre la evaluación cognitiva y los esquemas mentales de las víctimas, Snyder y Ford (1987) señalan que cuando un esquema se ve afectado seriamente por una realidad externa, como es el caso del abuso sexual, tiende a ser más dificultoso y traumático el proceso de readaptación, al exigir un cambio y la adaptación de un nuevo esquema. En tercer lugar, el papel beneficioso de las emociones

positivas sobre el afrontamiento podría ayudar a comprender el remonte en algunas víctimas (Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1978; Lazarus, Kanner y Folkman, 1980).

- Utiliza la clasificación de Frieze, Greenberg y Hymer (1987) para señalar los tipos de estrategias utilizadas por las víctimas de violación. Entre las *cognitivas* (o dirigidas a la emoción, en terminología de Lazarus y Folkman, 1986) se destacan la *atribución*, donde la búsqueda de la explicación de lo sucedido pasa por un proceso de comparación social o interpersonal; la *reevaluación de resultados*, donde su visión de los resultados (verse como afortunada o desafortunada) los proyecta hacia el futuro, configurando en gran parte el proceso de readaptación; y la *negación*, donde el distanciamiento social puede llegar a niveles importantes y muy disruptivos sobre el afrontamiento. Dentro del segundo tipo están las *comportamentales* (o dirigidas al problema) que integran: la *denuncia*, entendida como el valor simbólico atribuido a la interposición física del delito, cuyos efectos positivos pueden verse alterados por los resultados posteriores (“segunda victimización”) y presión familiar o social; el *apoyo social*, entendida como la ayuda emocional facilitada por el entorno normalizado de la víctima tras el suceso, el cual debe evaluarse subjetivamente desde la perspectiva de la víctima y constituye la gran estrategia de afrontamiento; el *apoyo profesional*, similar al social, pero que no se haya dentro del entorno habitual de la víctima, cuyos efectos pueden llegar a ser negativos.

- **el apoyo social:**

En relación a la definición de apoyo social, una primera aproximación puede ser la de “...un sistema de apoyo con relaciones formales e informales y grupos a través de los cuales un individuo recibe el apoyo emocional, cognitivo y material necesario para manejar las experiencias estresantes” (Caplan, 1974). Por otro lado, Alvaro *et al.* (1996) lo definen como el efecto positivo de las relaciones sociales de la persona; se diferencia del apoyo social objetivo

conceptualizado en función de la estructura y frecuencia de los vínculos sociales, y del apoyo social subjetivo, definido como la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales establecidas.

Alfaro (1993) a su vez, toma los aportes de Didier (1988) y Aravena y Estévez (1988) al definir el soporte social como "...el conjunto de contactos personales por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como información y contactos sociales. Incluye los parientes, conocidos, amigos, personas significativas, e individuos vinculados a servicios".

A su vez, el autor identifica los siguientes elementos estructurales de una red para su capacidad de entregar apoyo: *intimidad*, o sea, que permita comunicar hechos y sentimientos privados; *integridad social*, o sea, que permita preocupaciones e intereses compartidos; *aconsejar*, refiriéndose con esto a la capacidad de dar la oportunidad de aconsejar y guiar a otros; *valoración*, o sea, que reafirme la autoestima; *confianza*, que signifique una alianza o vínculo confiable; y *orientación* entregada a sus miembros.

En el contenido del apoyo social, en general se tienden a señalar cuatro dimensiones:

- a. *Apoyo emocional*: que va desde ofrecer simpatía, cuidados, afecto; a ofrecer confianza, aumento de autoestima y confiabilidad.
- b. *Apoyo de valoración*: tiene que ver con la transmisión de información relevante para la autoevaluación, es decir, se refiere a lo que llamamos comparación social; el papel de otras personas como fuente de información que las personas pueden utilizar para evaluarse a sí mismas y recibir retroalimentación.
- c. *Apoyo informacional*: se trata de la facilitación de información para usar en el afrontamiento de problemas personales y ambientales. Esta información no es de por sí útil, sino que entrega a las personas estrategias de autoayuda.



- d. *Apoyo instrumental*: éste se realiza por conductas que ayudan directamente a la persona necesitada; por ejemplo, del préstamo de dinero, de la oferta de trabajo o de modificar el ambiente de esa persona.

En síntesis, es necesario considerar el apoyo como un constructo que abarca tanto los recursos de la red de apoyo como las conductas de valoración del mismo (Varela, 1997).

Varias investigaciones ponen de manifiesto los efectos protectores del apoyo social. En estos trabajos se concluye que las personas con alto nivel de estrés, en presencia o con posibilidad de acceso a otros significativos, no presentan las consecuencias adversas para la salud que habrían desarrollado de no haberse sentido apoyadas. Gissi (1993) propone que las redes y soportes psicosociales son amortiguadores de estrés y patología porque ayudan en todos los niveles: en consejos prácticos, problemas económicos menores y mayores, en regalos de objetos, en auxilios de salud física, cuidado del hogar y niños, préstamos múltiples, en apoyo afectivo y restitución de la confianza básica, en orientación familiar, en diálogos cognitivos, en recuperación o sostén de la autoestima, etc.

Soria y Hernández (1994) señalan, en este mismo sentido, que actualmente existe pleno acuerdo en reconocer los efectos positivos del apoyo social tras la victimización sexual al mantener o incrementar la autoestima de la víctima (Burgess y Holmstrom, 1974b; Silver y Wortman, 1980; Krupnick y Horowitz, 1980). Wyatt, Notgrass y Newcomb (1990) concluyen, a partir de la síntesis de estudios previos, que el apoyo social correlaciona positivamente con el afrontamiento y el ajuste a largo plazo al minimizar la ansiedad, evitar el desarrollo ulterior del síndrome de estrés postraumático, la aparición de disfunciones sexuales, la disolución de relaciones sociales, los cambios negativos en los sistemas de creencias hacia los hombres, reducir los intentos de suicidio y prevenir la recaída a largo plazo.

Figley y MacCubbin (1983) destacan que la red familiar actúa protegiendo a la víctima contra la aparición del síndrome de estrés postraumático de cuatro formas: detectando los síntomas, ayudando a afrontar el problema, recapitulando sucesos significativos y facilitando la expresión de los sentimientos sobre el suceso.

Considerando el vasto estudio que se ha desarrollado en el campo de la salud mental y de las situaciones de malestar o sufrimiento humano, desde la investigación e intervención psicosocial; y, la evidencia de resultados contradictorios y poco concluyentes de los estudios referidos a las variables psicosociales que influyen en la reacción de la víctima de agresiones sexuales, la presente investigación se propone aportar al esclarecimiento del comportamiento de tales factores presentes en las víctimas y las consecuencias psicológicas que ellas experimentan.

En síntesis el problema a resolver por esta investigación es:

**¿Cuáles son las consecuencias psicológicas y los factores psicosociales que se presentan con mayor frecuencia en víctimas de agresión sexual denunciada?**

#### **Objetivos generales:**

1. Describir las consecuencias psicológicas de víctimas de agresión sexual denunciada.
2. Conocer los factores psicosociales en las víctimas de agresión sexual denunciada.

**Objetivos específicos:**

1. Describir la presencia de síntomas depresivos, por ansiedad y somatoformes, en víctimas de agresión sexual denunciada.
2. Describir la presencia de síntomas de reexperimentación del trauma, evitación de estímulos asociados a la agresión y aumento de la activación, en víctimas de agresión sexual denunciada.
3. Describir la presencia de las estrategias de afrontamiento, en víctimas de agresión sexual denunciada.
4. Describir la presencia del apoyo social familiar, en víctimas de agresión sexual denunciada.
5. Describir la presencia del apoyo social de las amistades, en víctimas de agresión sexual denunciada.

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### 2.1 Diseño

El presente estudio tiene como propósito describir el comportamiento de las variables consecuencias psicológicas y las variables estrategias de afrontamiento, apoyo social familiar y apoyo social de las amistades, de mujeres víctimas de abuso sexual denunciado a Carabineros de Valparaíso. Según Hernández, Fernández y Baptista (1991), la investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, ya que se ajusta a los siguientes criterios:

1. Su utilidad y propósito principal es medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar; es decir, seleccionar una serie de propiedades y medir cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.
2. La investigación descriptiva requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder. La investigación puede ser más o menos profunda, pero cualquier caso se basa en la medición con la mayor precisión posible de uno o más atributos del fenómeno descrito.
3. Puede ofrecer la posibilidad de predicciones aunque sean rudimentarias. Por ejemplo, si se obtiene información descriptiva de determinado atributo de un grupo característico, se puede predecir el comportamiento de tal atributo en un sujeto de tal grupo, utilizando

ciertas técnicas estadísticas y sobre la base del promedio del grupo seleccionado.

En relación con el diseño específico de esta investigación corresponde a un estudio de carácter no-experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 1991), o como lo plantea Kerlinger (1979) un estudio de tipo ex-post-facto. Los fenómenos se observan tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, sin manipular deliberadamente las variables.

El diseño corresponde al tipo transeccional o transversal, ya que los datos fueron recolectados en un sólo momento, con el propósito de describir las variables consideradas en el estudio.

## 2.2 Sujetos

Para los fines de este trabajo, se considera a la mujer víctima de abuso sexual denunciado, como aquella mujer mayor de 14 años\*, que ha acudido a la Sección de Delitos Sexuales, Subcomisaría Asuntos de la Familia de Carabineros de Valparaíso, para efectuar la denuncia de un acto de abuso sexual. Entendiéndose éste como cualquier actividad no consensuada que se ha alcanzado mediante la coacción, la amenaza de utilizar la fuerza o el uso de la fuerza. De acuerdo con este criterio, la muestra seleccionada fue de tipo accidental, no probabilística y de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

---

\* La edad escogida es tentativa, se consideró la capacidad para responder las escalas.

Está compuesta por un total de 20 mujeres residentes en la provincia de Valparaíso, que acudieron a la sección durante un período de tiempo comprendido de 6 meses.

El reclutamiento y selección de las mujeres se llevó a cabo basándose en los siguientes criterios:

1. Que haya realizado la denuncia, por motivos de abuso sexual, en la Sección de Delitos Sexuales, durante el presente año.
2. Que al momento de la selección, no haya recibido tratamiento psicoterapéutico.

Las dimensiones consideradas en la descripción de las mujeres que constituyen la muestra son: a) edad, b) escolaridad, c) estado civil d) actividad laboral, d) tipo de delito, e) fecha del delito, f) fecha de la denuncia y g) frecuencia del abuso.

En la Tabla N°1, se describe la edad de las víctimas de abuso sexual, que componen la muestra.

Tabla N°1. Edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 18 años	11	55%
Mayor de 18 años	9	45%
Total	20	100%

Se observa, que en la mayoría de los casos de la muestra(55%), las víctimas son menores de edad.

En la Tabla N°2, se describe el nivel de estudios de los sujetos que componen la muestra.

Tabla N°2 Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Educación Básica Incompleta	1	5%
Educación Básica Completa	1	5%
Educación Media Incompleta	11	55%
Educación Superior Incompleta	1	5%
Educación Superior Completa	6	30%
Total	20	100%

Los datos expuestos señalan que, la mayoría de los casos se encuentra cursando la educación media o han desertado de la educación formal a este nivel (55%).

En relación al estado civil de las víctimas, la Tabla N°3 describe lo siguiente:

Tabla N°3. Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	18	90%
Separada	1	5%
Viuda	1	5%
Total	20	100%

Se observa que, la mayoría de los casos(90%) corresponden a mujeres solteras, no encontrándose sujetos que mantengan relaciones de convivencia o matrimonio.

En la Tabla N°4, se presentan los datos respecto a la actividad laboral desarrollada por las víctimas.

Tabla N°4. Actividad Laboral.

Actividad Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Activa	8	40%
Estudiante	9	45%
Dueña de casa	2	10%
Pensionada	1	5%
Total	20	100%

A partir de los datos, es posible señalar que la mayoría de las mujeres(45%) son estudiantes, no encontrándose sujetos en condición de cesantes.

En lo que respecta al tipo de delito cometido hacia la víctima, la Tabla N°5 señala que:

Tabla N°5. Tipo de Delito.

Tipo de Delito	Frecuencia	Porcentaje
Incesto	3	15%
Violación	11	55%
Abuso deshonesto	6	30%
Total	20	100%

Los datos expuestos, indican que la mayor parte de los delitos denunciados (85%) corresponden a agresiones sexuales cometidas por extraños.

En la Tabla N°6, se describe el período transcurrido entre la comisión del delito y la denuncia de éste.

Tabla N°6. Tiempo transcurrido entre comisión y denuncia del delito.

Tiempo transcurrido entre comisión y denuncia	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 mes	17	85%
Menos de 1 años	2	10%
Entre 1 y 5 años	1	5%
Total	20	100%

Se observa que, en la mayoría de los casos (85%), la denuncia de la agresión sexual se efectúa a corto plazo, incluso dentro de las 24 horas de cometido el delito.

Finalmente, en relación al número de episodios del abuso, la Tabla N° 7 describe:

Tabla N°7. Frecuencia de abuso.

Frecuencia de abuso	Frecuencia	Porcentaje
Episodio Único	18	90%
Ocasional	1	5%
Crónico	1	5%
Total	20	100%

Se observa que casi la totalidad de los casos(90%) corresponde a un episodio de agresión sexual.

En términos generales, es posible señalar que en relación a las características personales de las mujeres, las menores de edad y adultas jóvenes (20-29 años) son las víctimas principales de las agresiones sexuales (85%). Estos datos se corresponden también con el estado civil y actividad laboral, predominando las mujeres solteras (90%) y estudiantes (55%).

Desde el punto de vista de las características de la agresión, el tipo de delito mayoritariamente denunciado correspondió a abuso sexual ejercido por personas ajenas, desconocidas o de parentesco lejano(85%); denuncias que eran efectuadas dentro del mes de ocurrida la agresión(85%), es decir, correspondiente a víctimas recientes; y agresiones cometidas en un único episodio (85%).

### 2.3 Definición de Variables

#### Definición conceptual:

- ***Consecuencias psicológicas en víctimas de abuso sexual:*** Respuesta psicológica caracterizada por un miedo intenso y ansiedad, la aparición de síntomas depresivos, la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos asociados con él o una falta de respuesta general y un aumento de la activación (Echeburúa *et al.*, 1990).
- ***Estrategias de afrontamiento:*** Esfuerzos conductuales y cognitivos realizados por los individuos para el manejo de demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de sus recursos, es decir, que constituyen sucesos estresantes (Lazarus y Folkman, 1986).
- ***Apoyo social familiar:*** Conjunto de contactos personales con su familia, por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como información y contactos sociales (Alfaro, 1993).

- ***Apoyo social de las amistades.*** Conjunto de contactos personales con sus amistades, por medio de los cuales el sujeto mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material y otros servicios tales como información y contactos sociales (Alfaro, 1993).

Definición operacional:

- ***Consecuencias psicológicas en víctimas de abuso sexual:*** Respuestas proporcionadas en la administración de la Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes, de Alvarado *et al.* (1990); y en la administración de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, de Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sauca (1994).
- ***Estrategias de afrontamiento:*** Respuestas proporcionadas en la administración de la Escala de Estrategias de Afrontamiento, de Páez, Besabe y Valdosedá (1992).
- ***Apoyo social familiar:*** Respuestas proporcionadas en la administración de la Escala de Apoyo Social Familiar, de Procidano y Heller.
- ***Apoyo social de las amistades:*** Respuestas proporcionadas en la administración de la Escala de Apoyo Social de las Amistades, de Procidano y Heller.

#### 2.4 Técnicas de Recolección de Datos

Con la finalidad de obtener información acerca de las consecuencias psicológicas experimentadas por los sujetos participantes del estudio, se aplicaron los siguientes instrumentos:

- ***La Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes:*** Esta escala explora el nivel de sintomatología depresiva, por ansiedad y somatoforme, tomando como referencia los

criterios diagnósticos descritos en el DSM III-R para dichos cuadros. Se utiliza para la selección de casos índices, en este sentido es importante considerar que no es instrumento de diagnóstico psicopatológico. Se caracteriza por ser de autoaplicación y consta de 35 ítemes. La subescala de síntomas depresivos se constituye de 13 ítemes, la subescala de síntomas de ansiedad de 12 ítemes (estas dos escalas comparten dos ítemes) y la subescala de síntomas somatoformes de 12 ítemes, respectivamente. Cada pregunta indaga por la existencia de un síntoma o grupo de estos, referido al último mes de vida, y frente al cual se puede contestar tres alternativas: nunca (0), pocas veces (1) o frecuentemente (2).

Para la determinación de la validez de la escala se realizó un estudio en una muestra nacional por Alvarado *et al.* (1990), que estaba constituida por un grupo clínico ( $n_1=40$ ) y un grupo normal ( $n_2=40$ ); utilizando el procedimiento de comparación de grupos opuestos, a través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov, se obtuvieron diferencias muy significativas entre ambos grupos. Los datos de confiabilidad se resumen en la Figura N°3.

Figura N°3. Confiabilidad Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes.

Subescalas	Alfa Cronbach	Coefficiente de Spearman-Brown	Coefficiente de Gutman-Rulon
Síntomas Depresivos	0.875	0.805	0.799
Síntomas por Ansiedad	0.821	0.755	0.747
Síntomas Somatoformes	0.747	0.685	0.558

- *La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.* Esta escala proporciona una evaluación de los síntomas específicos asociados a la agresión sexual, que como se ha señalado anteriormente coinciden, en la mayoría de los casos, con el Trastorno de Estrés Post Traumático; para ello, toma como referencia los criterios diagnósticos descritos en el DSM IV para dicho cuadro. Por otro lado, este instrumento permite medir el grado en que la agresión es evaluada subjetivamente como estresante al incluir preguntas directas de los niveles de estrés experimentados. El cuestionario evalúa al individuo en base a 3 escalas: una subescala de síntomas de reexperimentación de 5 ítems, una subescala de evitación de 7 ítems y una subescala de aumento de la activación de 5 ítems. Cada pregunta indaga por la existencia de un síntoma, frente al cual se puede contestar cuatro alternativas: nunca (0), una vez por semana o menos (1), de dos a cuatro veces por semana (2) o cinco o más veces por semana (3).

Para conocer los factores psicosociales presentes en los sujetos, se aplicaron los siguientes instrumentos:

- *La Escala de Estrategias de Afrontamiento:* Esta escala evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos para resolver determinadas situaciones estresantes. En el presente estudio se omite la primera parte de la administración de este instrumento, que consiste en solicitar al sujeto que describa una situación problema que le haya ocurrido en el último tiempo que considere impactante o preocupante para él; pues se considera la experiencia de una agresión sexual como un potencial agente estresor. La segunda parte del instrumento, administrada en la investigación, plantea 17 afirmaciones (ítems) que deben ser respondidos por el sujeto en función de la situación estresante. Cada uno de los ítems representa una estrategia particular de afrontamiento, a saber: afrontamiento activo (ítem 1),

planificación (ítem 2), supresión de actividades competitivas (ítem 3), autocontrol y contención de manera planificada (ítem 4), búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales (ítem 5), búsqueda de apoyo social por motivos afectivos (ítem 6), reinterpretación positiva y crecimiento (ítem 7), aceptación de responsabilidad (ítem 8), focalización y ventilación de emociones (ítem 9), negación (ítem 10), descompromiso conductual (ítem 11), descompromiso mental (ítem 12), descompromiso mediante alcohol y drogas (ítem 13), autocontrol (no expresión de emociones) (ítem 14), escape y evitación (ítem 15), confrontación directa (ítem 16) y aceptación de responsabilidad y autocrítica (ítem 17). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta: nunca (0), casi nunca (1), pocas veces (2) o muchas veces (3).

No disponiéndose de estimaciones de la confiabilidad y validez de la escala, Vera y Wood (1994) hacen notar que, debido a que cada ítem da cuenta de un tipo de estrategia de afrontamiento distinta, no corresponde a una escala sumativa; por tanto no se estima la confiabilidad de la misma. Sin embargo, en relación a la validez utilizan un procedimiento de validez de contenido basada en la prueba de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el grado de estrés percibido en función de encuentros estresantes específicos, siendo posible estimar que su validez de contenido se confirma.

- *La Escala de Apoyo Social Familiar*: Esta escala evalúa el grado de apoyo percibido que tiene un sujeto en relación a su familia. El instrumento está constituido de 20 ítems. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta: no (0), no sé (9) o sí (1).

Los datos de confiabilidad y validez se resumen en la Figura N°4.

Figura N°4. Confiabilidad y Validez Escala de Apoyo Social Familiar.

Subescala	Alfa Cronbach	Coefficiente de Spearman-Brown	Coefficiente de Gutman-Rulon
Apoyo Social Familiar	0.901	0.873	0.871

Subescala	Síntomas Depresivos	Síntomas por Ansiedad	Síntomas somatoformes
Apoyo Social Familiar	-0.413*	-0.366*	-0.200**

\*p&lt;0.000

\*\*p&lt;0.014

- La *Escala de Apoyo Social de las Amistades*, de los autores Procidano y Heller: Esta escala evalúa el grado de apoyo percibido que tiene un sujeto en relación a su grupo de amistades. El instrumento está constituido de 20 ítems. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta: no (0), no sé (9) o sí (1).

Los datos de confiabilidad y validez se resumen en la Figura N°5.

Figura N°5. Confiabilidad y Validez Escala de Apoyo Social de las Amistades.

Subescala	Alfa Cronbach	Coefficiente de Spearman-Brown	Coefficiente de Gutman-Rulon
Apoyo Social de las Amistades	0.915	0.905	0.901

Subescala	Síntomas Depresivos	Síntomas por Ansiedad	Síntomas somatoformes
Apoyo Social			
Amistades	-0.330*	-0.302*	-0.254**

\* $p < 0.000$

\*\* $p < 0.002$

## 2.5 Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios se desarrolló según el siguiente procedimiento:

1. La selección y asignación de los casos fue realizada por funcionarios de la Sección, sobre la base de los criterios de selección de la muestra, previamente señalados. De este modo, al momento que una persona solicitaba atención en la institución, se le sugería la asistencia a una sesión de entrevista con el equipo investigador. Los datos de identificación de la mujer eran entregados al equipo, quienes posteriormente entraban en contacto con la persona para dar mayor información de la citación.
2. Las sesiones de entrevista eran llevadas a cabo en las mismas dependencias de la institución. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora.
3. Durante la entrevista a la mujer se le aplicaron, por una parte, la Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes y la Escala de Gravedad de Síntomas del

Trastorno de Estrés Postraumático, a fin de obtener información sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual; y, por otra parte, la Escala de Estrategias de Afrontamiento, la Escala de Apoyo Social Familiar y la Escala de Apoyo Social de las Amistades, para conocer los factores psicosociales presentes en la víctima.

4. El protocolo a utilizar por los entrevistadores en el desarrollo de la sesión fue estándar, siguiendo los pasos que se describen a continuación: (a) Presentación de los entrevistadores, (b) explicación del setting y de los objetivos de la sesión, (c) recolección de antecedentes personales, (d) aplicación de los cuestionarios, y (e) cierre de la sesión de entrevista. Es importante señalar que la entrevista fue conducida por un solo entrevistador, ya que esta modalidad resultaba más adecuada considerando lo delicado e intrusivo que puede resultar conversar sobre esta experiencia.

## **2.6 Procesamiento de Datos**

En relación con los datos obtenidos en los cuestionarios, se inició codificando las categorías de cada ítem de las escalas administradas.

Las respuestas codificadas fueron transferidas a una matriz de datos, cuyos renglones representaron los sujetos en la investigación y las columnas registraron los valores en las categorías. Para esto se aplicó la planilla Excel.

## 2.7 Análisis de los Datos

Con la finalidad de describir las consecuencias psicológicas y factores psicosociales de las mujeres de la muestra, los datos que se obtuvieron por medio de la Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes; la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático; la Escala de Estrategias de Afrontamiento; la Escala de Apoyo Social Familiar y la Escala de Apoyo Social de las Amistades, fueron procesados estadísticamente a través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Ahora bien, resulta relevante señalar algunos elementos que hicieron posible el análisis de los datos:

1. Un primer elemento de interés lo constituye la interpretación de los puntajes arrojados por los instrumentos de medición. Un procedimiento que se utilizó, en el presente estudio, para lograr tal interpretación consistió en la determinación de *puntos de corte* en relación al atributo medido, es decir, el establecimiento de algún patrón de referencia respecto a la magnitud del atributo.

El concepto de punto de corte se refiere al límite de puntaje de una escala a partir del cual un sujeto puede o no ser considerado como caso. Por lo cual la definición de caso dependerá tanto de lo que se pretende medir con el instrumento, como de los objetivos del estudio para el cual se utiliza. Asociado a este concepto se encuentran los conceptos de: *Sensibilidad*, que se refiere a la capacidad del instrumento para detectar aquellos casos que poseen el atributo que se pretende pesquisar. En este sentido, un instrumento con alta sensibilidad permite conseguir un mínimo de falsos negativos, es decir, aquellos casos que a pesar de poseer el atributo no son considerados como tales. *Especificidad*, que se refiere a la capacidad del instrumento para detectar aquellos casos que no poseen el atributo que se

pretende pesquisar. En este sentido, un instrumento con alta especificidad permite conseguir un mínimo de falsos positivos, es decir aquellos casos que a pesar de no poseer el atributo son considerados como tales. Se espera que en general un instrumento tenga una alta sensibilidad y especificidad, pero estas al ser interdependientes tienden a variar inversamente.

2. Un segundo elemento lo constituye la determinación de la ubicación de los sujetos en las escalas administradas. Para ello, a continuación se describe el procedimiento seguido en cada escala, específicamente:
  - Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes: La descripción fue desarrollada mediante el análisis por subescala: subescala síntomas depresivos, subescala síntomas por ansiedad y subescala síntomas somatoformes. El puntaje que el sujeto obtiene en cada subescala es igual a la suma de los puntajes de cada ítem que esa subescala contiene. La ubicación del sujeto en la subescala, se realiza en función de los puntos de corte que dicha escala establece. De este modo, es posible ver la muestra en un continuo que podría separarse artificialmente en tres grupos; *grupo clínico con trastornos emocionales*, aquellos casos que presentarían un trastorno depresivo o un trastorno por ansiedad o un trastorno somatoforme; *grupo intermedio con probables trastornos emocionales*, constituido por casos que presentan sintomatología emocional pero no logran ser casos clínicos; y, *grupo normal sin trastornos emocionales*, aquellos casos en los que hay ausencia de síntomas depresivos, de síntomas por ansiedad y de síntomas somatoformes al grado que pudieran ser categorizados en los grupos anteriores. Esto podría acercarse más a la realidad que la tajante demarcación en dos grupos: uno con un cuadro clínico y otro sin éste.

Figura N°6. Puntos de Corte Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes.

Grupo Normal sin Trastorno Depresivo	Grupo Intermedio con Probable Trastorno Depresivo	Grupo Clínico con Trastorno Depresivo
0 – 11 puntos	12 – 19 puntos	20 y + puntos
Grupo Normal sin Trastorno por Ansiedad	Grupo Intermedio con Probable Trastorno por Ansiedad	Grupo Clínico con Trastorno por Ansiedad
0 – 9 puntos	10 – 16 puntos	17 y + puntos
Grupo Normal sin Trastorno Somatoforme	Grupo Intermedio con Probable Trastorno Somatoforme	Grupo Clínico con Trastorno Somatoforme
0 – 7 puntos	8 – 9 puntos	10 y + puntos

- Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. La descripción fue desarrollada mediante el análisis por subescala: subescala de reexperimentación, subescala de evitación y subescala de aumento de activación. El puntaje que el sujeto obtiene en cada subescala es igual a la suma de los ítemes que tal sujeto haya contestado favorablemente (respuesta codificada 1, 2 ó 3). La ubicación del sujeto en la subescala, se realiza en función del número de ítemes respondidos favorablemente, según dicha subescala establece. De este modo, es posible ver la muestra en un continuo que podría separarse artificialmente en dos grupos; *grupo con síntomas del trastorno de estrés postraumático*, aquellos casos que presentaran síntomas de reexperimentación o síntomas de evitación o síntomas de aumento de activación; y, *grupo sin síntomas del trastorno de estrés postraumático*, aquellos casos en los que hay ausencia de síntomas de reexperimentación, de síntomas de evitación y de síntomas de aumento de activación al grado que pudieran ser categorizados en el grupo anterior.

Figura N°7. Evaluación Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

<b>Grupo con Síntomas de Reexperimentación</b>
<i>Se requiere 1 ítem con respuesta codificada 1, 2 ó 3</i>
<b>Grupo con Síntomas de Evitación</b>
<i>Se requieren 3 ítems con respuesta codificada 1, 2 ó 3</i>
<b>Grupo con Síntomas de Aumento de Activación</b>
<i>Se requieren 2 ítems con respuesta codificada 1, 2 ó 3</i>

- Escala de Estrategias de Afrontamiento: La descripción fue desarrollada mediante el análisis por subescala: las subescalas corresponden a cada ítem proposición, puesto que cada ítem proposición representa una estrategia particular de afrontamiento, a saber: afrontamiento activo (ítem 1), planificación (ítem 2), supresión de actividades competitivas (ítem 3), autocontrol y contención de manera planificada (ítem 4), búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales (ítem 5), búsqueda de apoyo social por motivos afectivos (ítem 6), reinterpretación positiva y crecimiento (ítem 7), aceptación de responsabilidad (ítem 8), focalización y ventilación de emociones (ítem 9), negación (ítem 10), descompromiso conductual (ítem 11), descompromiso mental (ítem 12), descompromiso mediante alcohol y drogas (ítem 13), autocontrol (no expresión de emociones) (ítem 14), escape y evitación (ítem 15), confrontación directa (ítem 16) y aceptación de responsabilidad y autocrítica (ítem 17). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta: nunca (0), casi nunca (1), pocas veces (2) o muchas veces (3). La ubicación del sujeto en la subescala, se realiza en función de la codificación de su respuesta, según dicha subescala establece. De este modo, es posible ver la muestra en un continuo que podría separarse artificialmente en dos grupos; *grupo con utilización de la estrategia de afrontamiento*, aquellos casos que hicieran uso de la estrategia de afrontamiento específica; y, *grupo sin utilización de la estrategia de afrontamiento*,

aquellos casos en los que hay ausencia de uso de la estrategia de afrontamiento específica al grado que pudieran ser categorizados en el grupo anterior.

Figura N°8. Evaluación Escala de Estrategias de Afrontamiento.

Grupo sin utilización de la Estrategia de Afrontamiento	Grupo con la utilización de la Estrategia de Afrontamiento
<i>Ítem con respuesta codificada 0 ó 1</i>	<i>Ítem con respuesta codificada 2 ó 3</i>

- Escala de Apoyo Social Familiar: La descripción fue desarrollada mediante el análisis de la escala total. El puntaje que el sujeto obtiene en la escala es igual a la suma de los puntajes de cada ítem que esa escala contiene. La ubicación del sujeto se realiza en función del punto de corte que dicha escala establece, escogida según el punto donde coinciden la sensibilidad y especificidad más altas. De este modo, es posible ver la muestra en un continuo que podría separarse artificialmente en dos grupos; *grupo con apoyo social percibido*, aquellos casos que presentaran un alto grado de integración social y de recursos protectores y promocionales del sujeto en torno a fuentes de apoyo familiar; y *grupo sin apoyo social percibido*, aquellos casos que presentaran un bajo grado de integración social y de recursos protectores y promocionales del sujeto en torno a fuentes de apoyo familiar.

Figura N°9. Punto de Corte Escala de Apoyo Social Familiar.

Grupo sin Apoyo Social Percibido	Grupo con Apoyo Social Percibido
0 - 12 puntos	13 - + puntos

- Escala de Apoyo Social de las Amistades: La descripción fue desarrollada mediante el análisis de la escala total. El puntaje que el sujeto obtiene en la escala es igual a la suma de

los puntajes de cada ítem que esa escala contiene. La ubicación del sujeto se realiza en función del punto de corte que privilegia la sensibilidad, permitiendo conseguir un mínimo de falsos negativos, es decir, aquellos casos que a pesar de poseer el atributo no son considerados como tales. Tal decisión se toma en virtud de las características del delito, por ser de orden privado, y mayoritariamente perpetrado por extraños, lo que hace más difícil la búsqueda de apoyo social de las amistades. De este modo, es posible ver la muestra en un continuo que podría separarse artificialmente en dos grupos; *grupo con apoyo social percibido*, aquellos casos que presentaran un alto grado de integración social y de recursos protectores y promocionales del sujeto en torno a fuentes de apoyo de las amistades; y *grupo sin apoyo social percibido*, aquellos casos que presentaran un bajo grado de integración social y de recursos protectores y promocionales del sujeto en torno a fuentes de apoyo de las amistades.

Figura N°10. Punto de Corte Escala de Apoyo Social de las Amistades.

Grupo sin Apoyo Social Percibido	Grupo con Apoyo Social Percibido
0 – 15 puntos	16 - + puntos

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

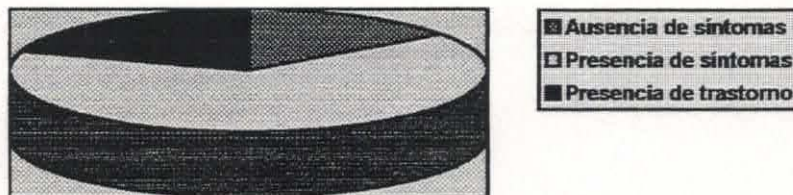
En esta sección se presentan los resultados alcanzados en relación a las consecuencias psicológicas (puntajes Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes, y Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático), como los resultados relativos a los factores psicosociales presentes en las víctimas (puntajes Escala de Estrategias de Afrontamiento, Escala de Apoyo Social Familiar y Escala de Apoyo Social de las Amistades).

#### 3.1 Descripción de las Consecuencias Psicológicas.

##### 3.1.1 Análisis Escala de Síntomas Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes

En la Figura N°11, se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la Subescala para la evaluación de Síntomas Depresivos:

Figura N°11. Resultados Subescala de Síntomas Depresivos.



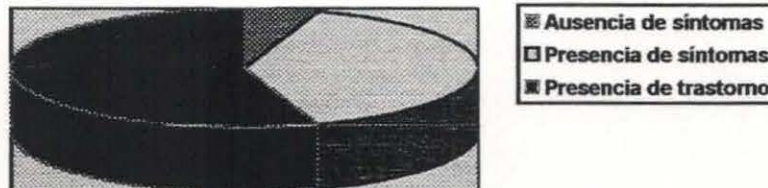
De acuerdo a estos resultados, es posible señalar que las sujetos de la muestra se distribuyeron mayoritariamente en el grupo intermedio de sintomatología depresiva (65%), es decir, sujetos que experimentan un probable trastorno depresivo. Un 15% de la muestra no se

percibe con síntomas, mientras un 20% presenta un cuadro que requiere atención clínica.

Los síntomas depresivos mayormente experimentados son: insomnio de conciliación, descrito como frecuente por el 75% de las sujetos, y tristeza y desánimo, que son experimentados frecuentemente por el 80% de la muestra. Por otro lado, aquel síntoma mayormente ausente lo constituye ideas suicidas, descrito como nunca experimentado por el 65% de las sujetos.

En la Figura N°12, se muestran los resultados obtenidos en la aplicación de la Subescala para la evaluación de Síntomas por Ansiedad:

Figura N°12. Resultados Subescala de Síntomas por Ansiedad.



En esta escala, es posible observar que casi la totalidad de la muestra (95%) experimenta sintomatología ansiosa. Encontrándose en mayor proporción en el grupo que presenta trastorno por ansiedad (55%). Sólo una persona se percibe sin síntomas (5%).

Los síntomas por ansiedad mayormente experimentados son: ansiedad, intranquilidad y tensión, descritos como frecuentes por el 90% de las sujetos; agorafobia, que es experimentado frecuentemente por el 80% de la muestra; y sensación de “nudo en la garganta”, descrito por el 70% de las sujetos como frecuente.

Los resultados obtenidos en la aplicación de la Subescala para la evaluación de Síntomas Somatoformes, se expone en la Figura N°13:

Figura N°13. Resultados Subescala Síntomas Somatoformes.



De acuerdo a estos resultados, es posible señalar que las sujetos de la muestra se distribuyeron mayoritariamente en el grupo que no se percibe con síntomas somatoformes (60%). Los sujetos que experimentan un probable trastorno, es decir, que poseen una sintomatología intermedia corresponde al 10%; mientras que un 40% presenta un cuadro somatoforme que requiere atención clínica.

El síntoma somatoforme mayormente experimentado es dolor abdominal, descrito como frecuente por el 70% de las sujetos. Por otro lado, aquellos síntomas mayormente ausente lo constituyen: náuseas y vómitos, y crisis de agitación, descritos como nunca experimentados por el 70% de las sujetos; parálisis de una extremidad por un 75% de la muestra; lipotimia, por un 80% de las sujetos; y afonía-difonía y ceguera, por el 85% de la muestra.

### 3.1.2 Análisis Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

En la Figura N°14, se muestran los resultados obtenidos en la aplicación de la Subescala para la evaluación de Reexperimentación:

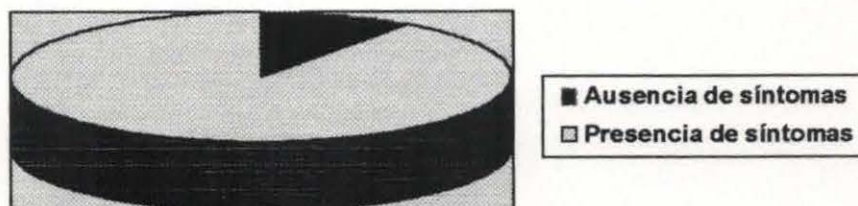
Figura N°14. Resultados Subescala de Reexperimentación.



En esta escala, es posible observar que la totalidad de la muestra (100%) reexperimenta el acontecimiento traumático persistentemente.

En la Figura N°15, se describen los resultados obtenidos a través de la administración de la Subescala de Evitación:

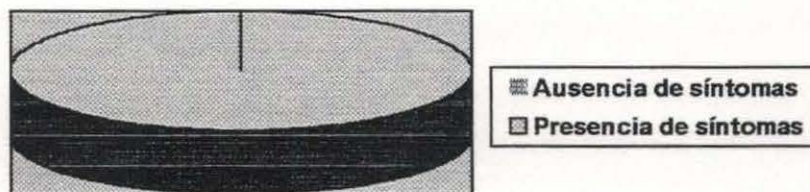
Figura N°15. Resultados Subescala de Evitación.



De acuerdo a estos resultados, es posible señalar que la mayoría de las sujetos de la muestra (90%) evitan de modo persistente estímulos asociados con el trauma; encontrándose sólo un 10% que no desarrolla este tipo de respuestas.

Los resultados obtenidos en la aplicación de la Subescala de Activación, se exponen en la Figura N°16:

Figura N°16. Resultados Subescala de Activación.



Como es posible observar, la totalidad de las sujetos experimenta síntomas persistentes de hiperactivación no existentes antes del trauma.

### 3.2 Descripción de los Factores Psicosociales

#### 3.2.1 Análisis de la Escala de Estrategias de Afrontamiento

En la Figura N°17, se exponen los resultados obtenidos en relación a las estrategias de: afrontamiento activo y planificación:

Figura N°17. Resultados Estrategias: Afrontamiento Activo y Planificación



De acuerdo a estos resultados, es posible señalar que la totalidad de la muestra empleó la estrategia de afrontamiento activo (100%). Del mismo modo, se observa en la mayoría de las sujetos (70%) la utilización de una respuesta planificada frente al evento traumático.

Los resultados obtenidos en relación a las estrategias de: supresión de actividades competitivas y, autocontrol y contención de manera planificada; se describen en la Figura N°18

Figura N°18. Resultados Estrategias Supresión de Actividades Competitivas y, Autocontrol-Contención.



Como se observa, la mayoría de las sujetos utiliza ambas estrategias para afrontar la experiencia de agresión sexual. El 65% de las personas se concentra en este evento, suprimiendo actividades competitivas. De igual modo, un 60% evita precipitarse, actuando de forma autocontrolada.

Los resultados obtenidos en relación a las estrategias de: búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales y búsqueda de apoyo social por motivos afectivos, se exponen en la Figura N°19.

Figura N°19. Resultados Estrategias: Búsqueda de Apoyo Social Instrumental y Búsqueda de Apoyo Social Afectivo



A partir de estos resultados, es posible señalar que la mayoría de las sujetos no utilizan la estrategia de búsqueda de apoyo social con una finalidad instrumental (70%), sino más bien con la finalidad de encontrar simpatía y comprensión (80%).

En la Figura N°20, se describen los resultados obtenidos en relación a las estrategias: reinterpretación positiva y crecimiento, y aceptación de responsabilidad.

Figura N°20. Resultados Estrategias: Reinterpretación Positiva y Crecimiento, y Aceptación de Responsabilidad.



Como se observa, el 70% de la muestra percibe haber aprendido algo de la experiencia y haber crecido; sin embargo, sólo un 40% utiliza la estrategia de afrontamiento de aceptación de responsabilidad ante el evento.

Los resultados alcanzados en lo que respecta a las estrategias: focalización y ventilación de emociones, y negación, se describen en la Figura N°21.

**Figura N°21. Resultados Estrategias: Focalización y Ventilación de Emociones, y Negación**



Como se observa, la mayoría de las sujetos utiliza ambas estrategias. Un 70% expresa y deja descargar sus emociones, y por otro lado, un 65% se ha negado o resistido a creer lo ocurrido, en varias oportunidades.

En la Figura N°22, se exponen los resultados en relación a las estrategias: descompromiso conductual y descompromiso mental.

**Figura N°22. Resultados Estrategias: Descompromiso Conductual y Descompromiso Mental.**



Según los resultados obtenidos, la mayoría de la muestra no utilizaría ambas estrategias. Sólo un 35% de los sujetos, admite que no es capaz de hacer nada, dejando de intentar enfrentarlo. Y un 45% se descomprometería mentalmente, volcándose en el estudio o el trabajo para olvidarse de todo como si no ocurriera nada.

En la Figura N°23, aparecen los resultados obtenidos en relación a las estrategias: descompromiso mediante alcohol y drogas, y autocontrol (no expresión de emociones).

**Figura N°23. Resultados Estrategias: Descompromiso mediante Alcohol y Drogas, y Autocontrol (no expresión de emociones).**



Según los resultados obtenidos, la mayoría de la muestra no utilizaría la primera estrategia. Sólo un 10% bebería o utilizaría drogas para olvidar el problema o pensar menos en él. Mientras que inversamente, el 80% utilizaría la estrategia de autocontrol, intentando guardar para sí sus sentimientos.

Los resultados obtenidos en relación a las estrategias: escape y evitación, y confrontación directa, aparecen en la Figura N°24.

Figura N°24. Resultados Estrategias: Escape y Evitación, y Confrontación Directa



Como se observa, la mayoría de los sujetos utilizan ambas estrategias. Un 60% emplea la estrategia de evitación y escape, fantaseando o imaginando el momento en que podrían cambiar las cosas; del mismo modo que un 55% confronta directamente la situación, manifestando su enojo a los responsables del problema.

Finalmente, los resultados obtenidos en relación a la estrategia de aceptación de responsabilidad y autocrítica, se describen en la Figura N°25.

Figura N°25. Resultados Estrategia de Aceptación de Responsabilidad y Autocrítica.

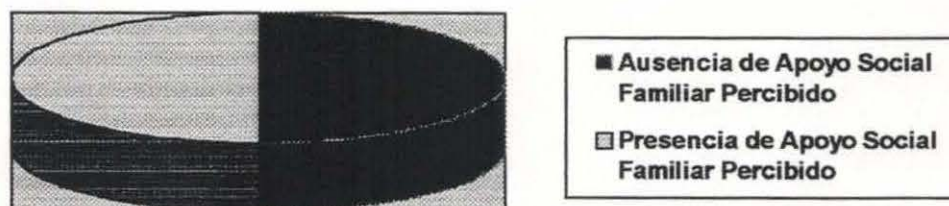


Como se observa, la estrategia de analizar la propia responsabilidad en lo ocurrido y criticarse a sí mismo es utilizada por la mayoría de la muestra (60%).

### 3.2.2 Análisis de la Escala de Apoyo Social Familiar

En la Figura N°26, se exponen los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Apoyo Social Familiar.

Figura N°26. Resultados Escala de Apoyo Social Familiar.

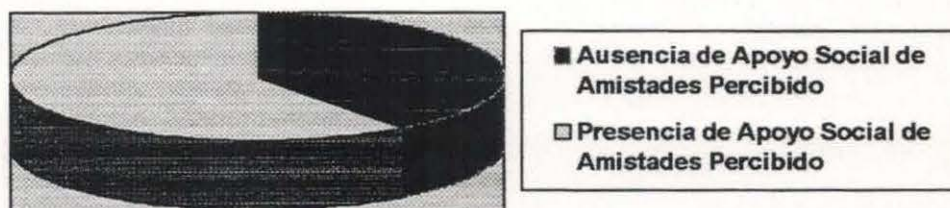


Según los resultados obtenidos, es posible señalar que la mitad de los sujetos percibe un alto grado de apoyo en relación a su familia, mientras el apoyo percibido por el otro 50% es evaluado como bajo.

### 3.2.3 Análisis de la Escala de Apoyo Social de las Amistades

Los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Apoyo Social de las Amistades, se muestran en la Figura N°27.

Figura N°27. Resultados Escala Apoyo Social de las Amistades.



Como se observa, la mayoría de los sujetos evalúan como alto el grado de apoyo social ofrecido por sus amistades. El apoyo percibido como bajo en relación a sus amistades, es evaluado por el 40% de las personas.

### **3.3 Descripción de tipologías.**

A partir de la distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos, en las escalas de evaluación de consecuencias psicológicas y factores psicosociales, resulta interesante identificar la combinación de resultados obtenidos por cada sujeto en dichas escalas. De este modo, es posible descubrir cuáles combinaciones en consecuencias psicológicas, factores psicosociales y variables demográficas se dan con mayor frecuencia en los sujetos.

Para conocer tales combinaciones se identificó y ubicó a los sujetos según la posición que tenían en cada variable. Así, por ejemplo, la persona 1 se ubica en los sujetos con trastorno depresivo.

Posteriormente, se identificó y ubicó las puntuaciones de las variables que agrupaban mayor cantidad de sujetos, procediendo a compararlas, con el objetivo de reconocer las combinaciones tipo más características de la muestra.

A continuación se expondrán aquellas combinaciones tipo que agrupen a un mayor número de sujetos.

Como una primera tipología se descubre la combinación más frecuente de sintomatología experimentada por la muestra.

Tabla N°8. Tipología de Sintomatología.

Tipología de Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Depresión		
Ansiedad		
Reexperimentación	<b>16</b>	<b>80%</b>
Evitación		
Activación		

Como se observa en la Tabla N°8, los sujetos experimentan una gran diversidad de consecuencias psicológicas; que van desde una sintomatología depresivo-ansiosa y un aumento de su activación, hasta la reexperimentación del evento traumático y evitación persistente de los estímulos asociados a él.

En la Tabla N°9 se describe el tipo de afrontamiento mayormente utilizado por la muestra.

Tabla N°9. Tipología de Afrontamiento.

Tipología de Afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
<p style="text-align: center;">Afrontamiento Activo</p> <p>No Descompromiso mediante Alcohol y Drogas</p> <p style="padding-left: 40px;">Autocontrol (no expresión de emociones)</p> <p>Búsqueda de Apoyo Social por motivos Afectivos</p> <p style="padding-left: 40px;">Focalización y Ventilación de Emociones</p> <p style="text-align: center;">Negación</p>	8	40%

Como se aprecia en la Tabla N°9 el tipo de afrontamiento presente en el 40% de los sujetos se caracteriza por la asunción de un rol activo, que se refleja en afrontar y focalizar la atención en el evento, no descomprometerse mediante el uso de alcohol, controlar las emociones, y buscar apoyo afectivo. Aparece, sin embargo, la utilización de la negación de lo ocurrido, que si bien puede ocasionar dificultades para la adaptación futura, durante esta primera fase puede ayudar a controlar la ansiedad.

En relación a las variables sociodemográficas, el principal tipo de sujetos encontrado aparece en la Tabla N°10.

Tabla N°10. Tipología Sociodemográfica.

<b>Tipología Sociodemográfica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 18 años Enseñanza Media Incompleta Soltera Estudiante	<b>8</b>	<b>40%</b>

Como aparece en la Tabla N°10, el 40% de la muestra constituye un tipo de víctima adolescente, caracterizado por ser estudiante de enseñanza media, menor de edad y soltera.

En cuanto al tipo de agresión sexual, el más frecuentemente encontrado se describe en la Tabla N°11.

Tabla N°11. Tipología de Agresión Sexual.

<b>Tipología de Agresión Sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Violación Período Comisión-Denuncia menor a un mes Episodio único	<b>10</b>	<b>50%</b>

Según se observa en la Tabla N°11, el tipo de agresión del que es víctima la mayor cantidad de sujetos consiste en un evento único de abuso, cuyo producto lo constituye la penetración vaginal. Junto a lo anterior, la característica de ser denunciado en un tiempo inferior a un mes de transcurrida la agresión, permiten estimar que la evaluación de las consecuencias psicológicas y factores psicosociales presentes en las sujetos corresponden a víctimas recientes.

La Tabla N°12 muestra la combinación tipo más significativa entre consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento.

Tabla N°12. Tipología de Sintomatología-Afrontamiento.

Tipología de Sintomatología-Afrontamiento		Frecuencia	Porcentaje
Depresión	Afrontamiento Activo	10	50%
Ansiedad	No D. Alcohol y Drogas		
Reexperimentación	Autocontrol		
Activación	Búsqueda Ap. Soc. Afectivo		

Como aparece en la Tabla N°12, la combinación tipo más frecuente entre las consecuencias psicológicas experimentadas por las víctimas y sus estrategias para afrontar el evento traumático, permite estimar la presencia de una ruptura en la vida cotidiana de la mayoría de las sujetos, expresada en el surgimiento de una sintomatología diversa y la aparición de un compromiso cognitivo, afectivo y conductual con el evento traumático.

En relación al tipo más característico en la combinación sintomatología –apoyo social, la Tabla N°13 señala:

Tabla N°13. Tipología de Sintomatología-Apoyo Social.

Tipología de Sintomatología- Apoyo Social	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Ansiedad Reexperimentación Evitación Activación Apoyo Social de las Amistades	<b>11</b>	<b>55%</b>

Como se describe en la Tabla N°13, el conjunto de síntomas mayormente experimentado por las víctimas se encuentra asociado en un 55% de la muestra con un apoyo social de las amistades percibido como alto. En relación al soporte social proporcionado por la familia, no es posible identificar combinaciones significativas que caractericen a la muestra.

En la Tabla N°14 se describe la combinación tipo más frecuente en relación a las variables sociodemográficas-agresión de los sujetos.

Tabla N°14. Tipología Sociodemográfica-Agresión.

<b>Tipología Sociodemográfica-Agresión</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de Edad	Comisión-Denuncia menor 1 mes	8	40%
E. Media Incompleta	Episodio Unico		
Soltera			

Como se observa en la Tabla N°14, las sujetos menores de edad, solteras y que no han completado su educación media constituyen un grupo significativo, el que se caracteriza además por experimentar un evento único de abuso y por efectuar la denuncia en un plazo menor a un mes de cometido.

En relación a las características sociodemográficas-agresión de la muestra, las y la sintomatología experimentada tras el evento, se descubre la siguiente tipología:

Tabla N°15. Tipología de Sintomatología-Sociodemografía-Agresión.

<b>Tipología de Sintomatología- Sociodemografía-Agresión</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	Soltera	13	65%
Ansiedad	Comisión-Denuncia menor a un mes		
Reexperimentación	Episodio Único		
Activación			

Como es posible apreciar en la Tabla N°15, la sintomatología es experimentada en su mayoría (65%) por sujetos solteras víctimas de un evento único de agresión sexual, que efectúan la denuncia inmediatamente después de ser cometido.

La combinación más significativa entre las características sociodemográficas-agresión de la muestra y las estrategias mayormente utilizadas para enfrentar el evento aparecen en la Tabla N°16.

Tabla N°16. Tipología de Afrontamiento-Sociodemografía-Agresión.

Tipología de Afrontamiento-Sociodemografía-Agresión	Frecuencia	Porcentaje
Afrontamiento Activo Soltera No D. Alcohol y Drogas Comisión-Denuncia menor a un mes Búsqueda A. Soc. Afectivo Episodio Único	14	70%

Como describe la Tabla N°16, las estrategias mayormente utilizadas por la muestra son de carácter activo, sujetos que se caracterizan por ser solteras, víctimas de un evento único de agresión sexual y por efectuar la denuncia inmediatamente después de ser cometido.

Finalmente, una tipología que reúne una gran diversidad de dimensiones características de los sujetos del presente estudio, aparece graficada en la Tabla N°17.

Tabla N°17. Tipología de Síntomatología-Fact.Psicosociales-Sociodemografía-Agresión.

Tipología de Sintomatología-Fact.Psicosociales- Sociodemografía-Agresión			Frecuencia	Porcentaje
Depresión	Afrontamiento Activo	Soltera	8	40%
Ansiedad	No D. Alcohol y Drogas	C-D menor 1 mes		
Activación	Búsqueda A. Soc. Afectivo	Episodio Único		
Reexperimentación	Ap. Social de las Amistades			

Como es posible observar, un 40% de los sujetos experimentan consecuencias psicológicas diversas, desde sintomatología depresivo-ansiosa hasta aumento de la activación y reexperimentación del evento agresivo; paralelamente utilizan como modos de afrontar la situación, estrategias activas dirigidas a resolver directamente el problema o las emociones que surgen de él, a través de la búsqueda de apoyo afectivo principalmente entre sus amistades. Finalmente este grupo se caracteriza por estar compuesto por mujeres solteras, víctimas de un evento único de agresión sexual y por efectuar la denuncia inmediatamente después de ser cometido.

## CAPÍTULO IV

### OTROS RESULTADOS

En esta sección se incluyen ciertos elementos de análisis que surgieron durante el trabajo de investigación y que fueron evaluados como relevantes de exponer, como resultados inesperados en el presente estudio. Tales resultados no se inscriben en el diseño de la investigación, siendo elaborados de forma separada, a partir un apoyo psicológico proporcionado a las víctimas. El diseño específico de la intervención desarrollada por los investigadores y los resultados obtenidos en esta sección, se describen detalladamente a continuación.

#### 4.1 INTRODUCCIÓN

Pareciera ser que todas las personas, aunque no hayan sufrido una victimización sexual, elaboran una imagen de la misma. En este sentido han sido seis los factores que se han detectado como componentes del esquema sociocognitivo de la "agresión sexual": los estereotipos sociales sobre el tema, los medios de comunicación social, la experiencia personal previa, la observación de dichos delitos, la comunicación social informal y la personalidad de la víctima (Soria y Hernández, 1994).

La comisión de un delito implica siempre la ruptura de una norma social, no sólo por parte del agresor sino también de la víctima; la que tiende a ser culpabilizada por la sociedad al no seguir las normas sociales establecidas (Jones y Aronson, 1973). Dicha concepción se reafirma muchas veces en el modo de reaccionar de las personas, basado en estereotipos sexuales (Davis, 1987).

Dentro de las actitudes sociales, Viano (1983) señala que la percepción de la violencia es un factor que aparece íntimamente ligado a los delitos, siendo más legitimada socialmente cuando se dirige a un grupo minoritario o con un estatus más bajo, si se realiza en legítima defensa o en función del daño infligido. Las actitudes sociales ante el proceso de victimización varían según el sexo de la víctima, así en mujeres la expresión de odio es etiquetado como patológico por la sociedad pero no ocurre lo mismo cuando es un hombre. La exigencia de expresión diferencial de sentimientos entre ambos sexos impuesta por la sociedad, permite a los hombres mostrarse más agresivos hacia los demás tras el delito, pero no a las mujeres, lo que provoca un incremento de conductas autodestructivas (alcoholismo, conducción temeraria, suicidio, etc.) en el sexo femenino (Mills, Rieker y Carmen, 1984).

La percepción de los delitos sexuales en términos de mitos permanece hasta hoy en día, influyendo negativamente la reacción social ante la víctima. Dentro de ellos, Burt (1980) recoge seis: “decir no significa realmente decir sí”, “la mujer desea en secreto ser tomada por la fuerza”, “las mujeres hermosas no son violadas” (deben ocultar el suceso), “la violación se produce por un extraño”, “es un crimen típicamente violento”, y “resulta imposible violar a una mujer que no lo desee”.

En los diversos mecanismos, agentes e instituciones, directa o indirectamente relacionados con la prevención, diagnóstico, castigo de autores y rehabilitación de las víctimas de agresión sexual, es necesario reconocer los aspectos socioculturales que están a la base de tales comportamientos y la legalidad vigente; pues, como Weeks (1981) lo indica, las creencias y atribuciones en relación a la violencia, la violencia sexual, la sexualidad y los roles sexuales influyen sobre el comportamiento sexual, del mismo modo como los patrones culturales condicionan, en cierta medida, la percepción, significado social y acciones posteriores al hecho de violencia.

En vista de que el impacto y alarma social que producen estos delitos se ve influida por las creencias y actitudes sociales estigmatizadoras hacia la violación y que la respuesta del entorno social trivializa la experiencia sufrida por la afectada; cobra relevancia analizar la interacción que se establece entre las Víctimas y las distintas instituciones estatales que tienen el control social de tales conductas.

A través del trabajo que han desarrollado los investigadores en la Sección de Delitos Sexuales de Valparaíso, han surgido algunos aspectos importantes de analizar en torno al apoyo institucional que se le proporciona a la víctima.

Con la finalidad de dar a conocer tal experiencia, en un primer momento se describe el desarrollo de la intervención otorgada a las víctimas, para luego realizar un análisis de la dimensión institucional de la agresión sexual a partir de tres entrevistas realizadas a actores relevantes en cada organismo, utilizando para ello tanto elementos teóricos como de la propia experiencia de los investigadores.

Esto como un intento de bosquejar la situación regional en la que se enmarca el abordaje de la problemática.

## 4.2 DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

### 4.2.1 Caracterización de la institución y relación con los interventores.

La intervención se realizó al interior de la Sección de Control y Prevención de Delitos Sexuales, de la Subcomisaría Asuntos de la Familia – Valparaíso. Su creación en carácter experimental data del día 15 de julio de 1994, para ser creada oficialmente mediante el Boletín Oficial N°3545, el 27 de mayo de 1995.

Esta Unidad efectúa sus actividades en el Complejo Policial de propiedad de la Fundación Niño y Patria, costado sur del inmueble, ubicado en calle Guacolda N°117, Cerro Lecheros, Valparaíso. El recurso humano disponible para los servicios que entrega consiste en un Teniente (E. F.), Jefe de la Sección, y tres Suboficiales.

En cuanto a su Jurisdicción Policial, comprende los sectores de las prefecturas de Valparaíso y Viña del Mar, abarcando las comunas de Valparaíso, Casablanca, Viña del Mar, Con-Cón, Quintero, Quilpué, Villa Alemana, Limache y Quillota.

La Sección de Control y Prevención de Delitos Sexuales tiene por objetivos:

- Planificar, controlar y evaluar con los medios orgánicos que posee; acciones de prevención y control, en lo que concierne a delitos sexuales, en una modalidad de trabajo técnica-especializada, de acuerdo al marco reglamentario vigente, proporcionando a las víctimas trato personalizado, hecho que estrecha el vínculo Institución Carabineros de Chile – Comunidad.
- Permitir a las unidades policiales operativas, la utilización de horas-hombre empleadas en procedimientos de esta naturaleza (tiempo promedio 5 horas), en otro tipo de actos delictuales o preventivos.

- Erradicar el concepto Segunda Victimización al contacto inicial con la afectada, lográndose en forma más rápida y óptima al tratarse de personal femenino, ya que estadísticamente los grupos más sensibles a este flagelo son niños y mujeres.
- Dar un carácter especializado a la información puesta a conocimiento de los Tribunales de Justicia, utilizando los medios de prueba y trabajo en el sitio del suceso técnicamente, lo que hace posible que el Magistrado pueda incoar causa en base a antecedentes válidos en tiempo, carácter, condición y conservación.

A la Sección le corresponde la misión de prevenir o neutralizar la ocurrencia de agresiones sexuales, así mismo adoptar los procedimientos que de ello resulten. Para el cumplimiento de tal misión, la Sección debe:

- a) Concurrir a las Unidades dependientes de las Prefecturas de Valparaíso y Viña del Mar que soliciten los servicios de su especialidad.
- b) Acudir a hospitales, postas, consultorios municipales o cualquier otro servicio o lugar que solicite su concurrencia.
- c) Planificar y ejecutar los servicios ordinarios y extraordinarios en sitios cercanos a establecimientos educacionales, parques, cerros, plazas y otros similares, con el objeto de prevenir atentados sexuales, atendiendo la frecuencia, oportunidad y localización con que se producen.
- d) Asesorar a las unidades en materia de Prevención de Delitos Sexuales, cuando lo soliciten.
- e) Desarrollar actividades educativas de Prevención en juntas de vecinos, centros de madres, otras organizaciones comunitarias, colegios, instituciones y universidades, mediante plan semestral de difusión.

- f) Coordinar acciones con organismos técnicos dedicados a la Prevención de atentados sexuales, con el fin de intercambiar información específica y elaborar estrategias conjuntas de trabajo.

Inicialmente, el contacto que se establece con la Sección de Control y Prevención de Delitos Sexuales, surge de la realización de una actividad de pre-práctica del Taller de Psicología Educacional, en el quinto año de la carrera (mayo de 1997).

Años anteriores, la realización de este tipo de actividades iba dirigida a la prevención del abuso sexual en menores y el trabajo de apoyo a funcionarias de la Sección. Básicamente, se confeccionó un material de difusión para las exposiciones que Carabineros realizaba en distintos establecimientos educacionales; se desarrollaron reuniones periódicas con las funcionarias en torno a problemáticas grupales y personales que se generaban en el trabajo; y se realizaron evaluaciones diagnósticas de algunas de las víctimas menores que efectuaban la denuncia.

Al establecer el contacto, la jefa de la sección hace la petición explícita de orientar el trabajo a la atención clínica de las víctimas, debido a lo cual se deben reestructurar las actividades diseñadas para esta práctica, que originalmente competía al área educacional. La búsqueda bibliográfica, entrevista a expertos, la confección de material didáctico para el trabajo con menores, el diseño de una ficha de ingreso y evaluación diagnóstica para los casos atendidos fueron actividades previas que permitieron definir el perfil de la intervención.

De este modo, el trabajo a desempeñar en la Sección de Control y Prevención de Delitos Sexuales quedó definido en términos de proporcionar apoyo psicológico a víctimas de abuso sexual denunciado.

La relación establecida con los funcionarios se caracterizó por una disposición abierta y facilitadora de la intervención; existiendo completa disponibilidad para la utilización de las oficinas, flexibilidad en los horarios de permanencia en la institución, acceso a los registros de las denuncias efectuadas, disponibilidad de recursos materiales, y posteriormente facilitación de una oficina destinada especialmente a la atención de las víctimas.

#### **4.2.2 Caracterización de los sujetos beneficiarios.**

La población beneficiaria de la intervención consistió en aquellas personas víctimas de abuso sexual, que hubiesen efectuado la denuncia del delito en la Subcomisaría Asuntos de la Familia - Valparaíso.

Se utilizó el criterio etéreo para caracterizar la atención clínico-psicológica proporcionada; de este modo, víctimas menores de 14 años eran entrevistadas inicialmente en paralelo con la madre o tutor para realizar la evaluación diagnóstica y determinar el nivel de intervención, que generalmente incorporaba a los padres. Por otro lado, víctimas jóvenes y adultas recibían una atención individual, en la mayoría de los casos.

#### **4.2.3 Supuestos que fundamentan y organizan la intervención.**

En la búsqueda bibliográfica de información en torno al abordaje clínico de este tipo de problemáticas, una de las dificultades encontradas tuvo relación con la escasa disponibilidad de material en la región, donde la publicación de algunas experiencias no se ajustaba, por un lado, a la naturaleza de las situaciones de violencia denunciadas en la Sección (más bien hacían referencia a violencia intrafamiliar, violencia hacia las mujeres en particular, etc.), y por otro lado, al tipo de intervención que era posible desarrollar (se vinculaban a un trabajo multi e interdisciplinario, a una intervención prolongada, etc.). Sin embargo, y considerando tales

limitaciones, se consideró el modelo de "intervención en crisis" como una metodología adecuada para enfrentar la solicitud de ayuda en situaciones de abuso sexual.

Desde esta aproximación, cuando la víctima, un familiar o conocido de ésta, informa de la situación de violencia sexual de la que ha sido objeto, es posible encontrarse ante una situación de crisis, es decir, frente a una ruptura del modo de funcionamiento e incapacidad de la persona para asegurar su integridad física y psicológica. Dos posibles comportamientos del sujeto son: intentar resolver rápidamente la crisis, evitando que el conflicto se explicita; o bien, aprovechar la crisis para un real crecimiento. El impacto de la crisis se relaciona con la severidad del suceso que lo está precipitando y, el resultado de la crisis con los recursos personales que posee la persona afectada. Algunos elementos presentes en la situación de crisis son:

- *Clave cognitiva*, es decir, la nueva información recibida por el individuo es totalmente discordante con la información o expectativas que posee. Ej: Las relaciones sexuales son expresión de amor a la pareja.
- *Desorganización y desequilibrio*. Halpern (1973) define la conducta de la crisis, considerando los siguientes síntomas: sentimientos de cansancio y agotamiento, sentimientos de desamparo, sentimientos de inadecuación, sentimientos de confusión, síntomas físicos, sentimientos de ansiedad, desorganización del funcionamiento de sus relaciones laborales, familiares y sociales.
- *Trastorno en el enfrentamiento*, o sea, la persona en crisis se siente incapaz de tomar decisiones. Caplan supone la presencia de 7 características para enfrentar en forma adecuada una situación de crisis:
  1. Explorar los resultados reales y pedir información.
  2. Expresar sin reserva los sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
  3. Pedir ayuda a otros.

4. Enfrentar los problemas intentando hacerlos manejables.
5. Se intenta mantener la organización de la vida en las áreas no afectadas.
6. Ser flexible y dispuesto a cambiar.
7. Confiar en sí mismo y en otros.

*Tiempo de resolución.* El estado de crisis agudo en general dura entre 4 y 6 semanas, como manera de diferenciarlo del estado crónico. Es importante diferenciar entre restauración del equilibrio y la resolución de la crisis, es posible que en el plazo de 4 a 6 semanas el equilibrio se restablezca; sin embargo, la crisis no se resuelva en forma constructiva.

*Resultado de la crisis.* Viney (1976), señala que la resolución positiva de la crisis puede definirse como "Enfrentando el suceso de crisis de modo que se integre dentro de la 'estructura' de la vida, dejando a la persona abierta en vez de cerrada al futuro". Enfrentando significa ayudar a la persona en la exploración del suceso y su reacción al mismo. Integración del suceso dentro de la "estructura" de la vida significa que el suceso que provocó la crisis debe ser un elemento que se integre dentro de las vivencias de la persona, lo contrario es la negación o bloqueo que frecuentemente es la primera reacción a hechos dolorosos. Abierto para encarar el futuro, significa que la crisis entrega nuevas conductas de enfrentamiento que reducen la vulnerabilidad.

La intervención en crisis se da a dos niveles: El trabajo desarrollado en la Sección corresponde a la intervención en crisis de primer orden, es decir, aquella que se otorga inmediatamente después de la crisis, o lo que se conoce como la primera ayuda psicológica. Este proceso de ayuda está dirigido a auxiliar a una persona o familia a soportar el proceso traumático de modo de debilitar la probabilidad de aparición de los efectos (estigmas emocionales y/o daño físico) e incrementar la probabilidad de crecimiento.

Luego de la situación de crisis algunas personas necesitan intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis; esto implica un trabajo de mediano plazo que, debido a las características y condiciones de este trabajo práctico, era imposible proporcionar.

Ahora bien, en el tratamiento del abuso sexual infantil la evaluación diagnóstica de los primeros casos ingresados dejó en evidencia la importancia del desarrollo de determinadas habilidades de cuidado y seguridad personal al momento de enfrentar situaciones de violencia y riesgo; de este modo, se tornó necesario incorporar una orientación educacional y preventiva a tal intervención.

Proporcionar una guía que oriente a los niños (y a sus padres) en el mundo de la sexualidad y en el manejo de problemas que puedan afectarlos constituyó, en este sentido, la finalidad principal del trabajo con niños. Para lo cual se incorporó a los padres, entendiendo por supuesto que el tratamiento de la sexualidad al interior del hogar debe abordarse con cuidado por su doble rol; ya que siendo función de la familia la educación de los hijos, en todos los sentidos, incluyendo el sexual; también lo es el cuidado y la protección de éstos, de manera de no exponerlos a riesgos en su normal desarrollo.

#### **4.2.4 Objetivos.**

Como se ha señalado, el trabajo desarrollado en la Sección con víctimas de abuso sexual se enmarca dentro de la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, intervención que debe ser pertinaz, apropiada y eficaz puesto que la persona se encuentra especialmente vulnerable.

Considerando que frecuentemente la víctima llega a solicitar ayuda en estado de shock y se siente sobrepasada por las emociones y amenaza de daño, los objetivos de esta intervención consistieron fundamentalmente en:

- Aumentar la seguridad personal de la víctima.
- Retomar su equilibrio emocional y seguridad psicológica.
- Ayudar a la persona a abordar los problemas de su situación personal.
- Responder a sus inquietudes.
- Identificar sus emociones.

El apoyo psicológico proporcionado a víctimas de abuso sexual infantil, por otra parte, tuvo por objeto abordar tres temas cruciales: reelaborar la situación traumática de abuso, proporcionar educación sexual a los niños y facilitar la adquisición de destrezas de prevención y afrontamiento del abuso sexual:

- Elaborar cognitivamente las responsabilidades involucradas en la situación de abuso.
- Reestructurar emocionalmente los sentimientos asociados a la situación de abuso.
- Reconocer la diferencia principal entre una niña y un niño.
- Conocer cómo se forma una niña y un niño.
- Reconocer la importancia de la familia.
- Comprender la importancia de la seguridad personal y autocuidado.
- Aprender qué es abuso sexual. Adquirir habilidades de prevención y afrontamiento de situaciones peligrosas.

En este mismo sentido, el apoyo proporcionado a los padres estuvo dirigido básicamente a:

- Facilitar la reelaboración cognitiva y emocional de la situación de abuso
- Analizar los niveles al interior de la familia, fomentando el desarrollo de límites claros al interior de los subsistemas.

- Facilitar la percepción del rol formador que los padres poseen en la educación sexual de los hijos.
- Favorecer la identificación de pautas de prevención y enfrentamiento del abuso sexual, en la familia.

#### 4.2.5 Actividades.

En relación al apoyo psicológico proporcionado a víctimas jóvenes y adultas, éste contenía los siguientes componentes:

- *Hacer contacto psicológico:* En el primer contacto con la víctima se facilitaba que la persona expresara sus sentimientos. Es decir, era necesario estar atentos y demostrar capacidad de escuchar; puesto que muchas personas verbalizaban por primera vez las emociones relacionadas con la agresión sexual y tenían necesidad de hablar en detalle. Al recuperar los sentimientos asociados a la situación de agresión vivida (culpa, vergüenza, miedo, pena, desorientación, soledad, abandono, autodesprecio, baja autoestima), se abordaban, se reflexionaba en torno a ellos y se ubicaban corporalmente, con la finalidad de resignificarlos, reubicarlos, construir una nueva lectura de ellos.
- *Examinar las dimensiones del problema:* Una vez creado el ambiente de confianza y calidez, era necesario realizar un diagnóstico que incorporara tres áreas: pasado, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato se refería a los sucesos que culminaron con el estado de crisis, también era importante evaluar el funcionamiento de la persona antes y durante la crisis y el grado de riesgo que corría:
  1. Evaluar el riesgo para la seguridad personal de la víctima. Considerar el riesgo de pérdida de la integridad física (de suma importancia en ésta y las siguientes fases de

intervención); el uso de drogas y alcohol, amenaza de violencia sexual o muerte por parte del agresor y, amenaza de suicidio de la víctima.

2. Funcionamiento de la personalidad. Para lograr la estabilidad emocional que requiere la persona que atraviesa la crisis, era necesario partir evaluando su actual estado emocional, con el fin de determinar el grado de estrés y el nivel de funcionamiento diario. De esta forma, a partir de una adaptación de Slaikeu al modelo de Lazarus se sigue el siguiente modo para evaluar:

- El sistema conductual: Se evalúan actividades manifiestas, excesos, déficit y las áreas de capacidad e incapacidad: trabajo, juego, ejercicio, consumo de drogas, alcohol, tabaco y conductas que pueden ser autodestructivas.

- La variable afectiva: Se evalúan los sentimientos del individuo sobre hechos traumáticos y la vida en general.

- El funcionamiento somático: Se refiere a todas las sensaciones corporales. Interesa evaluar las correlaciones somáticas de la angustia psicológica y problemas físicos asociados.

- La modalidad interpersonal: Incluye información sobre la cantidad y calidad de la relación del sujeto con su familia, amigos, etc. Esto significa profundizar en el conocimiento de la red de apoyo y los recursos a los cuales se puede recurrir en caso necesario.

- La modalidad cognitiva: En este aspecto se identifican los elementos racionales de análisis de las circunstancias (edad, circunstancias de amenazas, presión ejercida por autoridades afectivas, etc.) y se promueve la toma de conciencia del significado del propio actuar valorando su acción, como el método que pudo emplear en ese momento como defensa. Por otro lado, se incluyen imágenes o descripciones mentales que dicen relación con los valores presentes a nivel del macrosistema:

Adscripción a estereotipos y roles sexuales, temores respecto a relaciones sociales, por ejemplo, mito social respecto de la “provocación” de las mujeres hacia los violadores.

3. Evaluar la relación con el agresor: Es necesario evaluar el grado de desarrollo de la relación con el agresor (familiar, amigo, conocido, desconocido) y los sentimientos asociados.

- *Examinar las soluciones posibles:* Esta etapa consiste revisar con la persona las expectativas al solicitar la ayuda, que en algunas oportunidades implica la toma de decisiones sobre acciones concretas como efectuar una denuncia, no volver con la pareja, etc. Para ello es necesario evaluar las alternativas de soluciones para sus medidas inmediatas y mediatas.
- *Ayudar a tomar una acción concreta:* Uno de los objetivos más importantes de la intervención en crisis es apoyar a la persona en relación a tomar una decisión sobre las acciones concretas que deberá emprender en el futuro inmediato. Dependiendo de dos factores principales (el riesgo de muerte y la capacidad de actuar en su propio beneficio) será la actitud más o menos directiva.
- *Proporcionar apoyo,* a través de los siguientes mecanismos:
  1. Reforzar los logros que ha obtenido: Es necesario reforzar el hecho de que pidió ayuda, que lo entienda como una posibilidad de solucionar el problema.
  2. Dar información legal: Explicarle cuáles son sus derechos, la relevancia de la denuncia, cómo es necesario dejar constancia y las alternativas que tiene.
  3. Establecer un escenario de protección: Evaluar la posibilidad que se produzca en el futuro otra situación de abuso sexual. Identificando maneras de evitarlo en términos de conductas de autocuidado, recursos de que dispone para afrontarlo, personas a las que pueda acudir.

En cuanto al apoyo psicológico proporcionado a niños víctimas de abuso sexual infantil, las actividades realizadas se enmarcaron en:

- *La reestructuración emocional de la situación de abuso:* A través del uso de muñecos, dibujos, y ejercicios de imaginación, se facilita la expresión de lo sucedido, de las emociones vinculadas al evento y cogniciones erradas de responsabilidad. Se promueve una restauración de la autoestima y perspectiva de autoeficacia.
- *El reconocimiento de la diferencia principal entre ambos sexos:* A través de la utilización de láminas, la propia experiencia y ejercicios de exploración se pretendía identificar las características corporales, los roles que comparten y las diferencias genitales entre una niña y un niño, para luego contrastarlas con las de los adultos.
- *El conocimiento de la formación de los niños:* Mediante el uso de láminas, dibujos y explicaciones se discrimina cómo se desarrolla el bebé durante la fecundación y gestación, quiénes pueden tener un bebé, la función placentera de la actividad sexual y la valoración del amor en ella.
- *Reconocimiento de la importancia de la familia:* A través de la completación de frases, la utilización de la propia experiencia y láminas para colorear se identifica el rol protector de la familia en un niño.
- *Comprensión de la importancia de la seguridad personal y el autocuidado:* Se señala la importancia del cuidado personal y se identifican pautas de seguridad y autocuidado, a través de la utilización de láminas para colorear, selección de alternativas de conductas de cuidado y riesgo personal.
- *Adquisición del concepto de abuso sexual y habilidades de prevención y afrontamiento de situaciones peligrosas:* Se utiliza un cuento que contiene situaciones de riesgo que el niño debe discriminar, identificando las diferentes formas de abuso, quiénes pueden ser abusadores, aprendiendo a decir ¡no! y a avisar a personas de confianza en caso de peligro. A partir de

estas actividades, los niños adquieren conductas de evitación y escape ante personas y situaciones peligrosas.

Respecto a las sesiones dirigidas a los padres de víctimas de abuso sexual infantil, los elementos en torno a los cuales se centró el trabajo fueron:

- *Análisis de las condiciones sociofamiliares que han rodeado la aparición del abuso:* Se analiza estructural y funcionalmente la familia, fomentando el desarrollo de límites claros.
- *Reconocimiento del rol formador de los padres en la educación sexual de los hijos:* Se promueve el establecimiento de una comunicación abierta sobre el tema; ofreciendo una conversación acertada, consejo y respaldo. Por otro lado, se favoreció el reconocimiento de pautas de respuesta frente a preguntas de: origen, embarazo, pubertad y diferencias entre sexo.
- *Identificación de pautas de prevención y enfrentamiento del abuso sexual, en la familia:* Se construye el concepto de abuso sexual, reconociendo sus diferentes formas, quiénes podrían ser abusadores sexuales y cómo se podía hacer frente.

En términos generales, la evaluación de las condiciones presentes para el desarrollo de la práctica permitió la definición de un rol y desempeño profesional a nivel clínico-educacional acorde a las destrezas de los interventores; resultando satisfactorios, al momento de proporcionar apoyo psicológico a víctimas de abuso sexual denunciado, los siguientes elementos:

- Disposición abierta y facilitadora de las funcionarias, en relación a la intervención.
- Selección de una metodología adecuada para el abordaje de la solicitud de ayuda.
- Nivel apropiado de la intervención (primera ayuda psicológica), en virtud de optimizar los recursos a fin de proporcionar el mayor beneficio alcanzable.

### 4.3 DIMENSIÓN INSTITUCIONAL DE LA AGRESIÓN SEXUAL.

#### 4.3.1 Introducción

El proceso de tratamiento institucional de la agresión sexual entra en acción en el momento que la víctima o un familiar de ella efectúa la denuncia. Si bien los organismos con que puede entrar en contacto son diversos (servicios sociales, sanitarios, judiciales, etc.), la interacción especializada en este proceso se restringe a 3 instancias: instituciones policiales, servicios médico-legales y sistema judicial.

El apoyo institucional que recibe la víctima constituye un elemento fundamental en el período posterior a la agresión. Al entrar en contacto con el sistema policial, luego de ocurrida la agresión, el nivel de ansiedad en que se encuentra la víctima puede afectar el interrogatorio al que es expuesta. En un segundo momento, el reconocimiento médico a que es sometida la víctima resulta de especial interés considerando la sensibilidad de su cuerpo tras la agresión. Y finalmente, en la interacción que la víctima establece con el aparato judicial, los trámites a los que es sometida suponen revivir de nuevo el acontecimiento traumático.

Con la finalidad de conocer la influencia que puede ejercer el sistema institucional en el ajuste psicológico subsiguiente de la víctima, se trató de explorar **cuáles aspectos, del apoyo institucional proporcionado por Carabineros, Instituto Médico Legal y Juzgados, favorecen o dificultan la recuperación de la víctima.**

La estrategia metodológica utilizada en este estudio, consiste en una entrevista semiestructurada, cuyos temas a explorar se relacionan con: procedimiento que se lleva a cabo cuando la víctima entra en contacto con la institución, los elementos que dificultan la realización de este procedimiento, los aspectos deficitarios de la institución en relación a las víctimas y la capacitación que reciben para el desempeño de sus funciones.

Los sujetos seleccionados para la realización de las entrevistas fueron: un funcionario de Carabineros, que desempeña funciones en la Sección de Control y Prevención de Delitos Sexuales por un período superior a un año; el médico jefe del Instituto Médico Legal y un actuario del Juzgado del Crimen.

El análisis de la información proporcionada por las entrevistas se desarrolla en torno al concepto de *victimización secundaria*, que hace referencia al choque entre las expectativas previas de la víctima y la realidad institucional (Peters, 1988). En este sentido la victimización, entendida como los efectos psicosociales inducidos sobre la víctima y su entorno social por el delito sexual, podría aumentar a causa del trato que reciben las víctimas por parte de diferentes tipos de profesionales y de los trámites a los que debe someterse en el aparato judicial.

Las categorías conceptuales en torno a las cuales se realizará el análisis son dos:

- Elementos facilitadores del ajuste psicológico subsiguiente: Condiciones del procedimiento institucional o interacción con la víctima que puedan incrementar las habilidades de enfrentamiento del evento traumático, a través de una atención especializada y personalizada; información y orientación oportuna; y privacidad, entre otras.
- Elementos obstaculizadores del ajuste psicológico subsiguiente: Condiciones del procedimiento institucional o interacción con la víctima que puedan ser fuentes adicionales de estrés; facilitando la aparición o cronificación de los síntomas, provocando un mayor desajuste social...

El proceso de tratamiento analítico del contenido de las entrevistas, sigue los siguientes pasos:

- 1) Se lee la transcripción de la entrevista, delimitando o subrayando los fragmentos textuales que se refieren a las categorías previamente señaladas. Al margen se van haciendo

anotaciones (códigos), para indicar a cuál de las categorías corresponde cada fragmento transcrito.

- 2) Una vez hecha la codificación de la transcripción, se procede a juntar todos los fragmentos de una misma sección. Esto supone la separación de los fragmentos de la entrevista original, y su clasificación o agrupación en los temas correspondientes.
- 3) El material reunido en cada categoría, se clasifica e interpreta. De modo que el análisis e interpretación se centre en el material agrupado (bajo categorías descriptivas o conceptuales relacionadas con una cuestión).
- 4) Por último, la organización de las categorías de manera coherente, de acuerdo con una secuencia argumental, narrativa, explicativa. Citando párrafos a modo de esclarecimiento.

#### **4.3.2 Análisis**

El proceso de tratamiento institucional del problema de la agresión sexual contempla dos grandes aspectos; el marco jurídico-legal y policial bajo el cual se trata la agresión sexual, y la puesta en práctica de las normas que contiene el marco señalado. Entre uno y otro aspecto pueden producirse cambios y contradicciones, del mismo momento en que la ley requiere siempre la interpretación de Jueces y abogados, aunque sea sólo por el hecho que las situaciones concretas deben ser puestas en relación con las disposiciones legales; de este modo, esta relación no es simple ni evidente (Avendaño y Vergara, 1992).

Siguiendo este planteamiento, a continuación se describe el proceso que enfrenta la víctima de forma secuencial al entrar en contacto con las distintas instituciones. Tal proceso se establece en tres grandes etapas policiaco-judiciales:

Figura N°28. Fase Contacto Policial



El primer aspecto a contemplar en la dinámica de la acción institucional lo constituye el camino que se debe seguir para denunciar y probar una agresión sexual. Según se ha informado, una denuncia de abuso sexual se puede realizar en distintos organismos: Carabineros, hospitales, servicios sociales, etc. En relación a la Sección de Prevención y Control de Delitos Sexuales, ésta recibe denuncias derivadas de servicios de urgencia de

hospitales, donde el carabinero de guardia los contacta para que se constituyan en el lugar, o personas que se dirigen directamente a efectuarla a la sección. En este primer contacto que se establece con la víctima o denunciante (cuando se trata de un menor de edad, se toma declaración al adulto que lo acompaña), se constatan el tipo y grado de lesiones que tiene. Luego de ello, se la entrevista con la finalidad de conocer en detalle el hecho que motiva la denuncia. Si se dispone de la presencia del agresor se procede a tomarle declaración del mismo modo.

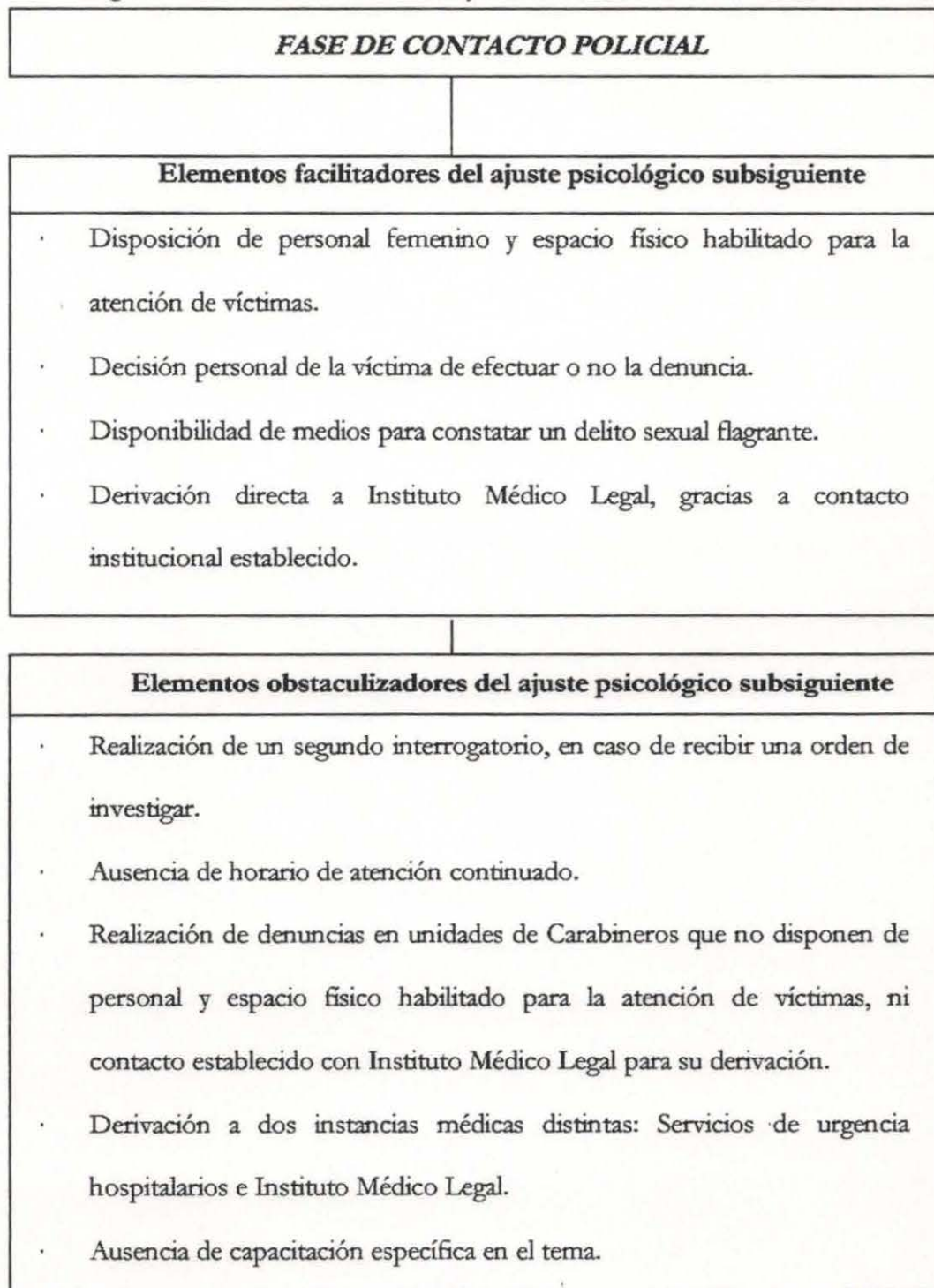
Posteriormente se lleva a la afectada a la posta (según haya o no asistido previamente) y al Servicio Médico Legal. Se entrega una citación para que se presente al Tribunal, al cual se le envía las declaraciones emitidas por la víctima y agresor.

Luego de este procedimiento, la magistrado del juzgado puede enviar una orden a investigar del caso denunciado:

“...producto de un ‘Da cuenta’ que hacemos nosotros de violación, incesto o abusos deshonesto o cualquier hecho delictual, nos mandan a investigar cómo ocurrieron los hechos, porque a la magistrado no le quedó claro con el sólo parte cómo fue la situación, entonces manda una orden de investigar simple que es cuando uno tiene que volverle a preguntar a la denunciante cómo fue, que se puede contradecir o no, a la afectada si es una menor de edad ir al lugar a ver si alguien lo conocía, a veces es un sujeto desconocido, si lo conocía al sujeto o no y si se puede entrevistar al sujeto mucho mejor porque ahí se aclara todo”.

“Y cuando son órdenes amplias, el tribunal te faculta para detener al tipo, para hallar el domicilio o para salir del sector jurisdiccional, para ir en busca de él y aclarar todos los hechos”.

Figura N°29. Elementos facilitadores y obstaculizadores de la Fase Contacto Policial



El contacto con el sistema policial resulta decisivo, ya que en función de su actitud, la víctima puede denunciar o no la agresión. La mayoría de los estudios demuestran que entre un 60-70% de las víctimas evalúan como satisfactorio el trato recibido en comisaría (Harris, 1984; Maguire y Corbett, 1987). En este sentido, la participación de una mujer carabinero y la utilización de una sala aislada en la declaración, permiten que ésta sea más fácil, espontánea y respetuosa con la víctima:

“Fíjate que todas las personas que han venido para acá, después se van super bien de la acogida que se les da acá al menos, porque esta es una unidad más privada para ellos, porque en otras unidades tú tienes que contarle desde que entraste a la puerta hasta el que te va a tomar el procedimiento, en cambio aquí no porque vas directamente con la persona y haces todo el papeleo con ella y listo”

La agresión sexual constituye un delito de acción privada hasta que la víctima decide hacer efectiva la denuncia por lo que un ambiente y trato positivo que transmita confianza y seguridad, alentará a la víctima a iniciar el proceso.

“Cuando la persona sabe del delito pero no quiere denunciarlo por temor, por temor ponte tú que el conviviente de la persona viola a la hija o abusa de ella, ella tiene conocimiento pero no quiere denunciarlo porque este tipo se va a ir de la casa y no va a tener más sustento en su hogar, entonces ahí se complica y de repente nosotros tenemos que, no obligada porque no se puede a una persona porque si no quiere denunciarlo, es un delito de acción privada, no podemos decirle que tiene que hacerlo, porque si ella no quiere hacerlo, no lo hace no más”.

A pesar del positivo contacto que se establece entre las funcionarias y las víctimas, no debe olvidarse que el papel de la policía no es tanto la atención de la víctima sino una actitud profesional de búsqueda de la realidad objetiva del suceso delictivo. De este modo la afectada se convierte en la “presunta víctima”(Ziegenhagen, 1977) y si ello se transforma en una actitud policial a la víctima, se convierte en otra fuente de victimización secundaria (Bard y Sangrey,

1979).

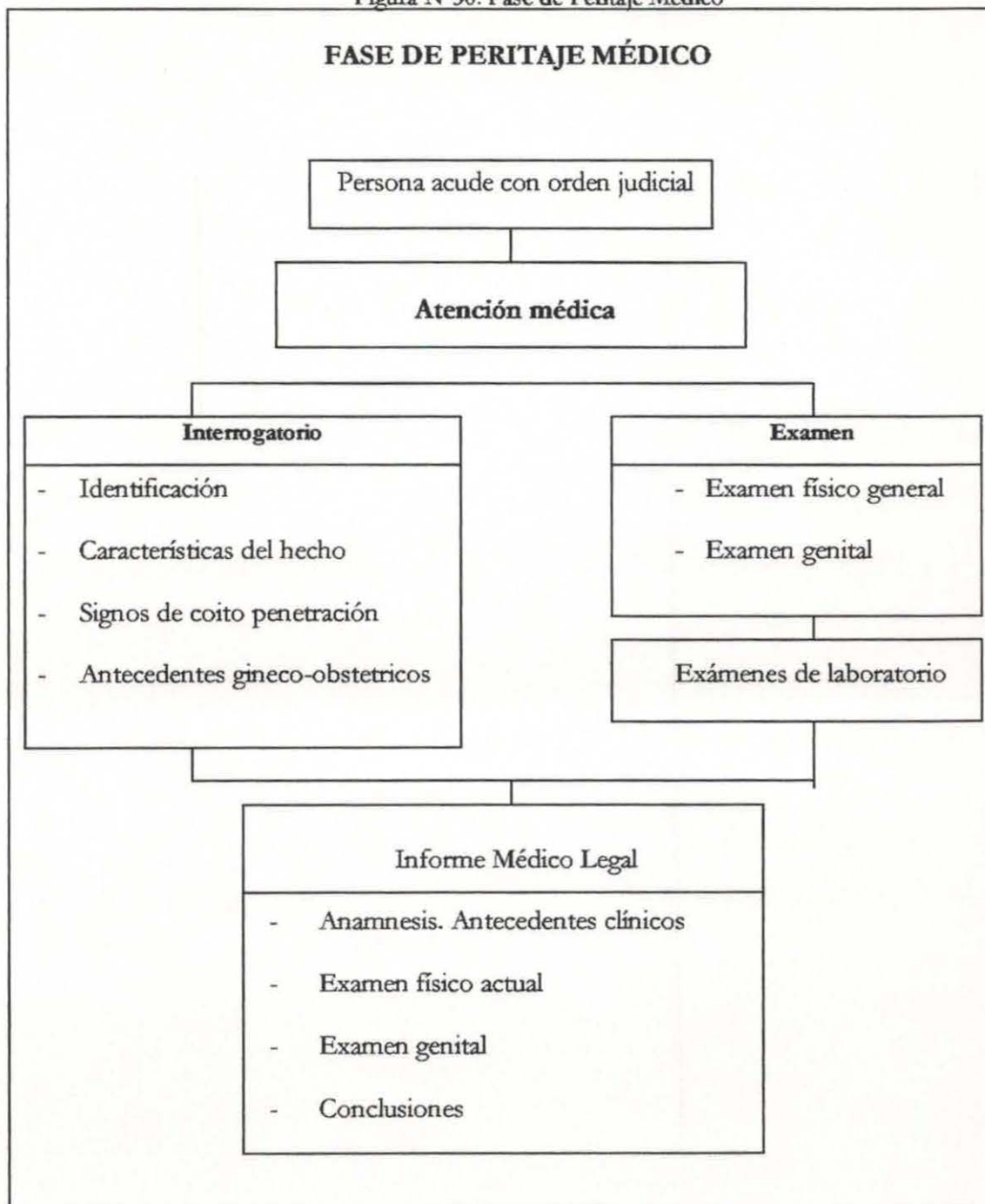
Una dificultad adicional, que actualmente afecta a las víctimas que realizan la denuncia en esta sección, la constituye la reducción del horario de atención, que no sólo provoca malestar en las personas que deben esperar al día siguiente; sino además impide la realización de la totalidad de las denuncias en esta unidad especializada, debiendo ser efectuadas en comisarías ordinarias, con la consecuente pérdida de privacidad:

“Actualmente, estamos trabajando todos los días de lunes a sábado de 8<sup>00</sup> a 20<sup>00</sup> hrs., excepto el sábado que se trabaja hasta el medio día... por ejemplo, cuando fue el sábado que yo tomé un procedimiento y la señora estaba aburrida porque como te digo por el asunto del horario, de las cinco y media de la mañana, yo llegué a contactarme con ella como a las diez y media de la mañana, entonces estaba como choriada, como que lo único que quería era irse, eso es lo que más la gente, el horario”.

Considerando que la sección de delitos sexuales se encuentra dentro de la Subcomisaría Asuntos de la Familia, las posibilidades de capacitación se reducen a la participación de seminarios y charlas vinculados a la violencia intrafamiliar, problemática de naturaleza distinta.

“Las personas que estuvieron antiguamente sí tenían capacitación, ponte tú iban al médico legal, el mismo médico les decía, les enseñaba ciertas cosas. Nosotros no, sólo de violencia intrafamiliar, nos han hecho. Es que en general, esta sección se llama asuntos de la familia, entonces como es así ahí nos encajonaron, en eso y como desde antes se vienen atendiendo los procedimientos por abusos deshonestos delitos sexuales, igual lo hacemos, pero de que haya alguna preparación, al menos yo no, nadie me ha preparado para decide que debe hacerse y que no debe hacerse. La unidad que está preparado para eso es la 48° de la familia de Santiago, ellos abarcan todo, más gente tienen más preparación”.

Figura N°30. Fase de Peritaje Médico



Un segundo aspecto de especial interés en el contacto de la víctima de agresión sexual con los profesionales es el peritaje médico. Muchas de ellas presentan algún tipo de trastorno físico (63%) y/o ginecológico (43%) después de la agresión (Burgess y Holmstrom, 1974). Por ello es necesario que se sometan a un reconocimiento y a la cura de las lesiones. Sin embargo, a

este nivel, es necesario distinguir entre el reconocimiento médico, que es una instancia inicial en que la víctima acude (ya sea directamente o llevada por Carabineros) a una unidad de urgencia hospitalaria; y el examen por parte del médico forense, para extraer cualquier posible prueba que ayude a constatar la violación. En este sentido, este hecho supone un segundo reconocimiento para la víctima.

Abocándose a esta segunda instancia de contacto médico:

“El procedimiento se verifica a tenor de la orden judicial del cual viene emanado, según el delito que se deba estudiar, sea un abuso deshonesto, sea una violación, incesto, coito anal, etc., viene dirigido el estudio de cada una de esas diligencias...Antes de hacerle el examen físico a la afectada o al afectado, se le interroga, se le pregunta cómo fue la situación, cómo se produjo...Cuando se produce una violación, se verifica las agresiones que puede haber tenido en el himen, en el ano o en ambas partes en la víctima; se verifica el estado de doncellez, o sea si era virgen o no era virgen en el momento de la agresión; la edad aproximada desde el epurgamiento, esto se califica en reciente o no reciente, no reciente es pasado diez días, siete a diez días promedio”.

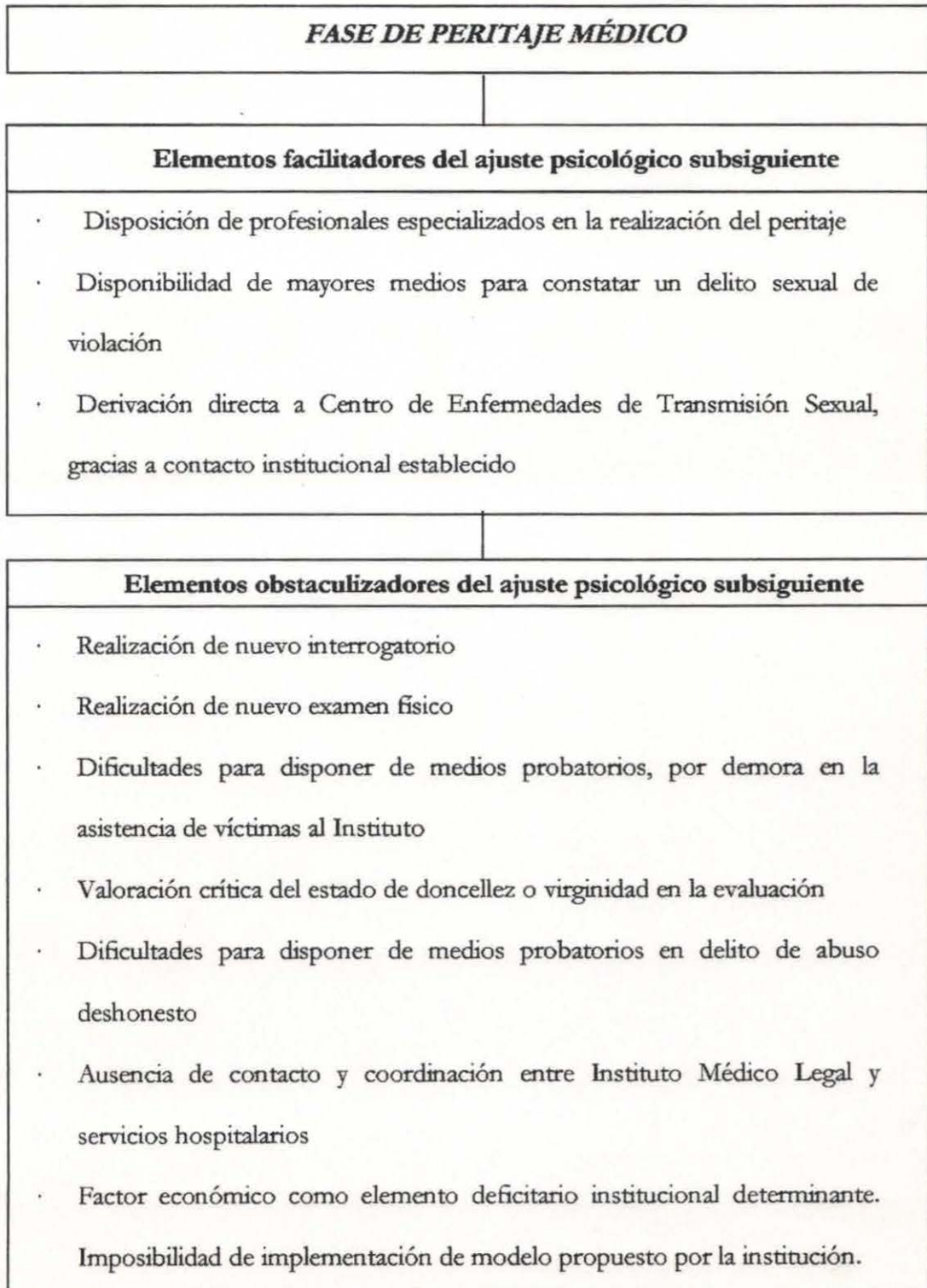
La información recabada a través del interrogatorio hace referencia básicamente datos sociodemográficos; características del hecho (móvil, presencia de violación anterior, N° de individuos, relación víctima-victimario, lugar, etc.); signos de penetración directos y/o indirectos; y antecedentes gineco-obstétricos (menarquia, ritmo menstrual, act. sexual, etc.).

En relación con el examen médico, propiamente tal, éste contempla: un examen físico general en relación a repercusiones psiquiátricas y examen extra-genital, y un examen genital (monte de venus, área perihiménal, himen, vagina, ano en inspección directa y exploración digital, etc.).

Los exámenes de laboratorio contemplan básicamente: test de embarazo; contenido vaginal de semen y fosfatasa ácida; contenido rectal de semen y fosfatasa ácida; secreción

uretral; manchas de sangre, semen y fosfatasa ácida en vestimentas; pelos; informe psiquiátrico e informe asistente social.

Figura N° 31 Elementos facilitadores y obstaculizadores de la Fase Peritaje Médico



Debido a la sensibilidad del cuerpo de la víctima tras la agresión, el contacto con el personal médico resulta un aspecto de especial interés. En estos casos es fundamental una conducta de máxima delicadeza por parte del personal médico: explicar lo que se va a hacer, por qué se hace, cómo se hace, etc. En este sentido, la experticia de los médicos forenses garantiza una actitud que contribuya a tranquilizar a la mujer.

En la experiencia de tales profesionales, en el peritaje de determinados delitos sexuales existen mayores posibilidades de obtenerse medios de prueba:

“En las violaciones es más o menos fácil concluir...lo ideal sería, lo ideal entre comillas, que el himen tenga editema, aunque no sea virgen, una mujer que mantiene relaciones sexuales a la fuerza como no está dilatada, como no tiene placer, tiene miedo, no tiene lubricado, el pene erecto actúa como elemento traumático, deja rojiza aunque no sea virgen, a veces incluso puede fisurarlo, deja el semen adentro, deja el pelo de pubis, lo que se llama pendejo masculino, lo deja inserto en el pelo femenino; que eso con un peine de movimiento delicado o a la luz se ve y se comprueban los dos pelos, que son distintos microscópicamente, pero hay que hacerlo en el momento”.

Un elemento que proporciona a la víctima una atención adicional, lo constituye la vinculación de esta institución con otros organismos:

“si es portadora de una enfermedad de transmisión sexual; esto por mediación personal más que institucional, se trabaja con el E.T.S. Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual”

Dentro de los elementos obstaculizadores en el ajuste psicológico subsiguiente, el paso por dos instancias médicas constituye un elemento central de análisis, puesto que esto somete a la víctima a un doble examen físico, al margen de que cada uno tenga objetivos distintos; puede dificultar la toma oportuna de medios probatorios de la agresión; y expone a la afectada a la experiencia de responder a sucesivos interrogatorios:

“...la afectada o el afectado va primeramente a un hospital, en el hospital no lo ve generalmente un personal *ad hoc*, a veces lo ve un residente, un becario, un estudiante interno de medicina que a veces es su primera experiencia de ver un caso de estos. Entonces no se le toma contenido vaginal, contenido anal, no se repara en las ropas, lavan la ropa después, que puede tener una mancha de semen que nos orientaría para el estudio del ADN, de tal manera que cuando el afectado viene hacia nosotros, el Servicio Médico Legal; viene en una posición básicamente de hostilidad porque tiene que repetir lo que ya le han preguntado dos o tres veces. Es un interrogatorio en que en realidad hay que sacarle las palabras, extraérselas con dificultad, están molestos muchas veces, otra vez examinarlas por segunda vez”.

Este segundo reconocimiento supone un aumento del nivel de estrés en la víctima. Por otro lado, se observa una falta de colaboración entre los profesionales:

“...mira estos instrumentos que están acá, están vírgenes, nunca se han usado porque dicen “ya me tomaron contenido”, entonces, la comunicación que existe con los hospitales es tal vez, es personal entre nosotros, tu ubicas ahí tal persona (y esto también es una catarsis), muchas veces te atiende el otro turno, tienen escrito “sí algo dice, no le entiendo la letra”, “sí el examen físico, creo que le tomaron espermatozoide”, entonces vamos nosotros a la unidad aquí del Van Buren de laboratorio clínico, no, no es fácil esto”

El informe emitido por el Instituto Médico Legal, donde sólo dos médicos se encuentran abocados a esta tarea, constituye la prueba definitiva que los jueces y magistrado toman en cuenta. Como este atiende sólo días hábiles y en un horario limitado, suele suceder que la víctimas un día viernes en la noche o el fin de semana no pueden ser examinadas sino hasta dos o tres días después. Considerando que la única forma que las huellas físicas ginecológicas no desaparezcan es no lavándose y siendo examinada lo más pronto posible, tales víctimas llegan a ser examinadas cuando las respectivas pruebas han desaparecido:

“Entonces nosotros vemos, por ejemplo, el otro día sin ir más lejos, el sábado yo vine a autopsiar, y luego que me fui, me andaba buscando la Brigada de Delitos Sexuales de Carabineros, para que viera a una niña, “no importa la llevamos el lunes” esa fue la respuesta. Entonces el lunes no la vi, porque la vio el doctor Rojas, debió repetir lo que ya le vieron en un hospital, hacerle el mismo examen que es incómodo, que le hicieron en el hospital, muchas veces no encontrando nada”.

Si a la demora en la asistencia de las víctimas al Instituto Médico Legal se agrega la dificultad que ofrecen ciertas agresiones sexuales para disponerse de medios probatorios de tales; es posible encontrarse con una situación aún más complicada, donde los antecedentes del agresor constituirán un elemento más decisivo que la evaluación médica:

“Bueno los abusos deshonestos, muchas veces la palabra de una persona contra la palabra de otra, ‘me tocó, me manoseó los senos’, pero esto es por arriba de la ropa, esto es lo que pasa arriba de la micro, que hay un hombre que se te pega detrás, la micro va un poco llena, entonces se le erecta el pene por contacto del cuerpo, eso es difícil. Pero lógicamente al haber una estadística de que existe un individuo que ha tenido los mismos problemas en una micro, podría llegarse a la conclusión que sí, que se dedica a los abusos deshonestos”.

Un elemento crítico en la evaluación, parece ser el estado de doncellez o virginidad de la víctima:

“Porque a mí me hablan de una violación de una madre que no es virgen, que ha tenido hijos, difícil precisar eso, hay que verle una sugilación, un chupón, una herida o hematomas en las partes vecinas a la pelvis, o sea, uno por correlación va sacando esto, viendo psicológicamente a la gente cómo se expresa, el grado de nerviosismo, si está todavía traumatizada o no, o sea, es un problema de correlación”.

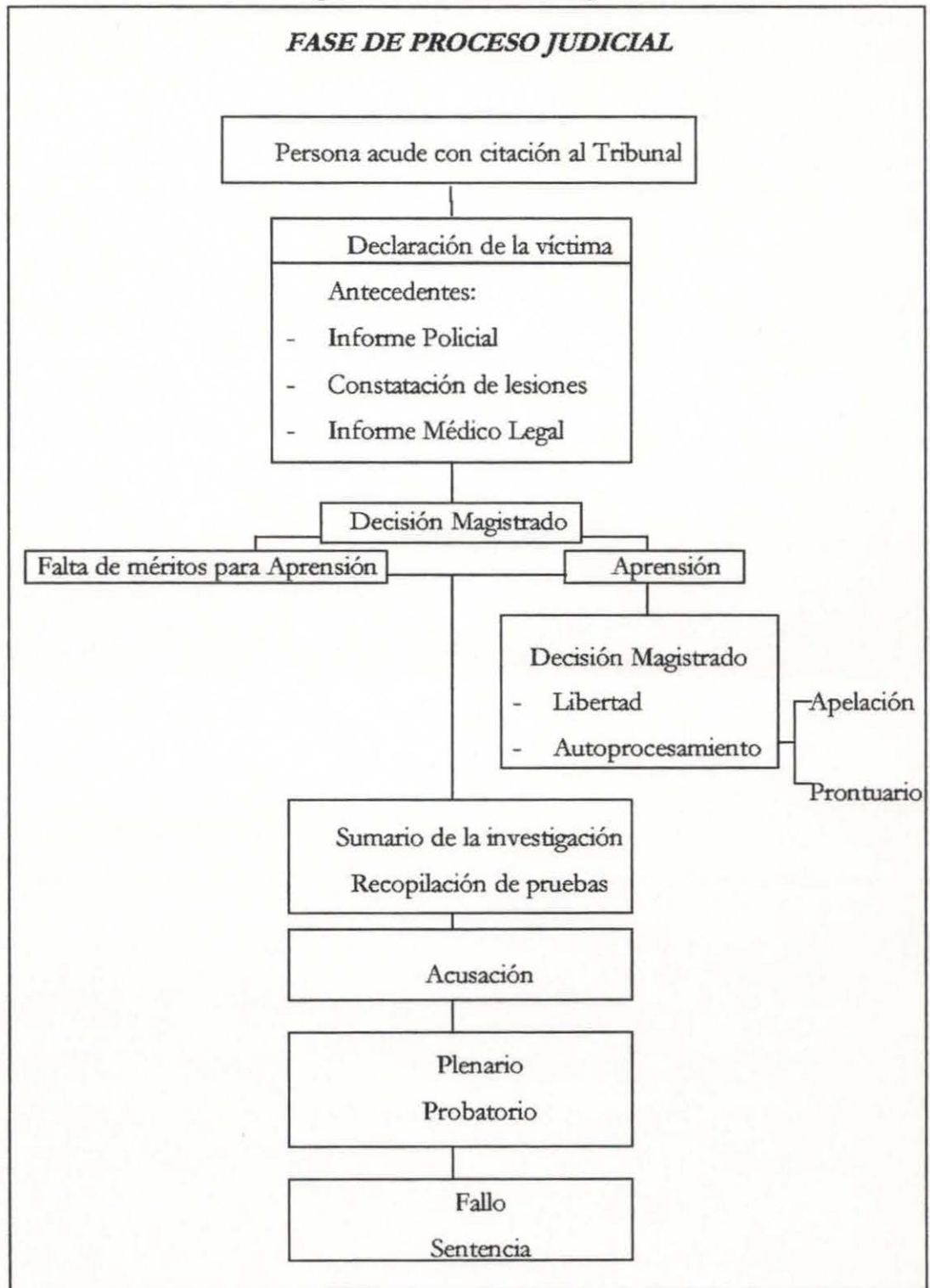
Finalmente el elemento deficitario más determinante lo constituye el factor económico. El reconocimiento de una serie de dificultades en la realización del procedimiento ha llevado a este servicio a diseñar un modelo de atención que resolvería aquellos aspectos que constituyen

fuentes adicionales de estrés para la víctima; sin embargo la imposibilidad de implementarlo recae sobre las dificultades para financiarlo.

“Estos procedimientos se ven repletos de una serie de dificultades. En primer lugar, nosotros somos de la idea siempre de que el interrogatorio a estas víctimas, a estas desdichadas víctimas, siempre tiene que ser uno solo...no la repetición como desgraciadamente se da. Para eso nosotros hemos planteado, lo hemos hablado con varios magistrados de la región, la creación de un turno móvil para todo ese tipo de pericias, pero no se ha podido lograr esta situación...partiendo lógicamente de la base de que existe personal especializado en eso, el doctor Rojas, yo, etc., pensamos que debe haber un turno móvil, el cual a las tres de la mañana si hay levantamiento, se constituye la autoridad, somos los primeros que interrogamos al paciente, somos los que le examinamos la ropa, calzones, pantalones, pañuelos, los muslos, las nalgas, somos los que primero le tomamos la muestra y nosotros le enviamos a la unidad el ADN, esa es la meta que hay que lograr. Si se les instruye a ellos (unidades policiales) que con una llamada telefónica única a tal lugar, pueden conducir a la paciente así tal como está, participar una carabinero en el interrogatorio, participar con el médico, lógicamente se estaría ahí haciendo instantáneamente lo principal...si nosotros hiciéramos una pericia a las tres de la mañana, tendríamos a las ocho de la mañana, cuando abrieran los laboratorios, empezariamos con los exámenes, entonces la gestión sería más rápida, no sería por rebote, no tendrían que ir a los hospitales”

“Lo que se trata realmente es que los objetivos, es bueno que lo pongan en el trabajo. Modelo (enfatisa, con el tono de voz): Examen único, no en primerísimo lugar interrogatorio único; Segundo, examen físico, un solo examen físico con toma seminal, con toma anal; Tercero, examen de ropa, que eso quede aquí, hay veces que ha quedado la ropa en investigaciones, la traen para acá, de aquí a Santiago, un mes más, me entiende”.

Figura N°32. Fase de Proceso Judicial



El tercer aspecto a tener en cuenta en el contacto con los profesionales es la relación de la víctima con el aparato judicial. El contacto se inicia con la declaración que efectúa la afectada ante el actuario, interrogatorio que posteriormente es revisado por la magistrado y eventualmente completado por ella. La recolección de antecedentes presentados por la policía, servicio hospitalario e Instituto Médico Legal es revisada, en virtud de los cual la magistrado decide si el inculpado posee méritos suficientes para ordenar aprehenderlo por un período de cinco días. Durante este lapso de tiempo, la magistrado estudia el proceso del inculpado, decidiendo dejarlo en libertad por falta de méritos o bien se efectúa el autoprocésamiento:

“Se continua la investigación, el individuo queda en prisión y la persona tiene derecho a apelar de ese autoprocésamiento si no está conforme, se apela a la corte de apelaciones y la juez ve si lo que se hizo en el tribunal está bien o esta mal, confirma o puede revocar el autoprocésamiento”

En este momento se lleva a cabo el sumario de la investigación, donde se recopilan los resultados de exámenes (ADN, manchas de semen, etc.). Si el sujeto no apela al autoprocésamiento debe prontuariarse:

“Si no apela la persona el autoprocésamiento, se le da una orden para prontuariarse, ahí tienen que ir al gabinete de identificación a tomarle las huellas digitales y dejar registrado en su papel de antecedentes el autoprocésamiento. Con esto llega el papel de antecedentes al tribunal, hay unos que tienen y otros que no tienen antecedentes, de ahí tú ves las causas más nuevas, las penas cumplidas y las que no están con sentencia y pides la certificación a los tribunales que corresponde por si acaso está rebelde, si no ha sido notificada la sentencia, etc.”.

Luego de efectuadas las diligencias correspondientes a la recopilación de pruebas la magistrado decide cerrar el periodo de sumario:

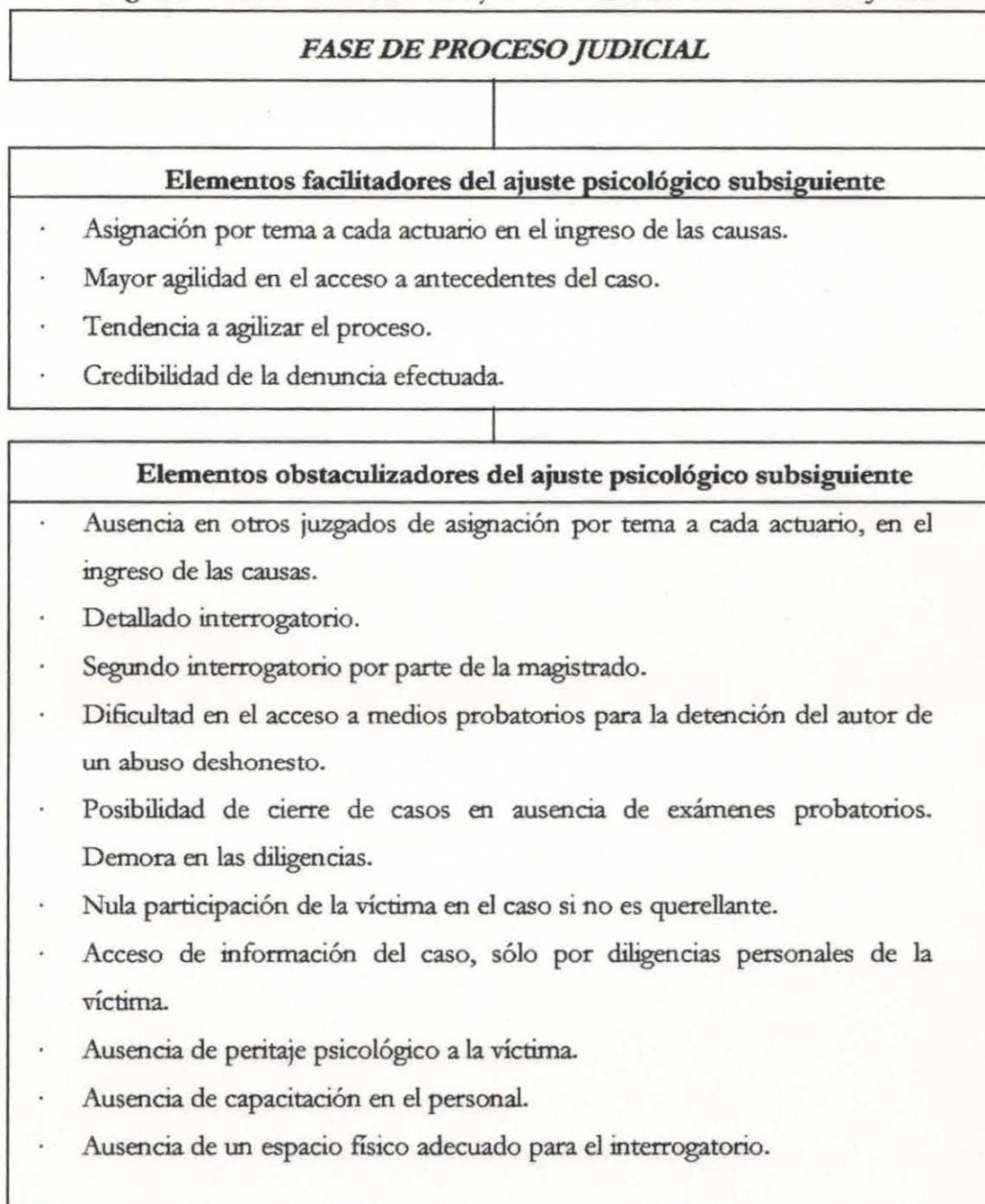
“los sumarios no duren más allá de seis meses. Se cierra el sumario y de ahí viene la acusación que se hace después del quinto día o hay un plazo de hasta 15 días para hacerla”.

Quedando la causa en estado de plenario, se le da traslado al abogado del acusado para que efectúe la defensa. En caso de existir un querellante, es decir, que la víctima se haga parte

del proceso, se da traslado de la causa primeramente a su representante para que se adhiera o bien presente otra, en este caso una demanda civil contra la persona.

Existe un período de prueba que dura 20 días en el cual las partes solicitan la declaración de testigos, evaluaciones psicológicas, etc. Terminado este plazo, la magistrado tiene 6 días para dictar las medidas necesarias para que se completen las pruebas que pudieron quedar pendientes. Luego que se cumplen todas esas diligencias la causa queda en estado de ser fallada y viene la sentencia, son 6 días para cerrar el fallo y depende del número de fojas que tenga el expediente, cada 100 fojas se da un día más de plazo.

Figura N° . Elementos facilitadores y obstaculizadores de la Fase Proceso Judicial



El proceso judicial, que por sí mismo es estresante e impactante para la mayoría de las personas, podría tener efectos positivos en la víctima de agresión sexual. Estos efectos están modulados por ciertas disposiciones en el personal con que entra en contacto. En este sentido, la asignación de cierto tipo de delitos a los actuarios permite la profundización de la

problemática y un trato más especializado. Por otro lado, la actitud de credibilidad de la agresión denunciada proporciona un ambiente de mayor confianza y seguridad.

Una tendencia a agilizar el acceso a los antecedentes y del proceso en sí, puede ser considerado como otro factor que favorece el ajuste posterior de la víctima:

“Ahora esta el sistema que tú puedes pedir por teléfono al registro civil los antecedentes de una persona y puedes adelantar un paso mientras te llega el extracto de filiación y pides todos los antecedentes al juzgado si es que los hay y pueden haber antecedentes que pueden ser por robo o por violación....De repente se quedan cosas en el tintero, se te queda una cosa pendiente y la magistrado resuelve que hay que esperar la diligencia, pero aquí por lo menos en este tribunal las cosas andan rápido, se trata que los sumarios no duren más allá de seis meses”.

El juicio supone uno de los peores trámites a los que tiene que enfrentarse la víctima, el que provoca mucha ansiedad y preocupación. La mujer tiene que estar “cara a cara” con el agresor, debe recordar con detalle lo ocurrido y contarlo ante personas desconocidas. Esta situación supone revivir de nuevo el acontecimiento y puede originar una reaparición de la sintomatología o un retraso de la recuperación (Echeburúa *et al*, 1995):

“Nosotros le hacemos la entrevista, lamentablemente ella tiene que relatar todo el cuento, todo lo que le sucedió, a veces no es muy grato para ella narrarlo, pero lamentablemente uno tiene que cumplir su labor, tiene que contar lo que ocurrió. No es suficiente con la indagación exploratoria de carabineros o investigaciones, uno tiene que ahondar más en el cuento, lamentablemente con más detalle, con todo el detalle que uno pueda”.

“...después la magistrado me la revisa y me dice si quiere que le pregunte algo más o ella misma le pregunta a la víctima si hay que constatar lesiones, la magistrado se las constata y se las anexa a la misma declaración”.

La falta de un espacio habilitado para la atención de la afectada y no disponer de una preparación especial, constituyen aspectos relevantes a la hora de evaluar el contacto que se

establece con las víctimas en el interrogatorio:

“Uno no está preparado para enfrentar ese tipo de situaciones o a una persona que ha sido violada. Uno por lo que sabe o por los sentimientos, los valores que uno tiene, uno trata de hacer una cosa grata no... “No, no hay ninguna capacitación que sea obligatoria desde acá, es una cuestión más a nivel de asociación nuestra, aunque esto no tiene que ver con la quinta región, sino que en general el contexto es el mismo, o sea, aquí todo se da en la práctica”.

“O sea, aquí no se han tomado medidas para que, en estos casos de violación o delitos sexuales, sean tomados con más cuidado, habilitar un espacio adecuado, pero deberían hacerlo, debe ser terrible de esa persona, de esa mamá que viene con su niño que se siente observada aunque a lo mejor no esté observada el momento igual es desagradable”.

A pesar de la tendencia a agilizar el proceso judicial, este suele ser largo, entre cuatro meses y un año como media, interfiriendo claramente con el proceso de readaptación de la víctima. Si a lo anterior agregamos la dificultad que representa para la víctima recordar los hechos tal como sucedieron, los efectos del paso del tiempo y la distorsión propia de la afectividad del momento, se observa que el contacto con esta instancia resulta muy aversiva.

Por otro lado, la dificultad en la obtención de medios probatorios, ya sea producto de las características del delito o de la demora en determinados exámenes, constituye un elemento que obstaculiza la continuación de la causa:

“...aunque se da poco que queden detenidos. En violación se da más, en abuso deshonesto es difícil comprobado si no hay testigo...El entorpecimiento es la demora de las diligencias, en especial los informes como el ADN, aquí nosotros debemos pedir informes cada 10 días de las diligencias de la gente que se encuentra presa; esto por teléfono, por carta, por fax. En cambio para las personas que no están presas se piden cada un mes”

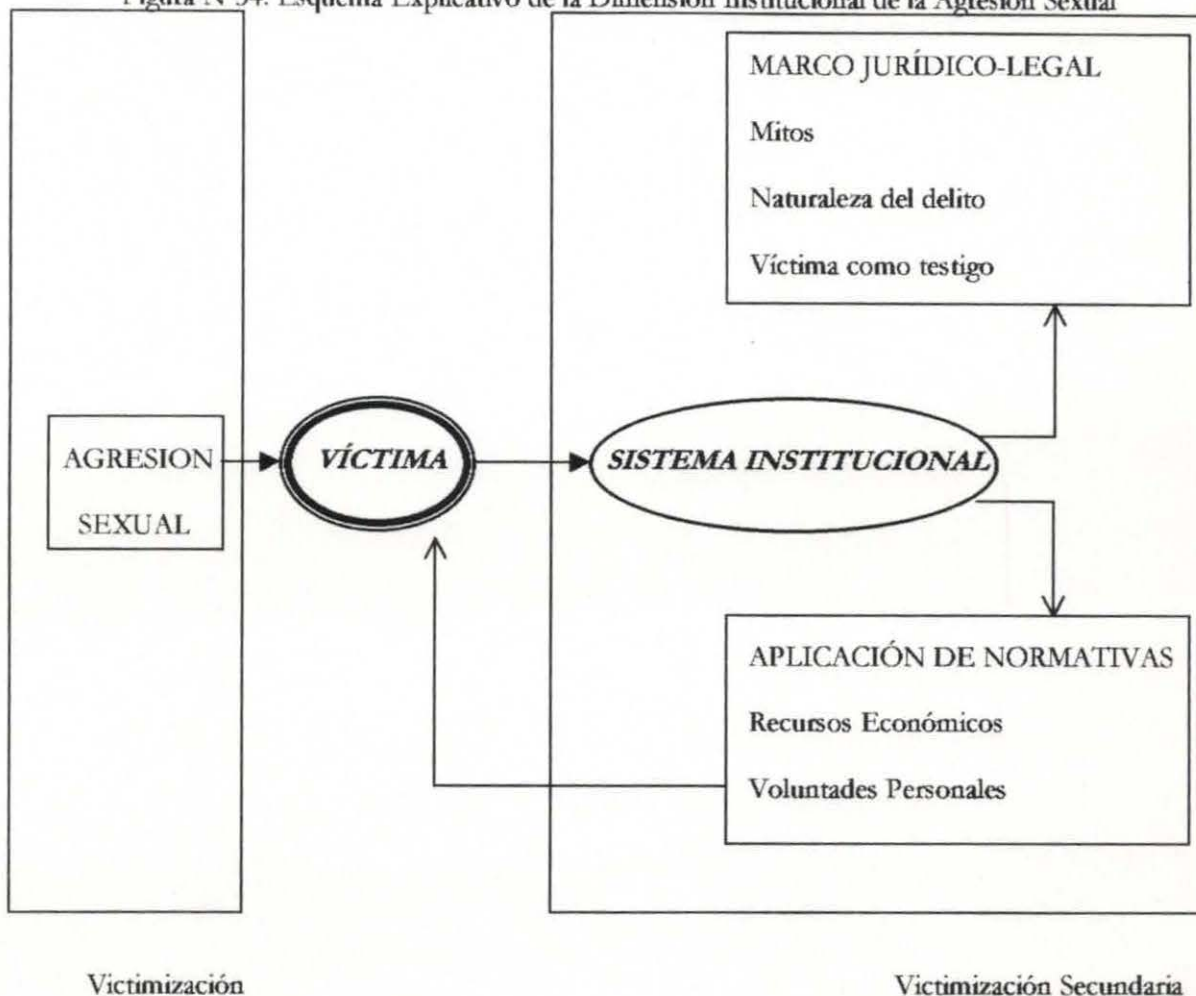
Cuando la víctima no se convierte en acusación particular, tiene serias dificultades para establecer un interlocutor válido dentro del sistema judicial. De hecho, la información a que puede acceder respecto del curso de la causa, depende de medios propios:

“...en el caso de que hubiera un querellante, es decir, una parte en el proceso por la afectada; primero, se le da el traslado al querellante para que se avenga a esa acusación o formule otra, la que es una demanda civil en contra de la persona.... Si no se querella no sigue participando del juicio, no es parte y tampoco va a recibir una indemnización o algo así. Es poca la gente que se querella, es sabido que es difícil que un delincuente le vaya a indemnizar por la situación socioeconómica que tienen”.

“Generalmente son pocas las que se acercan al tribunal, sólo les interesa que la persona quede detenida, pero la mayoría no vuelven. No se da mucho que vengan a preguntar a veces uno las sita bastante por cosas puntuales”.

### 4.3.3 Modelo Explicativo de la Dimensión Institucional de la Agresión Sexual

Figura N°34. Esquema Explicativo de la Dimensión Institucional de la Agresión Sexual



A partir del análisis de las entrevistas realizadas surgen ciertos elementos, cuyas relaciones entre sí resultan relevantes al momento de comprender la influencia que ejerce la acción institucional sobre la víctima de agresión sexual. En este sentido, como primer elemento aparece la *agresión sexual* como evento que provoca en la víctima efectos físicos, psicológicos y sociales, entendidos globalmente como **victimización**. Esta experiencia normalmente lleva a la

víctima a entrar en contacto con un *aparato institucional* (policía, médico-legal y juzgado).

Como se ha señalado, el contacto que las víctimas establecen con estas instancias provoca una **victimización secundaria** o choque entre las expectativas previas de la víctima y la realidad institucional. Así, se ve que al interior de estas instancias, se encuentran dos grandes aspectos necesarios de considerar para comprender mejor el proceso de victimización:

El *marco jurídico legal* bajo el cual se trata la agresión sexual, en cuya base se encuentran enraizados ciertas preconcepciones, valoraciones o prejuicios erróneos que se denominarán *mitos*. Como también la presencia de una definición y tipificación particular de estos delitos. Y finalmente una transformación de sujeto activo inicial que constituye la víctima, al momento de realizar la denuncia, a sujeto pasivo que sirve al sistema en la medida que es solo *testigo* del delito.

Como segundo aspecto explicativo del sistema institucional, se encuentra la *aplicación de las normativas* del marco señalado, en donde el factor económico al ser deficitario dificulta la implementación de iniciativas que contribuyan a un mejoramiento en los distintos servicios. Surge también un nuevo elemento de vital importancia, ya sea para la optimización de los recursos con que se cuenta o bien para el entorpecimiento en las tareas realizadas, a esto se denominará *voluntades personales*.

Como se ha considerado extensamente en el presente estudio, la agresión sexual constituye un evento muy traumático y angustiante para cualquier persona, el que adquiere un carácter especialmente negativo por estar causado deliberadamente por un ser humano. La grave y perjudicial reacción experimentada por la persona, que afecta a diversas áreas de su vida, se ha descrito como un proceso de *victimización*, puesto que los eventos interpersonales y sociales tipificados como delitos, a los que ha estado expuesta, inducen ciertos efectos

psicosociales sobre la víctima y su entorno.

Ahora bien, el estrés motivado por la agresión sexual no termina cuando el evento desaparece, sino que aumenta a causa del contacto que se establece con diferentes instancias institucionales. En este sentido, los elementos del sistema institucional que han aparecido como obstaculizadores del ajuste psicológico subsiguiente en la víctima, se han ordenado en virtud de pertenecer más bien al marco jurídico-legal al que obedecen dichas instituciones, o a la puesta en práctica de las normativas que tal marco señala.

Dentro del marco jurídico-legal, resulta particularmente importante prestar atención a la **naturaleza del delito**, es decir, a la legislación que se desarrolla en torno a las agresiones sexuales; ya que a través de ésta, y en la medida que el derecho organiza las relaciones sociales, se le da un carácter formal, reflejando y reforzando los elementos culturales, políticos, sociales y económicos involucrados. Así, es posible señalar que a través de la tipificación de determinados comportamientos sexuales como delitos, se pretende proteger a la familia y sociedad bajo el principio general de la libertad sexual. Donde el ordenamiento de la familia y un orden sexual biológico constituyen el bien jurídico a proteger, por sobre el derecho de cada persona a ejercer su libertad. Lo anterior explica la tipificación y sanción diferencial que reciben delitos como la relación forzada vaginal (violación) y el acceso forzado oral o anal (abuso deshonesto). Algo similar ocurre cuando se considera el sexo de la víctima, puesto que para el Código Penal la violación se realiza sólo sobre las mujeres, definiéndose una figura jurídica distinta para la relación sexual entre varones: la sodomía, ya sea el contacto sexual consentido entre dos varones de sexo masculino o en el que hay forzamiento de parte de uno de los varones para la relación sexual.

Los **mitos**, es decir, la configuración de imágenes sociales sobre el delito constituyen un elemento muy importante al momento de proporcionar un tratamiento jurídico a este tipo

de comportamientos, así como la manera más personal que asumen los diversos profesionales al enfrentarse con la víctima. La creencia, socialmente muy arraigada, de que la agresión sexual está estrechamente asociada al deseo sexual del autor, hace pensar que existiría un objetivo sexual claramente identificable; sin embargo, diversos autores plantean que el componente fundamental de la violación no es el sexo, sino la hostilidad/poder hacia la víctima, la imposición por medio de la coacción o simplemente el temor. En virtud de ello, se comprende esta vez la tipificación y sanción diferencial entre aquellos comportamientos que “acceden carnalmente” a la víctima de aquellos en que no se ha dado la actividad sexual misma. Otra creencia muy extendida es la necesidad de que exista una resistencia física de la víctima, situación que no ocurre de este modo, ya que al igual que en el resto de los delitos, la víctima aparece dependiente y sumisa la mayoría de las veces. Se señala que tan sólo cuando el agresor incrementa su coacción física por sobre lo necesario parece generar una reacción de defensa desmesurada y sin un objetivo claro en la víctima. Paradójicamente, junto a esta conducta defensiva de su integridad física, se espera que la víctima responda al modelo sociocultural de mujer (sumisa y no agresiva, estar controlada por sus emociones sentimentales y aparecer atractiva). Este doble estándar comportamental que se le exige, queda reflejado en el contacto que establece la víctima con las distintas etapas policíaco-judiciales, en las cuales debe rendir reiterados interrogatorios. En ellos se exige que durante la agresión hubiera realizado una defensa sostenida y, por otra parte, mantenga la serenidad suficiente como para recordar todos los hechos.

Finalmente, dentro del marco institucional, es importante señalar que al momento de entrar en contacto con estas instancias se produce una transformación muy significativa que marca el rol futuro de la víctima; esta se convierte en *testigo* (Young, 1989). Tal cambio implica la asunción de un rol pasivo y dependiente del sistema frente al activo sostenido hasta el momento de la denuncia. En este sentido la percepción de pérdida de control sobre el

mundo circundante iniciada con el delito, se ve incrementada. Convertirse jurídicamente en testigo de la agresión sexual implica una serie de obligaciones que hacen referencia a la necesaria participación en el proceso judicial. Esta situación se transforma en contra suya en la medida que pasa a convertirse en un medio de la Justicia para la persecución del agresor, y por lo tanto, no en un objetivo por sí mismo. La colaboración activa que se le exige a la víctima durante el proceso, se realiza en ignorancia de sus necesidades básicas como lo es la información del procedimiento institucional. Esto se ve ampliamente reflejado cuando la víctima no se convierte en acusación particular; en este momento encuentra serias dificultades para establecer un interlocutor válido dentro del sistema judicial.

Un segundo grupo de obstaculizadores del ajuste psicológico subsiguiente se encuentra en la aplicación de la normativas que contiene el marco señalado. Diversos problemas se encuentran en la dinámica de la acción institucional, que tienen relación con el contacto que las víctimas establecen con los distintos profesionales (policías, médicos forenses, abogados, etc.) y con los trámites a los que deben someterse en el aparato judicial.

Como primer elemento que aparece en este nivel y cruza las distintas instancias institucionales, se encuentran los **recursos económicos deficitarios** que actúan, por un lado, reduciendo los recursos humanos o materiales disponibles para la realización de las tareas; como ocurre en Carabineros donde los horarios de atención y personal de la unidad especializada en prevención y control de delitos sexuales se ha modificado, funcionando actualmente en una jornada de 12 horas de lunes a sábado (a diferencia de antes que realizaba sus funciones las 24 horas del día), y contado con un número aún menor de funcionarias que imposibilita brindar un servicio más ágil y acudir oportunamente a los lugares que se requiere para la detección de delitos. Y por otro lado, dificultando la implementación de iniciativas que contribuyan a un mejoramiento en los distintos servicios; situación que se ve reflejada en la

modalidad de trabajo propuesta por el Instituto Médico Legal, que reduciría los efectos negativos que la interacción con las distintas instancias genera sobre las víctimas, por una parte, y permitiría desarrollar un servicio multidisciplinario al actuar de forma conjunta, simplificando los trámites y enriqueciendo la información disponible sobre el caso, a través del aporte de distintos profesionales.

El segundo elemento que se destaca en el nivel de la aplicación de las normativas, lo constituye las *voluntades personales*. Este elemento tiene relación con las actitudes y pautas de actuación que son aportadas personalmente por los funcionarios de cada instancia y que influyen diferentemente sobre el proceso de recuperación de las víctimas. Un aspecto fundamental en el período posterior a la agresión lo constituye el apoyo proporcionado por los profesionales, en relación a esto es posible señalar la ausencia de una preparación especial que les permita conocer qué es la violación, cuál es la reacción habitual de las víctimas y cómo pueden ayudar a reducir este impacto. En este sentido, una actitud orientada a informar a la afectada sobre los pasos a seguir en los distintos procesos, así como una postura tranquilizadora y sensible que mitigue la ansiedad de la víctima, se relacionan con las iniciativas personales y el aporte que les entrega la experiencia en el trabajo. De este modo, disposiciones como el contacto establecido entre la unidad especializada de Carabineros y el Instituto Médico Legal, o entre éste último y el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual, surgen de la iniciativa personal del médico forense; como también la asignación por tema a cada actuario en el ingreso de las causas, es implementado por la magistrado de dicho juzgado.

Si bien tales iniciativas pueden constituir elementos facilitadores del ajuste psicológico posterior de la víctima, su alcance es limitado en la medida que, por un lado, no se aplican como disposiciones generales a todas las instancias que entregan el mismo servicio y, por otro, no modifican aspectos estructurales de la atención proporcionada, que en general obstaculiza la recuperación de la afectada.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1 Implicancia de los resultados

A partir de los resultados obtenidos, es posible señalar que las víctimas desarrollan una respuesta psicológica inmediata que interrumpe el funcionamiento normal de su vida, aún cuando presenten factores psicosociales que puedan ser elementos favorecedores de su recuperación. Esto significa que en un intento de comprensión del fenómeno de la agresión sexual, la reacción de la víctima a corto plazo no varía considerablemente, a pesar de que las variables psicosociales que las rodean puedan presentarse de forma muy diferente.

En lo que se refiere a las consecuencias psicológicas, la mayoría de las sujetos que constituyeron la muestra tendieron a distribuirse en torno a aquellos grupos con sintomatología depresiva y con trastorno por ansiedad, a diferencia de los síntomas somatoformes que se presentan en un menor grado. El insomnio de conciliación, la tristeza y el desánimo, la agorafobia, y la ansiedad, la intranquilidad y la tensión se constituyeron en los síntomas más altamente experimentados por las víctimas.

La totalidad de la muestra reexperimenta persistentemente el acontecimiento traumático, teniendo recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, al igual que sueños y malestar psicológico intenso al verse expuesto a estímulos que le recuerdan algún aspecto del acontecimiento. También, la mayoría de las sujetos evita de forma persistente los estímulos asociados con el trauma; esforzándose para evitar pensamientos o sentimientos asociados a éste. Finalmente la mayor parte de las víctimas muestra síntomas persistentes de hiperactivación, no existentes antes del acontecimiento, como dificultades de concentración,

hipervigilancia y respuesta de alarma exagerada.

Si bien el interés del presente estudio no estuvo centrado en tipificar las consecuencias psicológicas de las agresiones sexuales como trastornos de estrés postraumático, es importante señalar que casi la totalidad de las víctimas (90%) experimentó los síntomas necesarios para configurar dicho cuadro. Ahora bien si tales síntomas tienden a persistir, es decir, se mantienen por un período superior a tres meses es muy probable que las víctimas ya no se recuperen espontáneamente e incluso empeoren. En este sentido, la perspectiva del Trastorno de Estrés Postraumático en víctimas de agresiones sexuales se constituye en un modelo descriptivo y explicativo capaz de proporcionar un marco nutricional de referencia para aproximarse a la comprensión y tratamiento del problema.

En relación a los factores psicosociales presentes en las víctimas, existe una distribución equitativa entre los sujetos que perciben a su familia como una fuente de alto apoyo, como aquellos que evalúan tal interacción en un grado bajo de apoyo. Respecto a la percepción del apoyo social proporcionado por las amistades, la percepción de más de la mitad de los sujetos da cuenta de un alto grado de integración social y de buenos recursos protectores y promocionales hacia el sujeto en torno a esta fuente.

Considerando las características de la muestra (víctimas mayoritariamente jóvenes, solteras y estudiantes) en su mayoría dependientes aún de sus familias y las características de la agresión (episodio único y perpetrada por extraños en su mayoría), resulta relevante destacar el rol que cumple la calidad de la relación familiar previa y actual, pues esta variable se constituye en el predictor más potente de la severidad de los síntomas a largo plazo. En este sentido, la evaluación que hacen las víctimas del apoyo facilitado por esta fuente resulta positiva para un significativo número de personas, quienes son acompañados tanto en términos afectivos como concretos a la hora de denunciar.

Por otro lado, dadas las características en que se efectúa la agresión, un único episodio y cometida por extraño, es posible observar que este delito de orden privado pasa más fácilmente al ámbito de lo público. A este nivel se encuentra con una respuesta social acogedora, colaboradora y sensible debido a la representación social que se tiene de la agresión, el suceso constituye una "verdadera" violación, pues es visto como un hecho de gran magnitud y difícil recuperación para la mujer, que "claramente" en este caso aparece como víctima.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento utilizadas por las víctimas, un primer grupo que podría distinguirse se relaciona con la regulación de la respuesta emocional, al que el evento da lugar. Estas estrategias tienden a aparecer y ser más usadas por las sujetos cuando ellas evalúan que nada se puede hacer para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes de los ocurrido. En este sentido aparece un distanciamiento, es decir, un esfuerzo por desvincularse de la situación, mayoritariamente a través de la evitación y escape (como se ha visto en los síntomas de trastorno de estrés posttraumático), la negación de lo sucedido, reinterpretación positiva que la víctima hace del acontecimiento y autocontrol, ya sea los esfuerzos que realiza para regular la expresión de sus sentimientos como el contener planificadamente sus acciones. El distanciamiento que realizan las sujetos, no lo hacen mayoritariamente por medio del uso de drogas, alcohol o alguna actividad; de igual modo que aparece en baja medida el esfuerzo por reconocer el propio rol o responsabilidad en el problema.

En un segundo grupo de estrategias, se encuentran las dirigidas a manipular o alterar directamente el evento del que se ha sido víctima. Este tipo de estrategias es utilizado fundamentalmente cuando las sujetos evalúa la situación como susceptible de cambio y sobre la cual se puede actuar directamente. Dentro de ellas, la estrategia utilizada por la totalidad de la muestra la constituye el afrontamiento activo, es decir, actuar directamente sobre el evento;

junto al anterior, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la búsqueda de apoyo social por motivos afectivos aparecen utilizadas por la mayoría de los sujetos. Una estrategia utilizada por la mitad de la muestra hace referencia a los esfuerzos agresivos para alterar la situación, indicada como confrontación.

Como se observa, las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas muestran la asunción de un rol activo, tanto en la regulación de sus propias emociones, como las relativas al comportamiento desplegado por la víctima. Al evaluar la efectividad que tales estrategias tienen sobre la recuperación de la víctima surgen ciertos cuestionamientos. Así por ejemplo, la interposición de denuncia como una estrategia de afrontamiento activo puede resultar nociva o amenazante para la sujeto si posteriormente debe acudir a un reconocimiento del agresor; dentro de esto la confrontación (esfuerzos agresivos para alterar la situación) pueden sugerir un grado de hostilidad y toma de riesgo innecesaria. La reorganización del evento a través de la asignación de un significado positivo y de crecimiento podría ser adaptativo. Sin embargo, una estrategia que no es mayormente utilizada es la aceptación de la propia responsabilidad en lo ocurrido, en términos de evaluar ciertos elementos que conciernen a su control sobre la situación (conductas preventivas), la cual pareciera ser relevante en la medida que la persona adquiere un control interno sobre sí misma y el mundo circundante.

Tomando en cuenta todo lo anterior, cabe señalar que a la luz de los resultados observados en esta investigación no existiría una significativa diferencia en la manifestación de consecuencias psicológicas en las víctimas de agresión sexual. Considerando que este estudio se basa en la evaluación de la reacción psicológica de las víctimas, inmediatamente posterior a ocurrido el evento traumático (menos de un mes), pareciera ser que los factores o variables psicosociales asociadas, no se constituyen en elementos críticos para la comprensión de este fenómeno; relevancia que podría manifestarse en la instauración de sintomatología específica pasado los tres meses de ocurrido el suceso.

En el período inmediatamente posterior a la agresión, un elemento que juega un papel muy importante lo constituye el apoyo institucional que recibe la víctima. Al entrar en contacto con distintas instituciones la víctima se debe enfrentar a una serie de procedimientos y contacto con profesionales que pueden constituirse en fuentes adicionales de estrés. El marco jurídicol-legal en que se fundamenta la acción institucional posee en su definición ciertos elementos que llegan a constituirse en una segunda victimización: la *naturaleza del delito*, que privilegia la protección de la familia y sociedad por sobre el derecho de libertad sexual, lleva a la tipificación y sanción diferencial según sea la "vía" por donde se cometa el delito; los *mitos*, como elementos significativos en el tratamiento jurídico y la manera más personal en que los profesionales abordan a la víctima, así como la sociedad en general se enfrenta a la relación víctima-victimario; y la transformación del rol de la víctima de un sujeto activo como ejecutor de la denuncia uno pasivo como *testigo* del delito.

La puesta en práctica de esta normativa aparece como un segundo elemento que afecta directamente a la víctima. Los recursos económicos deficitarios impiden la implementación de disposiciones que mejorarían el servicio proporcionado; es así como surgen de las voluntades personales ciertas innovaciones que si bien entregan momentos importantes de alivio a la víctimas no modifican las condiciones estructurales de los servicios, constituyéndose en elementos de soporte que perpetúan un sistema altamente disfuncional.

En términos generales, resulta relevante destacar que la reacción institucional ante los delitos sexuales se realizada desde el sistema jurídico-penal, donde tanto víctima como agresor aparecen como presunta perjudicada y presunto delincuente. Desde el sistema jurídico chileno, se adopta la perspectiva del delito, tendiendo a distribuir las responsabilidades entre las partes intervinientes en él, es decir, adjudicando culpabilidad a la víctima.

La victimización secundaria ya aparece en el primer elemento del sistema, la policía. Si

bien los cambios en actitudes o voluntades personales están permitiendo una mayor eficacia policial, el papel que a ellos les compete sigue siendo la búsqueda de la realidad objetiva del suceso delictivo.

En las decisiones judiciales las variables del contexto, personales de los jueces y de las características del caso permiten resolver sobre el delito. A este respecto, la filosofía penal u objetivo de la sentencia que adopte el juez influyen la decisión. De este modo, el punto de vista jurídico puede ser: una filosofía retribucionista (o visión de la pena como castigo), de prevención general o de los criminales en potencia (la pena como ejemplo), una función rehabilitadora-reinsertadora de la medida judicial o prevención específica del delincuente en concreto.

A partir de lo anterior, es posible señalar que dentro de la filosofía penal u objetivos de la sentencia no se encuentra la idea de reparación del daño causado. La valoración jurídica de tales secuelas aparece dentro de los derechos legales de la víctima, como el derecho a la reparación del daño causado por el delito con la idea de volver, de la forma más perfecta posible, a la situación previa a la agresión. En este sentido, la persona que comete el delito se enfrenta a dos responsabilidades legales: la penal y la civil, siendo esta última la que origina el derecho de reparación y/o indemnización. La responsabilidad civil consecuente al hecho delictivo nace como una obligación de indemnizar los daños y perjuicios morales o materiales sólo cuando la víctima asume un rol activo en el juicio, es decir, cuando se hace parte por medio de una querrela que -como el funcionario judicial señaló- no ocurre muy frecuentemente, pues dadas las características de los delitos mayormente denunciados (cometidos por extraños) resulta difícil que se torne efectiva la reparación. Cabe además preguntarse si es el agresor quien debe reparar efectivamente a la víctima o es la sociedad en su conjunto; ya sea a través del estado, que implemente normativas jurídico-policiales para evitar la segunda victimización y garantizar una igualdad legal con el agresor, así como la creación en

cada región de organismos multidisciplinares que se aboquen a la rehabilitación psicosocial de estas personas; como por medio de la comunidad, la que debe promocionar acciones de interés público con el objeto de abrir espacios de discusión que desmitifiquen el abordaje que se hace de esta problemática.

## 5.2 Limitaciones del estudio

Dentro de las posibles limitaciones del estudio, que podrían afectar la validez de los resultados, es posible encontrar los siguientes aspectos:

1. **Características de la Muestra.** Al ser de tipo accidental la muestra seleccionada, el alcance y posibilidad de generalización se restringe. Si a ello se agrega que el acceso a mujeres víctimas de agresión sexual se limita básicamente a aquellos delitos denunciados, la posibilidad de generalización de los hallazgos obtenidos se reduce aún más; desprendiéndose de lo anterior que los resultados son aplicables principalmente a aquellas mujeres víctimas que presenten características similares a la de la muestra considerada.
2. **Características de los Instrumentos.** Si bien la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, se basa en los criterios del DSM-IV referidos a este cuadro, no cuenta con estudios de validación y adaptación a la realidad chilena, pudiendo introducir sesgos en la recolección de la información, por lo tanto, las implicancias de sus resultados debieran ser consideradas con cautela.

### 5.3 Implicancias para futuras investigaciones

Finalmente, es posible señalar algunos elementos que podrían ser considerados al momento de desarrollarse nuevas líneas de investigación en torno a esta problemática:

1. El desarrollo de nuevos estudios sobre las consecuencias y factores psicosociales presentes en víctimas de agresión sexual, cuyo diseño contemple una muestra más amplia, de modo de permitir una mayor validez y posibilidad de generalización a los hallazgos obtenidos.
2. La realización de investigaciones respecto de otros factores psicosociales presentes en las víctimas; como eventos vitales previos, balance afectivo, preexistencia de problemas psicopatológicos, etc., que pudieran constituir factores críticos en el entendimiento de las diferencias individuales ante la agresión sexual.
3. El desarrollo de estudios desde distintas disciplinas vinculadas al tratamiento institucional de la agresión sexual, con la finalidad de integrar conocimientos y diseñar un modelo de intervención que facilite los trámites policiales, la asistencia médica, apoyo psicológico, asistencia jurídica y social, etc.

## REFERENCIAS

- Alario, S. (1993). Intervención psicológica en víctimas de violación. Valencia: Promolibro.
- Alfaro, J. (1993). Una aproximación psicosocial al concepto de salud mental. En Asún, D. y cols. (1993). Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Alvarado, R. *et al.* (1990). Validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes. Cuadernos de trabajo, 2. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Alvaro, J.; Garrido, A. y Torregrosa, J. (1996). Psicología social aplicada. Madrid: Mc Graw-Hill. En Varela, C. (1997). Diagnóstico de la salud mental de la población atendida por el centro de desarrollo comunitario de la comuna de Villa Alemana. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Valparaíso.
- Aravena, R. y Estévez, R. (1988). Conocidos, amigos y salud mental: la red personal y las transiciones de la vida adulta. Revista de Psiquiatría, 251-267. En Varela, C. (1997). Diagnóstico de la salud mental de la población atendida por el centro de desarrollo comunitario de la comuna de Villa Alemana. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Valparaíso.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Washington DC: A.P.A.
- Atkenson, B.; Calhoun, K.; Resick, P. y Ellis, E. (1982). Victims of rape: repeated assessment of depressive symptoms. Journal of consulting and clinical psychology, 50, 96-102. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Avendaño C. y Vergara J. (1992). Estudio: "La Violencia Sexual en Chile, dimensiones: colectiva cultural y política". Investigación encargada por el Servicio Nacional de la Mujer SERNAM, Santiago, Chile.
- Bandura, A. (1973). Agression: a social learning analysis. Prentice Hall: Englewood Cliffs. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Bard, M. y Sangrey, D. (1979). The crime victim's book. Basic Book: New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Barudi, J. (1991). Dictaduras familiares, maltrato infantil, incesto. Santiago: Université Catholique de Louvain, Centre Chapelle-aux champs.
- Bravo, M. (1994). Incesto y Violación. Santiago: Academia.
- Brickman, P.; Coates, D. y Janoff-Bullman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? Journal and personality and social psychology, 36, 917-927. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Brownmiller, S. (1975). Against our will. New York: Simon y Schuster. En Alario, S. (1993). Intervención psicológica en víctimas de violación. Valencia: Promolibro.
- Burge, S. (1988). Posttraumatic stress disorder in victims of rape. Journal of Traumatic Stress, 1, 193-210. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.

- Burgess, A. y Holmstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. American journal psychiatry, 131: 981-985. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Burgess, A. y Holmstrom, L. (1979a). Rape crisis and recovery. Bowie Brandy. CO. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia
- Burgess, A. y Holmstrom, L. (1979b). Adaptative strategies and recovery from rape. American journal of psychiatry, 136, 1278-1282. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia
- Burt, M. y Estep, R. (1981). Who is a victim? Definitional in sexual victimization. Victimology, 6, 1-4: 15-28. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Burt, M. y Katz, B. (1985). Rape, robbery and burglary: responses to actual and feared criminal victimization with special focus on women and the elderly. Victimology, 10, 325-358. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health. New York: Basic Books. En Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Chejter, S. (1988). Violentar y silenciar: dos caras del sexismo. Algunas consideraciones sobre la violencia sexista. Trabajo presentado al primer encuentro nacional de prevención de la violencia domestica y asistencia a la mujer golpeada. Argentina. En Avendaño C. y Vergara J. (1992). Estudio: "La Violencia Sexual en Chile, dimensiones: colectiva cultural y política". Investigación encargada por el Servicio Nacional de la Mujer SERNAM, Santiago, Chile.
- Cohn, P.B. (1978). Fear of Crime and Feelings of control: reactions of crime in an urban community. Tesis doctoral. Temple University: Philadelphia. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Corral, P.; Echeburúa, E. y Sarasua, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En Alario, S. (1993). Intervención psicológica en víctimas de violación. Valencia: Promolibro.
- Davis, R. (1987) Crime victims: learning how to help them. NIJ Report, New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Didier, M. (1988). Control del medio, apoyo social y bienestar psicosocial. Santiago: Fac. Ciencias Sociales, P.U.C. En Varela, C. (1997). Diagnóstico de la salud mental de la población atendida por el centro de desarrollo comunitario de la comuna de Villa Alemana. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Valparaíso.
- Dohrenwend, B. (1975). Sociocultural and social psychological factors in the genesis of mental disorders. Journal of Health and Social Behavior, 16, 365-392. En Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.

- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1990). Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. Análisis y Modificación de Conducta, 16, 417-437.
- Echeburúa, E. (1994). Delitos sexuales: reacciones psicológicas en las víctimas de violación y tratamiento de los ofensores sexuales.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Editorial Jurídica de Chile (1994). Código Penal. Santiago: Universitaria.
- Ellis, E.; Atkenson, B. Y Calhoun, K. (1981). Short reports. An assessment of long-term reaction to rape. Journal of Abnormal Psychology, 90, 263-266. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Etcheberry, Tomo IV pg. 43 en CORSAPS pg. 27. En Bravo, M. (1994). Incesto y Violación. Santiago: Academia.
- Feldman-Summer, S.; Gordon, P. Y Meagher, J. (1979). The impact of rape on sexual satisfaction. Journal of abnormal psychology, 88, 101-105. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Figley, C.R. y McCubbin, H.I. (1983). Stress and the family, vol.II: coping with catastrophe. Brunnel/Mazel: New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Folkman, S.; Lazarus, R.; Dunkel-Schetter, A.; DeLongis, A. y Gruen, R. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and social psychology, 50, 3: 571-579. En Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Foucault, M. (1984). Historia de la sexualidad I. Madrid: Siglo XXI.
- Frieze, I.H.; Greenberg, M.S. y Hymer, S. (1987). Describing the crime victim: reactions to victimization. Professional Psychology, research and practice. Siglo XIX: Madrid. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Frank, E. y Stewart, B. (1983). Treating depression in victims of rape. The Clinical Psychologist, 36, 95-98. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- From, E. (1975). Anatomía de la destructividad humana. Siglo XIX: Madrid. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- García, J. (1989). Diseño de un proyecto de investigación sobre las formas de violencia en la vida cotidiana en la sociedad chilena. Santiago. En Avendaño C. y Vergara J. (1992). Estudio: "La Violencia Sexual en Chile, dimensiones: colectiva cultural y política". Santiago: SERNAM.
- Garza, J. y Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. Salud pública mexicana, 39, 539-545.

- Gissi, J. "Psicoterapia y Psicología Comunitaria". En Jiménez, J. y Florenzano, R. Educación Superior en Salud Mental". Santiago: Corporación de Promoción Universitaria. En Varela, C. (1997). Diagnóstico de la salud mental de la población atendida por el centro de desarrollo comunitario de la comuna de Villa Alemana. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Valparaíso.
- Goodchilds, J. ; Zellman, G.; Johnson, P. y Giarrusso, R. (1988). Adolescents and their perceptions of sexual interactions. En Burgess, A.. Rape and sexual assault II. E.E.U.U.: Garland. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Harris, L. (1984). Victims of crime. Garland: New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Hernández, Fernández y Baptista (1991). Metodología de la investigación. México: Mac Graw Hill.
- Hollin, C. (1989). Psychology and crime: an introduction to criminological psychology. Routledge: London. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress response Syndromes (2nd de.). Aronson: New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Instituto de la Mujer (1998). Cero tolerancia a la violencia sexual contra las mujeres. Santiago: Instituto de la Mujer.
- Janoff-Bullman, R. y Frieze I.H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. Journal of social issues, 39, 1-17. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Janoff-Bullman, R. (1985). Criminal vs. non-criminal victimization: victim's reactions. Victimology, 10: 498-511. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Jones, C. Y Aronson, E. (1973). Attribution of fault to a rape as a function of responsibility of the victim. Journal of personality and social psychology, 26, 415-419. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Katchadourian, H.A. y Lunde, D.T. (1979). Las bases de la sexualidad humana. Compañía Editorial Continental: México. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Kerlinger, L. (1979). Investigación del Comportamiento. México: Mac Graw Hill. En Hernández, Fernández y Baptista (1991). Metodología de la investigación. México: Mac Graw Hill.
- Kessler, R.C.; Price, R.H. y Wortman, C.B. (1985). Social Factors in Psychopathology. En Annual Review Psychology, 2: 243-253 (1989). En Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Kilpatrick, D.; Veronen, L. y Resick, P. (1979). Assesment of the aftermath of rape: changing patters of fear. Journal of behavioral assessment, 1, 133-148.
- Kilpatrick, D.; Veronen, L. y Resick, P. (1982). Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.

- Kilpatrick, D. y Veronen, L. (1983). Treatment for rape related problems: crisis intervention is not enough. En Cohen, L.; Claiborn, W. Y Specter, G. (Eds.). Community clinical psychology series. Human sciences press, 4. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Kilpatrick, D. (1985). The sexual assault research project: assesing the aftermath of rape in response to the victimization of women and children. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Kilpatrick, D. y Amick, A. (1985). Rape trauma. En Hersen, M. Y Bellack, A. (Eds.). Dictionary of behavioral assessment techniques. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Kilpatrick, D.; Saunders, B.; Amick-McMullan, A.; Best, C.; Veronen, L. y Resnick, H. (1989). Victim and crime factors associated with development of crime related posttraumatic stress disorder. Behavior Therapy, 20, 199-214. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Krupnick, J. y Horowitz, M. (1980). Victims of violence: psychological responses, treatment implications, evaluation and change. Program evaluation response center. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Lazarus R. (1966). Psychological Stress and the coping process. New York: McGraw-Hill. En Lazarus R. y Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.; Kanner, A. y Folkman, S. (1980). Emotions: a cognitive phenomenological analysis. En Plutchik, R.; Kellerman, H. Eds. Theories of emotions. New York: Academic press. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Lazarus R. y Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lejeune, R. y Alex, N. (1973). On being mugged: the event and its aftermath. Urban life and culture, 2: 259-287. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Lerner, M. (1980). The bilief in a just world. Plenum: New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Luhmann, N.(1988). El amor como pasión. Madrid: Anagrama. En Avendaño C. y Vergara J. (1992). Estudio: "La Violencia Sexual en Chile, dimensiones: colectiva cultural y política". Santiago: SERNAM.
- Maguire M. Y Corbett, C. (1987). The effects of crime and the works of victims support schemes. Aldershot: Gower. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- McCahill, T., Meyer, L. y Fischman, A. (1979). The aftermath of rape. Lexington, MA. DC Health. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Milgram, S. (1965) Some condicions of obedience and disobedience to authority. Human relations, 18, 57-76. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.

- Mills, T. Rieker, P. y Carmen, E. (1984). Hospitalization experiences of victims abuse. Victimology, 9,3-4: 436-449. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Organización de Naciones Unidas (1985). VII Congreso de las Naciones Unidas sobre la prevención del delito y tratamiento del delincuente. ONU. Milán: Policopiado.
- Orlando, J. y Koss, M. (1983). The effects of sexual victimization on sexual satisfaction. A study of the negative association hypothesis. Journal of abnormal psychology, 92: 104-107. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Ortega y Gasset, J. (1976). El tema de nuestro tiempo. Madrid: Occidente. En Avendaño C. y Vergara J. (1992). Estudio: "La Violencia Sexual en Chile, dimensiones: colectiva cultural y política". Santiago: SERNAM.
- Páez, D. y cols. (1989). Factores Psicosociales y Salud Mental. Madrid: Fundamentos.
- Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress. Journal of health and social behavior, 30, 241-256. En Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Ruch, L., Chandler, S. y Harter, A. (1980). Life change and rape impact. Journal of Health and Social Behavior, 24, 174-185. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Ruch, L. y Chandler, S. (1983). Sexual assault trauma during the acute phase: an exploratory model and multivariate analysis. Journal health and social behavior, 24, 174-185. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Ruch, L. y León, J. (1986). The victim of rape and the role life change, coping and social support during the rape trauma syndrome: stress social support and woman. Hemisphere Public Corporation. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Silver, R.L. y Wortman, C.B. (1980). Coping with undesirable life events. En Garber J., Seligman MEP. Eds. Human helplessness: theory and applications. Academ press: New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Slaikeu, K. Intervención en crisis. México: Manual Moderno.
- Snyder, C. y Ford, C. (1987). Coping with negative life events. Plenum: New York. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Stekette, G. y Foa, E. (1987). Rape victims: posttraumatic stress responses and their treatment: a review of the literature. Journal of anxiety disorders, 1: 69-86. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.

- Strauss, J. (1979). Social and Cultural influences on psychopathology. American Review Psychology, 30, 397-415. En Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Sutherland, A. y Scherl, D.J. (1970). Patterns of response among victims of rape. American journal of orthopsychiatry, 40, 503-511. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Taylor, S.E.; Wood, J.V. y Linchtman, R.R. (1983). It could be worse: selective evaluation as a response to victimization. Journal of social issues, 39,2: 19-40. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. Journal of consulting and clinical psychology, 54, 4, 416-423. En Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Thornhille, N. y Thornhille, R. (1990). An evolutionary analysis of psychological pain following rape. I. The effects of victim's age and marital status. Ethology and sociobiology, 11, 155-176. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. Y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Trepper y Barrett (1989). Systemic Treatment of Incest. New York Brunner y Mazel. En Avendaño C. y Vergara J. (1992). Estudio: "La Violencia Sexual en Chile, dimensiones: colectiva cultural y política". Santiago: SERNAM.
- Varela, C. (1997). Diagnóstico de la salud mental de la población atendida por el centro de desarrollo comunitario de la comuna de Villa Alemana. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Valparaíso.
- Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Veronen, N. y Kilpatrick, D. (1983). Stress management for rape victim. En Meichenbaum D. y Jaremko, M. Stress reduction and prevention. New York: Plenum Press. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Viano, E. (1983) Violence, victimization and social change: a sociocultural and public policy analysis. Victimology, 3, 54-75. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Weeks, J. (1981) Sex politics and Society. Londres: Longman. En Avendaño C. y Vergara J. (1992). Estudio: "La Violencia Sexual en Chile, dimensiones: colectiva cultural y política". Santiago: SERNAM.
- Wirtz, P. y Harrell, A. (1987). Victim and crime Characteristics, coping responses and short and long-term recovery from victimization. Journal of consulting and clinical psychology, 55, 866-871. En Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. Coruña: Paideia.
- Wyatt, G.; Notgrass, C. y Newcomb, M. (1990). Internal and external mediator of women's rape experiences. Psychology of women quarterly, 14: 153-176. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.

- Ziegenhagen, E. (1977). Victims, crime and social control. New York: Praeger. En Soria, A. y Hernández, A. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona: Boixareu Universitaria.

## **APÉNDICES**

**APÉNDICE A.**

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA**

## PROTOCOLO DE ENTREVISTA

### 1. Presentación de los entrevistadores

La presentación la realiza el entrevistador que guiará la sesión.

### 2. Presentación de objetivos y setting de la entrevista

En este punto se señala lo siguiente: “Me he reunido con Ud. para solicitar su colaboración en la presente investigación, que pretende conocer respecto de las consecuencias psicológicas, el apoyo social y los recursos de enfrentamiento que se dan frente a este tipo de situaciones. Ésta no es una sesión de tratamiento ni de terapia, sino una sesión orientada a recopilar información acerca de este tipo de problemáticas. Todo lo que se converse acá será absolutamente confidencial. Aproximadamente estaremos aquí unos 40 a 50 minutos, en los cuales le pedimos que conteste un cuestionario (se abre el espacio para contestar dudas u observaciones)”.

### 3. Recopilación de datos

Se solicita a la persona que proporcione aquellos datos generales relacionados con su identificación.

### 4. Aplicación del Cuestionario

En este punto se procede a leer las instrucciones del cuestionario, aclarar las dudas del entrevistado y transcribir sus respuestas.

## 5. Cierre de la entrevista

Se finaliza la entrevista, indicando: “Vamos a llegar hasta acá... le agradezco su colaboración durante la entrevista. De igual modo, le ofrezco la posibilidad de continuar asistiendo aquí para brindarle un apoyo psicológico u orientación respecto de algún centro al que pueda asistir, si así lo desea...”.

**APÉNDICE B.**

**ESCALA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS,  
POR ANSIEDAD Y SOMATOFORMES.**

Las siguientes preguntas se refieren a su "estado de ánimo" o a sus "nervios", y Ud. debe contestarlas en relación a lo que le ha sucedido en el último mes.

1. ¿Siente que le falta la energía o se agota con más facilidad?  
 ) Nunca.  
 ) Pocas veces.  
 ) Frecuentemente.
2. ¿Se ha sentido más irritable que de costumbre?  
 ) Nunca.  
 ) Pocas veces.  
 ) Frecuentemente.
3. ¿Se ha sentido cansada por las mañanas?  
 ) Nunca.  
 ) Pocas veces.  
 ) Frecuentemente.
4. ¿Tiene dificultades para quedarse dormida?  
 ) Nunca.  
 ) Pocas veces.  
 ) Frecuentemente.
5. ¿Se ha estado despertando más temprano que de costumbre?  
 ) Nunca.  
 ) Pocas veces.  
 ) Frecuentemente.

6. ¿Se ha sentido triste o desanimada?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

7. ¿Se ha sentido con menos apetito y/o ha bajado de peso este último mes?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

8. ¿Se ha sentido pesimista o negativa en relación a su futuro?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

9. ¿Ha notado una disminución en su interés sexual?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

10. ¿Ha notado una pérdida en su interés por aquellas cosas que antes llamaban su atención?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

11. ¿Ha tenido sentimientos de culpa?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

12. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

13. ¿Ha pensado en alguna oportunidad que el matarse sería una solución a sus problemas?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

14. ¿Se ha sentido intranquila, ansiosa o tensa?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

15. ¿Se ha sentido agitada, como con dificultades para relajarse o permanecer tranquila?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

16. ¿Se ha sentido temblorosa, con palpitaciones en el corazón o llena de sudor?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

17. ¿Ha sufrido crisis de angustia, donde bruscamente aparezca un intenso miedo, ahogo, palpitaciones, mareo y temblor?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

18. ¿Evita salir de su casa por miedo a andar por la calle o a que algo malo le pueda suceder?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

19. ¿Evita hablar frente a un grupo?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

20. ¿Ha sentido sus manos frías o sudorosas?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

21. ¿Ha sentido la boca seca?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

22. ¿Se ha sentido como con un "nudo en la garganta"?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

23. ¿Ha tenido la sensación de estar atrapada o al borde de un peligro?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

24 ¿Sufre de dolor de estómago cuando anda nerviosa o con preocupaciones?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

25 ¿Ha tenido náuseas o vómitos cuando anda nerviosa o con preocupaciones?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

26 ¿Ha tenido diarrea o colitis cuando anda nerviosa o con preocupaciones?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

27 ¿Sufre de dolor de espalda o lumbago cuando anda nerviosa o con preocupaciones?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

28 ¿Sufre de dolor de cabeza o jaqueca cuando anda nerviosa o con preocupaciones?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

29 ¿Ha tenido palpitaciones o sensación de ahogo cuando anda nerviosa o con preocupaciones?

- ( ) Nunca.
- ( ) Pocas veces.
- ( ) Frecuentemente.

30 ¿Le ha pasado que al consultar a un médico por alguna molestia, éste le diga que se debe a los nervios?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

31 ¿Ha presentado parálisis de algún brazo o de las piernas después de pasar un mal rato?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

32 ¿Le ha sucedido que después de pasar un mal rato ha perdido la voz o ha quedado ronca?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

33 ¿Le ha pasado que después de tener un problema haya quedado ciega o con pérdida de la visión?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

34 ¿Sufre de desmayos cuando tiene algún problema o preocupación?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

35 ¿Ha sufrido de ataques de nervios cuando tiene algún problema?

( ) Nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Frecuentemente.

**APÉNDICE C.**

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL  
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

A continuación se describen experiencias que Ud. pudo haber tenido, escoja la respuesta que mejor la refleje.

1. ¿Ha tenido recuerdos o pensamientos reiterados o incontrolables acerca de la agresión?

( ) Nunca.

( ) Una vez por semana o menos.

( ) De 2 a 4 veces por semana.

( ) 5 o más veces por semana.

2. ¿Ha tenido sueños desagradables o pesadillas reiteradas acerca de la agresión?

( ) Nunca.

( ) Una vez por semana o menos.

( ) De 2 a 4 veces por semana.

( ) 5 o más veces por semana.

3. ¿Ha tenido la experiencia de revivir repentinamente la agresión, actuando o sintiendo como si la agresión ocurriera de nuevo?

( ) Nunca.

( ) Una vez por semana o menos.

( ) De 2 a 4 veces por semana.

( ) 5 o más veces por semana.

4. ¿Ha experimentado un malestar psicológico al encontrarse con cosas o situaciones que le recuerdan algún aspecto de la agresión?

( ) Nunca.

( ) Una vez por semana o menos.

( ) De 2 a 4 veces por semana.

( ) 5 o más veces por semana.

5. ¿Ha tenido reacciones físicas al encontrarse con cosas o situaciones que le recuerdan algún aspecto de la agresión?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

6. ¿Ha tenido que realizar esfuerzos persistentes para evitar pensamientos o sensaciones asociadas con la agresión?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

7. ¿Ha tenido que realizar esfuerzos persistentes para evitar actividades, situaciones o lugares que le recuerdan la agresión?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

8. ¿Existe algún aspecto importante de la agresión que no puede recordar todavía?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

9. ¿Tiene una marcada pérdida del interés por las actividades de recreación desde la agresión?
- ( ) Nunca.
  - ( ) Una vez por semana o menos.
  - ( ) De 2 a 4 veces por semana.
  - ( ) 5 o más veces por semana.
10. ¿Se ha sentido aislada o distanciada de los demás desde la agresión?
- ( ) Nunca.
  - ( ) Una vez por semana o menos.
  - ( ) De 2 a 4 veces por semana.
  - ( ) 5 o más veces por semana.
11. ¿Ha sentido que su capacidad para experimentar emociones de todo tipo (por ejemplo, sentimientos amorosos) está deteriorada?
- ( ) Nunca.
  - ( ) Una vez por semana o menos.
  - ( ) De 2 a 4 veces por semana.
  - ( ) 5 o más veces por semana.
12. ¿Ha sentido que los planes o esperanzas de futuro han cambiado como consecuencia de la agresión (por ejemplo, una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?
- ( ) Nunca.
  - ( ) Una vez por semana o menos.
  - ( ) De 2 a 4 veces por semana.
  - ( ) 5 o más veces por semana.

13. ¿Ha tenido dificultades persistentes para conciliar o mantener el sueño?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

14. ¿Ha estado irritable continuamente o ha tenido explosiones de ira?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

15. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

16. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, pararse rápidamente para ver quién está a su alrededor, etc.) desde la agresión?

- Nunca.
- Una vez por semana o menos.
- De 2 a 4 veces por semana.
- 5 o más veces por semana.

17. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde la agresión?

( ) Nunca.

( ) Una vez por semana o menos.

( ) De 2 a 4 veces por semana.

( ) 5 o más veces por semana.

**APÉNDICE D.**

**ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

A continuación Ud. leerá un conjunto de afirmaciones que describen las distintas cosas que hacen las personas para enfrentar diversos problemas personales. En relación a la situación que le ha ocurrido a Ud., indique cuál de las siguientes cosas hizo para enfrentarla.

1. Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra mi problema.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

2. Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

3. Dejé de lado mis otras actividades y problemas, y me concentré en éste.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

4. Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

5. Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo él o ella.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

6. Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

7. Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

8. Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

9. Expresé y deje descargar mis sentimientos y emociones.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

10. Me negué o resistí a creer lo que había ocurrido.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

11. Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

12. Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada.

Nunca.

Casi nunca.

Pocas veces.

Muchas veces.

13. Salí a tomar unas copas para olvidar el problema o pensar menos en él.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

15. Fantaseé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

16. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

17. Analicé mi responsabilidad en el problema y me critiqué a mí mismo por lo ocurrido.

( ) Nunca.

( ) Casi nunca.

( ) Pocas veces.

( ) Muchas veces.

**APÉDICE E.**

**ESCALA DE APOYO SOCIAL FAMILIAR**

Los siguientes enunciados se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida, en sus relaciones con sus familiares.

1. Mi familia me da el apoyo moral que necesito.

No.

Sí.

No sé.

2. Mi familia me da buenos consejos.

No.

Sí.

No sé.

3. La mayoría de las personas tienen relaciones familiares más cercanas que yo.

No.

Sí.

No sé.

4. Cuando le confío algo a algún miembro de la familia, me da la impresión que se siente incómodo.

No.

Sí.

No sé.

5. A mi familia le gusta oír mi opinión.

No.

Sí.

No sé.

6. Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses.

No.

Sí.

No sé.

7. Ciertos miembros de mi familia se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan consejos.

No.

Sí.

No sé.

8. Confío en mi familia para que me dé apoyo emocional.

No.

Sí.

No sé.

9. Existe una familia a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incómodo por ello.

No.

Sí.

No sé.

10. Mi familia y yo tenemos una relación abierta; nos contamos las cosas abiertamente.

No.

Sí.

No sé.

11. Mi familia es susceptible a mis necesidades personales.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

12. Los miembros de mi familia recurren a mí para apoyo emocional.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

13. Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

14. Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

15. Mis familiares piensan que les doy buenos consejos.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

16. Confiarle cosas a mis familiares, me hace sentir incómodo.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

17. Mis familiares buscan mi compañía.

No.

Sí.

No sé.

18. Considero que mi familia piensa que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.

No.

Sí.

No sé.

19. No tengo una relación íntima con algún miembro de mi familia como la que tienen otras personas con sus familiares.

No.

Sí.

No sé.

20. Me gustaría que mi familia fuera de otra manera.

No.

Sí.

No sé.

**APÉNDICE F.**

**ESCALA DE APOYO SOCIAL DE LAS AMISTADES**

Los siguientes enunciados se refieren a los sentimientos y experiencias que tienen la mayoría de las personas alguna vez en su vida, en sus relaciones con sus amigos.

1. Mis amigos me dan el apoyo moral que necesito.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

2. La mayoría de las personas se sienten más cercanas a sus amigos que yo.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

3. A mis amigos les gusta oír lo que pienso.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

4. Ciertos amigos se me acercan cuando tienen problemas o cuando necesitan consejo.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

5. Necesito a mis amigos para apoyo emocional.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

6. Si me diera cuenta que uno o más de mis amigos estuviera enojado conmigo, no le contaría a nadie.

No.

Sí.

No sé.

7. Me siento marginado dentro de mi grupo de amigos.

No.

Sí.

No sé.

8. Tengo un amigo a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme raro o incómodo después por eso.

No.

Sí.

No sé.

9. Con mis amigos existe una relación muy abierta.

No.

Sí.

No sé.

10. Mis amigos son susceptibles a mis necesidades personales.

No.

Sí.

No sé.

11. Mis amigos recurren a mí por apoyo emocional.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

12. Mis amigos me ayudan a resolver mis problemas.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

13. Tengo una relación íntima con muchos de mis amigos.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

14. Mis amigos encuentran que les doy buenas ideas de cómo hacer las cosas.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

15. Confiarles cosas a mis amigos, me hace sentir incómodo.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

16. Mis amigos buscan mi compañía.

( ) No.

( ) Sí.

( ) No sé.

17. Considero que mis amigos piensan que soy bueno para ayudarlos a resolver sus problemas.

No.

Sí.

No sé.

18. No tengo una relación amistosa con mis amigos que sea tan íntima como las de otras personas.

No.

Sí.

No sé.

19. Hace poco un amigo me dio una buena idea de cómo hacer algo en específico.

No.

Sí.

No sé.

20. Me gustaría que mis amigos fueran de otra manera.

No.

Sí.

No sé.

**APÉNDICE G.**

**PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

## PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo cuando la víctima entra en contacto con la institución?
2. ¿Qué elementos dificultan la realización de este procedimiento?
3. ¿Qué aspectos percibe como deficitarios de la institución?
4. ¿Reciben algún tipo de capacitación en el tema para el personal de la institución?

**APÉNDICE H.**

**ENTREVISTA A FUNCIONARIO DE  
ATENCIÓN POLICIAL**

## ENTREVISTA A FUNCIONARIO DE ATENCIÓN POLICIAL

**E: ¿Cuál es el procedimiento que se realiza cuando la víctima entra en contacto con la institución?**

N: “Cuando llega un procedimiento, ya sea por violación o abuso deshonesto, menor o persona adulta, llega acá o tomamos conocimiento de que está en la posta, lo primero se constata las lesiones y se ve el tipo de lesiones que tiene, en todo lo que sea abuso deshonesto o violación va al juzgado del crimen, luego de eso se entrevista a la persona afectada, cómo ocurrieron los hechos, se toma una declaración si es que hay un detenido sobre lo mismo, también aunque él desmienta todo pero igual hay que hacer una declaración para que el tribunal tenga más o menos una idea de cómo va a ser todo el procedimiento después”.

“Después de la declaración extrajudicial a la persona afectada se le lleva al Instituto Médico Legal, con una minuta que nosotros no más, como sección especializada en delitos sexuales la tenemos, la otras unidades no trabajan con el médico legal en esa forma como lo hacemos nosotros directamente. Luego de eso se hace todo el procedimiento, se le acoge la denuncia y se deja a la afectada citada para el tribunal y si hay un detenido pasa al tribunal y eso es todo. Bueno y si la persona queda muy afectada se atiende con los psicólogos” (risas).

**E: Dijiste que la persona estaba en la posta, ¿y si no ha concurrido a la posta?**

N: “No, cuando llaman de la posta es porque el procedimiento llegó allá primero, que una persona llegó allá denunciando que un tipo la violó, entonces el mismo policía que está en la posta la deriva al médico, al ginecólogo, entonces de ahí nos llaman a nosotros, cuando ya tiene la atención médica. Ahora cuando vienen para acá la persona, de afuera hacia acá, no tiene ningún documento, lo primero que hacemos es trasladarla o llevarla a la posta”.

**E: ¿Ustedes mismos la llevan?**

N: Sí, y se le lleva al servicio médico donde se le constatan las lesiones, en la posta adulto y luego en la ginecología. Y después de eso se deriva al Instituto Médico Legal.

**E: Cuándo esta denuncia se efectúa en otra comisaría, ¿qué pasa con el médico legal?**

N: "Mira, han ocurrido situaciones en que nos piden minutas de acá, pero se han creado ciertos problemas porque el médico hizo como un convenio acá con la sección, que nosotros como sección de delitos sexuales trabajamos directamente nosotros con ellos, con el médico legal, pero las otras unidades no derivan a la gente. O si la mandan sin ningún documento no la atienden, porque tienen que ir respaldadas por alguien. Por eso nos piden a veces a nosotros, pero se nos crea problema por el número que damos salida a la persona".

E: Es decir que en otras comisarías se lleva sólo al médico de la posta.

N: "Claro, y en algunas circunstancias yo pienso que a lo mejor el jefe de la unidad hablara con el médico para ver si existe la posibilidad para atenderla, como no tienen la hojita esa".

E: ¿Existe alguna diferencia entre el procedimiento a menores que a mujeres adultas?

N: "No, el procedimiento es igual, sólo que uno a veces al menor le da más hincapié a todo, o sea, lo deriva ponte tú a los mismos psicólogos cuando quedan más afectados, y uno como que se aboca más, pero igual no dejamos de atender a las personas que son adultas".

**E: ¿Qué elementos dificultan la realización de este procedimiento?**

N: "Cuando la persona sabe del delito pero no quiere denunciarlo por temor, por temor ponte tú que el conviviente de la persona viola a la hija o abusa de ella, ella tiene conocimiento pero no quiere denunciarlo porque este tipo se va a ir de la casa y no va a tener más sustento en su hogar, entonces ahí se complica y de repente nosotros tenemos que, no obligarla porque no se puede a una persona porque si no quiere denunciarlo, es un delito de acción privada, no podemos decirle que tiene que hacerlo, porque si ella no quiere hacerlo, no lo hace no más".

E: ¿Acción privada qué significa?

N: "Que de ella no más es el problema, o sea que si no quiere que el funcionario lo denuncie ella muere con el delito que se está cometiendo y nadie más lo sabe. Ya se hace de acción pública cuando viene a carabineros y lo dice a otra persona y nosotros tomamos conocimiento y va al tribunal".

E: ¿Alguna otra cosa que pueda dificultar el procedimiento?

N: “En general no. Que de repente nos llaman de otra unidad que hay un detenido por abusos deshonestos o violación, y se hace todo el procedimiento que te expliqué anteriormente o de repente cuando mandamos un ‘Da cuenta de’ y viene una persona aquí a denunciar que tomó conocimiento que el día anterior, dice que una niña le contó que era violada por el auxiliar del colegio y ella no tenía idea y lo viene a denunciar, nosotros le damos cuenta al tribunal y el nos manda una orden a investigar, y en esa orden empezamos nosotros todo el proceso, a verificar cómo fueron las cosas, como ocurrieron los hechos”.

E: O sea cuando es denunciado por terceros.

N: “Claro, y ahí el tribunal dependiendo de los antecedentes que le mandemos, manda la orden de detención o no. O sea si el juez considera que amerita detener el tipo porque están los medios de prueba que a él lo inculpan de haber cometido el delito nos da la orden de detención adonde sea, adonde esté ubicado el tipo, y si no queda ahí no más con la investigación que hicimos nosotros, ahí queda no más el procedimiento”.

E: Las órdenes de investigar es algo extra que les llega, ¿eso cómo se efectúa?

N: “Que llega del tribunal producto de un Da cuenta que hacemos nosotros de violación, incesto o abusos deshonesto o cualquier hecho delictual, y nos mandan a investigar cómo ocurrieron los hechos, porque a la magistrado no le quedó claro con el sólo parte cómo fue la situación, entonces manda una orden de investigar simple que es cuando uno tiene que volverle a preguntar a la denunciante cómo fue, que se puede contradecir o no, a la afectada si es una menor de edad ir al lugar a ver si alguien lo conocía, a veces es un sujeto desconocido, si lo conocía al sujeto o no y si se puede entrevistar al sujeto mucho mejor porque ahí se aclara todo”.

“Y cuando son órdenes amplias, el tribunal te faculta para detener al tipo, para hallar el domicilio o para salir del sector jurisdiccional, para ir en busca de él y aclarar todos los hechos”.

E: ¿Cuánto tiempo pueden disponer para una orden a investigar?

N: "Diez días, quince días, el tribunal nos pone el tiempo. De repente te puede dar una orden que tú la cumples en cinco días, porque el tribunal te ordenó en cinco días, él pone el plazo".

E: ¿Hay alguna otra labor que ustedes deben desempeñar aquí?

N: "Labor educativa, preventiva cuando andamos en la calle, si alguien nos consulta o nos dice algo, tenemos que igual informar, dar información, ayudar a una persona si nos está pidiendo ayuda, igual somos carabineros aquí y en todas partes y cuando estamos franco igual, si yo me voy a mi casa así de civil y estoy viendo algo que no corresponde igual tengo que ir, si estoy en la micro, bajarme y dar cuenta a carabineros, llamar al central y decir que en tal lugar está ocurriendo tal cosa".

E: ¿Y los horarios de trabajo cuáles son actualmente?

N: "Actualmente, estamos trabajando todos los días de lunes a sábado de 8 a 20 hrs. excepto el sábado que se trabaja hasta el medio día. Todos los días y hay un patrullaje que sale a la población, es decir, hay una que se queda de guardia y otra que queda libre y tiene que ver la documentación. El patrullaje es de la 8 a las 20, pero si hay un procedimiento que sea realmente delicado y amerite que nosotros vengamos a deshoras, después de las 20 hrs., igual nos llaman estamos ubicables en caso de cualquier situación".

E: ¿Y cómo es eso de delicado?

N: "Procedimientos que, no sé, tengan envergadura, que sea con algún detenido o con alguna persona conocida, porque si es un hecho antiguo nosotros lo dejamos para después porque es antiguo, ya pasó pero si es flagrante, en el momento y si se trata más encima de una persona pública, que se yo, nos llaman al tiro, procedimientos de importancia que les llamamos nosotros, ahí nos ubican por todas partes".

**E: ¿Qué aspectos percibe como deficitarios de la institución en la relación con las víctimas?**

N: "Fíjate que todas las personas que han venido para acá, después se van super bien de la acogida que se les da acá al menos, porque esta es una unidad más privada para ellos, porque en otras unidades tú tienes que contarle desde que entraste a la puerta hasta el que te va a tomar el procedimiento; en cambio aquí no, porque vas directamente con la persona y haces todo el papeleo con ella y listo. Que alguien me haya dicho que no me gustó, no. De repente que como la persona anda apurada, puede que diga que uno se demora, pero es que es todo un procedimiento, que llevarla a la posta, al Instituto Médico Legal cuando es flagrante, uno lleva a la persona en el mismo día, en el mismo momento al médico legal, entonces para la persona que realmente tiene interés en que esto culmine con todo el procedimiento, no le interesa si se desocupa más tarde o no, pero igual hay gente que reclama el estar mucho tiempo, pero aparte de eso no se van contentos".

E: Eso es más en el contacto personal con la víctima, ¿pero más a nivel institucional?

N: "Institucional, que por ejemplo, cuando fue el sábado que yo tomé un procedimiento y la señora estaba aburrada porque como te digo por el asunto del horario, de las cinco y media de la mañana, yo llegué a contactarme con ella como a las diez y media de la mañana, entonces estaba como choriada como que lo único que quería era irse, eso es lo que más la gente, el horario. Es que son varios pasos, yo no puedo decirle no más váyase, por que es doble trabajo para uno también, ponte tu cuando hay detenido, tengo que hacer reconocimiento del detenido, documentos, y es que son papeles que tiene que firmar la afectada, las misma boletas de atención que tenga ella, derivarla al médico legal, darle una citación cuando tiene que ir a declarar. Pero en general la gente se va bien después que tu hablaste con ella, igual que cuando llaman pro teléfono para alguna situación, depende de la consulta y si uno le puede ayudar, quedan conformes".

E: ¿Y eso ocurre en otras comisarías?

N: "Yo he estado en otras comisarías y es igual en realidad, pero es que acá la labor es diferente, pero en general cuando uno tiene que atender a una persona uno tiene que ser así, con toda la gente, no hay distingo social si es una persona pobre, mal vestida igual tengo que atenderla bien".

**E: ¿Reciben algún tipo de capacitación en el tema el personal de la institución?**

N: “Yo cuando entré acá, desde que yo entre acá ha habido cursos, cursillos, seminarios de violencia intrafamiliar, se han hecho en Santiago, aquí mismo en la prefectura de Valparaíso”.

E: ¿Y de delitos sexuales?

N: “De delitos sexuales no hay muchos”.

E: No han tenido capacitación.

N: “Las personas que estuvieron antiguamente sí, ponte tu iban al médico legal, el mismo médico les decía, les enseñaba ciertas cosas. Nosotros no, sólo de violencia intrafamiliar, no han hecho. Es que en general, esta sección se llama asuntos de la familia, entonces como es así ahí nos encajonaron, en eso y como desde antes se vienen atendiendo los procedimientos por abusos deshonestos delitos sexuales, igual lo hacemos, pero de que haya alguna preparación, al menos yo no, nadie me ha preparado para decirle que debe hacerse y que no debe hacerse. La unidad que está preparado para eso es la 48° de la familia de Santiago, ellos abarcan todo, más gente tienen más preparación, pero yo al menos viendo lo que ha venido haciéndose de anterior”.

E: ¿Cómo crees que podría mejorarse el servicio?

N: “Habiendo más personal, más de tres personas, no se puede atender como debería ser”.

E: ¿Ustedes tienen que realizar los denuncios de Casablanca, Limache, etc.?

N: “Mira antiguamente eso se hacía, llamaban de Casablanca, que venga la sección de delitos sexuales, porque así nos catalogaban antes a tomar un procedimiento por un menor que está afectado y allá concurría también los que estaban de servicio en la calle, pero ahora no todo eso se fue achicar gente, redujeron, entonces está limitado ahora y las mismas unidades de otras partes tienen que tomar los procedimiento, a no ser que sean de real importancia y no sepan adoptarlos, o que nos llamen de allá cómo se hace tal cosa, de repente igual los toman ellos y

de Viña del Mar igual, o sea, los Da cuenta, los que uno tiene que informar no más generalmente lo toman ellos y con detenidos nosotros tenemos que ir, que estas son cosas que se colocaron con los jefes nuevos”.

**APÉNDICE I.**

**ENTREVISTA A FUNCIONARIO DE  
PERITAJE MÉDICO**

## ENTREVISTA A FUNCIONARIO DE PERITAJE MÉDICO

**E: ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo cuando la víctima entra en contacto con la institución?**

M: “Las personas que son derivadas al servicio se ven con el médico legista encargado de esa pericia, que básicamente aquí somos dos, el doctor Rojas y el doctor Melivilu, quien habla. El procedimiento se verifica a tenor de la orden judicial del cual viene emanado, según el delito que se deba estudiar, sea un abuso deshonesto, sea una violación, incesto, coito anal, etc., viene dirigido el estudio de cada una de esas diligencias. Cuando se produce una violación, se verifica las agresiones que puede haber tenido en el himen, en el ano o en ambas partes en la víctima; se verifica el estado de doncellez, o sea si era virgen o no era virgen en el momento de la agresión; la edad aproximada desde el epirgamiento esto se califica en reciente o no reciente, no reciente es pasado diez días, siete a diez días promedio”.

“Antes de hacerle el examen físico a la afectada o al afectado, se le interroga, se le pregunta cómo fue la situación, cómo se produjo, si hubo engaño de por medio, si hubo amenaza, si hubo una bebida o alguna droga, si la durmieron, tratando de buscar si fue una relación consentida y se arrepintió y lo pasa por denuncia, se ve si quedó embarazada la afectada también, si es portadora de una enfermedad de transmisión sexual; esto por mediación personal más que institucional, se trabaja con el E.T.S. Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual, que está en la avenida Colón al lado del Consultorio del adulto”.

**E: ¿Qué elementos dificultan la realización de este procedimiento?**

M: “Estos procedimientos se ven repletos de una serie de dificultades. En primer lugar, nosotros somos de la idea siempre de que el interrogatorio a estas víctimas, a estas desdichadas víctimas, siempre tiene que ser uno solo, un solo interrogatorio, en el cual sea multidisciplinario, participe investigaciones, participe la parte carabineros que está manejando el caso para que así la afectada tenga que recordar esa pesadilla una sola vez, no la repetición como desgraciadamente se da. Para eso nosotros hemos planteado, lo hemos hablado con varios magistrados de la región, la creación de un turno móvil para todo ese tipo de pericias, pero no se ha podido lograr esta situación. Entonces qué pasa, la afectada o el afectado va primeramente a un hospital, en el hospital no lo ve generalmente un personal ad-hoc, a veces

lo ve un residente, un becario, un estudiante interno de medicina que a veces es su primera experiencia de ver un caso de estos. Entonces no se le toma contenido vaginal, contenido anal, no se repara en las ropas, lavan la ropa después, que pueden tener una mancha de semen que nos orientaría para el estudio del ADN, de tal manera que cuando el afectado viene hacia nosotros, el Servicio Médico Legal; viene en una posición básicamente de hostilidad porque tiene que repetir lo que ya le han preguntado dos o tres veces. Es un interrogatorio en que en realidad hay que sacarle las palabras, extraérselas con dificultad, están molestos muchas veces, otra vez examinarlas por segunda vez. Si todo se hubiera hecho como nosotros lo planteamos, en un solo interrogatorio, un solo examen, incluso en ese interrogatorio debiera participar el psicólogo, hacerlo multidisciplinario, aquí o en un lugar, pensamos que lo más idóneo debería ser acá. Esas serían las dificultades para llevar a cabo esto”.

**E: ¿Qué aspectos percibe como deficitarios de la institución en la relación con las víctimas?**

M: “Ahora, los elementos deficitarios institucionales, bueno, económicos. Porque se plantea justamente la creación de ese turno móvil, Santiago tiene un turno de 24 hrs., claro el número de allá es mayor de delitos sexuales, mayor la población, pero nosotros planteamos un móvil, que cada vez que se hiciera una pericia, lógicamente se financiara, una pericia, pero aquí no se hace eso. Entonces nosotros vemos, por ejemplo, el otro día sin ir más lejos, el sábado yo vine a autopsiar, y luego que me fui, me andaba buscando la Brigada de Delitos Sexuales de Carabineros, para que viera a una niña, “no importa la llevamos el lunes” esa fue la respuesta. Entonces el lunes no la vi, porque la vio el doctor Rojas, debió repetir lo que ya le vieron en un hospital, hacerle el mismo examen que es incómodo, que le hicieron en el hospital, muchas veces no encontrando nada. Porque a mí me hablan de una violación de una madre que no es virgen, que ha tenido hijos, que tiene carúpedes y miniales, difícil precisar eso, hay que verle una consugilación, un chupón, una herida o hematomas en las partes vecinas a la pelvis, o sea, uno por correlación va sacando esto viendo psicológicamente a la gente cómo se expresa, el grado de nerviosismo, si está todavía traumatizada o no, o sea, es un problema de correlación. Porque se ha dado el caso, no es realmente lo que prima, pero se han dado casos en que por razones, se da mucho en una pareja, en que el hombre se va de la casa, el conviviente; entonces la conviviente dice “te fuistes de mi lado” entonces lo acusa de haber abusado de un niño, para perjudicarlo, retenerlo, digamos para hacerle la vida más imposible, se ha dado eso también.

Entonces nosotros, con un nivel psicológico o psicopedagógico si se quiere, hacemos el interrogatorio sólo con la niña, con la mamá, con la mamá hacemos verdaderos careos, así nos vamos a dar cuenta de eso, que se dificulta cuando el interrogatorio con el niño hay que repetir este procedimiento. Así que el elemento deficitario, mira estos instrumentos que están acá están vírgenes, nunca se han usado porque dicen "ya me tomaron contenido", entonces, la comunicación que existe con los hospitales es tal vez, es personal entre nosotros, tu ubicas ahí tal persona, y esto también es una catarsis, muchas veces te atiende el otro turno, tienen escrito "sí algo dice, no le entiendo la letra", "sí el examen físico, creo que le tomaron espermatozoide", entonces vamos nosotros a la unidad aquí del Van Buren de laboratorio clínico, no, no es fácil esto. Osea, no es fácil por la razón deficitaria de que existe un turno pobre, pero yo se lo he planteado, repito, a las autoridades".

"Qué sugerimos, partiendo lógicamente de la base de que existe personal especializado en eso, el doctor Rojas, yo, etc., pensamos que debe haber un turno móvil, el cual a las tres de la mañana si hay levantamiento, se constituye la autoridad, somos los primeros que interrogamos al paciente, somos los que le examinamos la ropa, calzones, pantalones, pañuelos, los muslos, las nalgas, somos los que primero le tomamos la muestra y nosotros le enviamos a la unidad el ADN, esa es la meta que hay que lograr. De esta manera hay que ver a la paciente cuando ingresa acá, si ingresa en estado etílico, que es un aporte si le dieron de tomar o ella tomó porque está acostumbrada a ese tipo de vida. Te imaginas como es la vida nocturna si constantemente esta muchachita joven pasa la vida, hay niñas que han pasado la vida en las discoteques en la avenida Ecuador, que han venido dos o tres veces violadas, por el propio estilo de modus operandi del individuo, eso se vería con un sólo interrogatorio. Que los hospitales fueran una segunda instancia, nosotros veríamos las lesiones, porque el hospital ve por lo general si hubo violación, da su opinión y da la opinión de lesiones, entonces al constituirse ese turno móvil, que sería fácil, estaríamos haciendo todo nosotros, no tendría que ir ni siquiera al hospital, eso sería en grandes rasgos lo que le podría decir".

E: Ahora, ¿la versión de ustedes frente al tribunal, prima por sobre la del hospital, a pesar que ésta última fuera inmediatamente después de ocurrida la violación?

M: "Prima claro, por supuesto. Aquí yo tengo una minuta de una niña, (toma una ficha para leer algunas indicaciones). Refiere que 'desde los nueve años, que el conviviente de su madre le manosea todo el cuerpo y la obliga a masturbarlo, la última vez fue el 16 de septiembre,

además tiene reiterados intentos de penetración', esta niñita tiene dieciocho años y desde los nueve, teóricamente de los nueve a los dieciocho estuvo masturbando y estuvo siendo manoseada por abusos deshonestos por el padrastro. El examen físico nuestro no dio para violación, tiene mutante leucorrea en la vagina, mutante flujo, una infección parasitaria en la vagina, la mandamos al E.T.S., estamos esperando el resultado del E.T.S., no se constituyó al E.T.S. la muchacha, no fue, e incluso nosotros mismos podríamos haber hecho la toma para buscar, porque si tiene infección por un parásito, y ese mismo parásito lo tiene en el pene el supuesto agresor, evidentemente calza. En este otro caso (lee otra ficha), me mandan el resultado de la toma no reactivo que es para ver la gonorrea y el estudio de SIDA negativo, me traen el resultado, pero todo eso es trámite es personal, éste fue el papá que también tenía leucorrea líquida y fluida, porque a veces con tocamiento impúdico de pene se puede transmitir la parasitosis. Este otro caso (toma otra ficha), refiere que 'un caballero estaba abusando de ella, hace dos años y le habría metido el pene por detrás', igual leucorrea, el himen estrellado y dilatado, no es virgen, la mandamos nuevamente al E.T.S. y no fue, venía por abusos deshonestos. O sea, realmente hay una descoordinación entre nosotros y los servicios hospitalarios. (Toma otro formulario). Refiere que 'fue manoseada por amigo, es epiléptica, se expresa con dificultad', esta niñita la trajo la mamá, sugiere E.T.S. debido a gran leucorrea, tampoco fue".

"Lo que se trata realmente es que los objetivos, es bueno que lo pongan en el trabajo. Modelo (enfatisa, con el tono de voz): Examen único, no en primerísimo lugar interrogatorio único; Segundo, examen físico, un solo examen físico con toma seminal, con toma anal; Tercero, examen de ropa, que eso quede aquí, hay veces que ha quedado la ropa en investigaciones, la traen para acá, de aquí a Santiago, un mes más, me entiende".

"Entonces evidentemente estas son cosas de fácil salida, aún con la crisis asiática y todos estos chamullos que hay hoy, es fácil salir de esto, lo que pasa es que siempre se nos a dicho que en Santiago, porque hay muchos más casos y no hay medio económico para hacer turno fijo, entonces nosotros decimos turno por pericia, si en este momento se nos hizo constituirmos en el lugar a las tres de la mañana, hoy se hace una pericia nocturna y esta pericia debe ser remunerada. Si nosotros hiciéramos una pericia a las tres de la mañana, tendríamos a las ocho de la mañana, cuando abrieran los laboratorios, empezariamos con los exámenes, entonces la gestión sería más rápida, no sería por rebote, no tendría que ir a los hospitales, eso sería la clave del asunto".

E: ¿Existen algunos delitos en particular, que hacen muy difícil desarrollar los exámenes?

M: “Bueno los abusos deshonestos, muchas veces la palabra de una persona contra la palabra de otra, ‘me tocó, me manoseó los senos’, pero esto es por arriba de la ropa, esto es lo que pasa arriba de la micro, que hay un hombre que se te pega detrás, la micro va un poco llena, entonces se le erecta el pene por contacto del cuerpo, eso es difícil, pero lógicamente al haber una estadística de que existe un individuo que ha tenido los mismos problemas en una micro, podría llegarse a la conclusión que sí, que se dedica a los abusos deshonestos”.

“Porque lo ideal sería, lo ideal entre comillas, que el himen tenga editema, aunque no sea virgen, una mujer que mantiene relaciones sexuales a la fuerza como no está dilatada, como no tiene placer, tiene miedo, no tiene lubricado, el pene erecto actúa como elemento traumático, deja rojiza aunque no sea virgen, a veces incluso puede fisurarlo, deja el semen adentro, deja el pelo de pubis, lo que se llama pendejo masculino, lo deja inserto en el pelo femenino; que eso con un peine de movimiento delicado o a la luz se ve y se comprueban los dos pelos, que son distintos microscópicamente, pero hay que hacerlo en el momento”.

“En las violaciones es más o menos fácil concluir. El Van Buren, el Fricke envía que sí, que se tomó muestra de semen, lo anotan ellos”.

E: ¿Existe una especie de convenio especial con la Sección de Delitos Sexuales, para derivar las personas directamente o desde cualquier comisaría podría hacerse, por la ausencia de minutas en otros lugares?

M: “No, yo creo que hay un desconocimiento. Es cierto en la medida que no esté constituido ese grupo que yo digo, porque si uno va a ir a denunciar a las tres de la mañana a la quinta comisaría, porque le queda más cerca de la casa, qué hacemos. Si se les instruye a ellos que con una llamada telefónica única a tal lugar, pueden conducir a la paciente así tal como está, participar una carabinero en el interrogatorio, participar con el médico, lógicamente se estaría ahí haciendo instantáneamente lo principal, por eso se les comunicaría a las unidades policiales qué hacer, que hay una persona, que no la hay en estos momentos. Ahora en verano, hay un alza, siempre en el verano hay un alza por las playas, por el turismo”.

**APÉNDICE J.**

**ENTREVISTA A FUNCIONARIO DE  
PROCESO JUDICIAL**

## ENTREVISTA A FUNCIONARIO DE PROCESO JUDICIAL

**E: ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo cuando la víctima entra en contacto con la institución?**

A: “Bueno, primero que nada se recibe el denuncia, ya sea de carabineros o de la policía de investigaciones y la persona generalmente está citada al tribunal, aunque a veces no lo hace y hay que estarla citando. Bueno, nosotros le hacemos la entrevista, lamentablemente ella tiene que relatar todo el cuento, todo lo que le sucedió, a veces no es muy grato para ella narrarlo, pero lamentablemente uno tiene que cumplir su labor, tiene que contar lo que ocurrió. No es suficiente con la indagación exploratoria de carabineros o investigaciones, uno tiene que ahondar más en el cuento, lamentablemente con más detalle, con todo el detalle que uno pueda”.

**E: ¿Esta interrogación es tomada por una persona o por varias?**

A: “No, o sea, en este caso en este tribunal se estila que cada cual tiene su especialidad en este caso yo tengo a cargo los delitos de violación y abusos deshonestos. No todos tienen el mismo sistema de trabajo, aquí a la magistrado le gusta que cada cual tenga su especialidad y así cada uno tiene su parcela, en cambio otros tribunales ingresan uno para ti, otro para ti, al que le toca le toca cualquier cosa, por ejemplo, en villa alemana como es un solo juzgado me tocaba de todo y así uno no puede profundizar en un procedimiento”.

“Entonces, yo le tomo la declaración, después la magistrado me la revisa y me dice si quiere que le pregunte algo más o ella misma le pregunta a la víctima si hay que constatar lesiones, la magistrado se las constata y se las anexa a la misma declaración. La constatación de lesiones independiente del informe que después llegue del médico legista, todo esto a efecto del autoprociamiento posterior”.

“En el mismo momento la magistrado espera y luego firma su declaración aunque están en este caso unas víctimas que son adultas y otras que son menores. Al menor se le toma la declaración a la madre o al padre y después dependiendo la edad del chicoco se le toma una pequeña declaración dependiendo de lo que ellos digan, uno trata de abordar de la mejor forma al menor”.

**E: ¿Es más importante la declaración del menor o del tutor?**

A: "Se toman yo creo las dos, en este caso porque hoy en día los niños tienen muy claro las cosas malas, la maldad".

"Después de la declaración, la magistrado ve si hay méritos para despachar una orden de aprehensión en contra de la persona inculpada. A veces son sospechosos, no saben quien fue la persona, hay casos en que los delitos de violación ocurren en la noche, encapuchados, que no le han visto la cara, que sé yo, pero en estos casos son todas personas identificadas, la magistrado si están los antecedentes como para despachar la orden lo hace. Esto depende del parte, de la declaración de la madre y de la afectada, y también de la constancia de lesiones en la posta y las lesiones que el tribunal pueda constatar. Luego de esto, pasa al tribunal el inculcado y se le toma la declaración y, bueno hay ya una indagatoria de la policía, acá ellos a veces la ratifican y a veces no. El delincuente es así, dicen 'me pegaron', que 'yo no dije esto...' esa declaración la tomo yo y después, lo mismo, se la paso a la magistrado y ella preguntará las cosas que a uno se le queden en el tintero. Bueno, la magistrado sobre los antecedentes determina que si hay mérito, lo dejen detenido 5 días. Ella tiene cinco días para resolver si lo somete a proceso o lo deja en libertad por falta de méritos; o lo puede dejar en libertad por falta de méritos antes si no hay antecedentes. Pero al cabo de 5 días se resuelve la situación procesal del individuo y ahí se procede al autoprocesamiento por el delito que corresponde a violación, abuso deshonesto, etc. o puede ser robo y violación. En estos cinco días, la magistrado decide someter a proceso o no según las declaraciones de la víctima, la constatación de lesiones, el informe policial y a veces el informe médico legal, que si uno lo apura puede pedir el informe por teléfono. Así, si tiene méritos es sometido a proceso y si no queda en libertad por falta de méritos mientras tanto igual sigue la causa con los tramites correspondientes, en el momento que tenga los méritos puede ir preso en el transcurso de la investigación".

"Se continua la investigación, el individuo queda en prisión y la persona tiene derecho a apelar de ese autoprocesamiento si no está conforme, se apela a la corte de apelaciones y la juez ve si lo que se hizo en el tribunal está bien o esta mal, confirma o puede revocar el autoprocesamiento, de ahí se siguen con las diligencias pertinentes, que sé yo, pedir las fichas clínicas de las constancias de lesión, los resultados de las muestras del flujo vaginal al hospital, porque se mandan a Santiago así como el informe de ADN, mandando al análisis las prendas de la víctima siempre que no las laven, porque después se comparará la muestra del semen de las ropas con la del inculcado, esas se mandan a Santiago".

“Si no apela la persona el autoprocésamiento, se le da una orden para prontuariarse, ahí tienen que ir al gabinete de identificación a tomarle las huellas digitales y dejar registrado en su papel de antecedentes el autoprocésamiento. Con esto llega el papel de antecedentes al tribunal, hay unos que tienen y otros que no tienen antecedentes, de ahí tú ves las causas más nuevas, las penas cumplidas y las que no están con sentencia y pides la certificación a los tribunales que corresponde por si acaso está rebelde, si no ha sido notificada la sentencia, etc.”.

“Ahora está el sistema que tú puedes pedir por teléfono al registro civil los antecedentes de una persona y puedes adelantar un paso mientras te llega el extracto de filiación y pides todos los antecedentes al juzgado si es que los hay y pueden haber antecedentes que pueden ser por robo o por violación, de nuevo ese es el procedimiento y una vez que están todas las diligencias, que sé yo, del careo, de los informes, del hospital, del Instituto Médico Legal, la declaración de los carabineros si es que lo han pillado en el acto, se le pasan a la magistrado y si ésta ve que no hay más diligencias o si ve que hay alguna que se ha demorado, en este caso comúnmente los exámenes de ADN se demoran a veces pasan meses; entonces, uno igual cierra el sumario, la magistrado dice ‘sin perjuicio de esa diligencia pendiente cierre el sumario de la investigación y la causa queda en estado de plenario’. Una vez que se acusa a fulanito de tal, se le da el traslado al abogado del procesado para que le haga la defensa. Ahora, en el caso de que hubiera un querellante, es decir, una parte en el proceso por la afectada; primero, se le da el traslado al querellante para que se avenga a esa acusación o formule otra, la que es una demanda civil en contra de la persona”.

E: ¿Si la persona no se querella?

A: “No sigue participando del juicio, no es parte y tampoco va a recibir una indemnización o algo así. Es poca la gente que se querella, es sabido que es difícil que un delincuente le vaya a indemnizar por la situación socioeconómica que tienen”.

E: ¿Se le informa a la víctima, en algún momento, lo que va pasando?

A: “Generalmente son pocas las que se acercan al tribunal, sólo les interesa que la persona quede detenida, pero la mayoría no vuelven. No se da mucho que vengan a preguntar a veces uno las sita bastante por cosas puntuales”.

E: ¿Se hacen evaluaciones psicológicas al agresor o a la víctima?

A: "Exámenes psicológicos sí se le hacen al procesado, al agresor. A la víctima no, a no ser que lo pidan, más que nada al procesado se le piden informes psicológicos o sociales. En el tiempo que llevo no conozco de algún caso en que se le haya pedido a la víctima un examen psicológico, aunque yo pienso que debe hacerse. El problema que pienso yo, es que no se da a vasto para esta cuestión, imagínate en el Servicio Médico Legal en esta región, deben ser uno o dos médicos no más para todo el volumen. Antes se hacían los informes psiquiátricos allá arriba en el Salvador años atrás, pero estaban locos con tanta demanda; así que el Servicio Médico Legal se hizo cargo de esta cosa del informe médico psiquiátrico. Se pide una orden para trasladar al procesado al médico legista y se mandan los antecedentes para que el médico los tenga a la vista".

E: ¿Cuándo se termina la investigación?

A: "Bueno, se termina cuando se reúnen todas las declaraciones, los antecedentes. De repente se quedan cosas en el tintero, se te queda una cosa pendiente y la magistrado resuelve que hay que esperar la diligencia, pero aquí por lo menos en este tribunal las cosas andan rápido, se trata que los sumarios no duren más allá de seis meses. Se cierra el sumario y de ahí viene la acusación que se hace después del quinto día o hay un plazo de hasta 15 días para hacerla, de ahí viene la defensa del procesado por parte del abogado, si no tiene particular, el consultorio de asistencia judicial le da uno o en caso de que si hubiera un querellante, éste tiene que adherirse a la acusación y después de eso, el abogado del acusado tiene que contestar esa demanda y contestar a la acusación por parte de su representado. Luego de que se cumple ese trámite, hay un período de prueba que se llama plenario, 20 días donde las partes tienen audiencia especial para rendir pruebas en la misma contestación, ellos te dicen 'quiero que se cite a los testigos tanto y tanto a ratificar quienes estuvieron o fueron testigos del hecho' o 'que se mande a mi representado a que sea examinado por un psicólogo', todo tipo de diligencias que se puedan pedir. Éste es un período de prueba y se notifica a las dos partes, si es que hay un querellante y ellos tienen audiencias especiales que son los días martes y los jueves a las 10<sup>00</sup> o a las 16<sup>00</sup> horas. Y después pasados esos 20 días viene una etapa de revisión, se venció el probatorio de la causa y queda en auto-499 que es para revisar la causa, la magistrado tiene 6 días para dictar las medidas para resolver si las hubiere, generalmente las diligencias que piden

en el probatorio siempre hay alguna que quedó pendiente, que sé yo, un informe si alguien no vino a declarar”.

“Una vez que se cumplen esas instancias como medidas para poder resolver, se le notifica al procesado si es encarcelado, se le notifica por el estado diario, una hoja que se publica aquí en una vitrina en secretaría, o en persona si es que esta detenido. El toma conocimiento de todas las medidas que de ahí para adelante se vayan dando en la causa, luego que se cumplen todas esas diligencias la causa queda en estado de ser fallada y viene la sentencia, son 6 días para cerrar el fallo y depende del número de fojas que tenga el expediente, cada 100 fojas se da un día más de plazo”.

E: ¿Es posible que el abogado defensor pida que la víctima vuelva a prestar declaraciones?

A: “Sí, él puede pedir que eso ocurra”.

**E: ¿ Que elementos dificultan la realización de este procedimiento?**

A: “Bueno, yo creo que la policía tiene bien claro el cause que tiene que seguir la investigación, que tomen la evidencia del caso, una buena declaración, ya sea de la víctima o de los testigos, que es importantísima que sea bien detallada. En el fondo, en esta cuestión el más mínimo detalle es super importante, aunque no le guste a la víctima, aunque le sea ingrato hay que paso por paso o sea los elementos de prueba, prenda con manchas de semen, elementos contundentes que hallan usado”.

“Elementos que entorpezcan no. En el reconocimiento, todas las víctimas se niegan a hacer el careo, en este están frente a frente con la persona, también se puede hacer el reconocimiento del lugar. Nosotros tenemos una pieza especial con espejo en que se reconoce al detenido, uno pone ahí que la persona se negó a hacer el careo por miedo a represalias. En la sala de reconocimiento se forma a 7 personas y entre medio al delincuente que debe ser reconocido por la víctima”.

“El entorpecimiento es la demora de las diligencias, en especial los informes como el ADN, aquí nosotros debemos pedir informes cada 10 días de las diligencias de la gente que se encuentra presa; esto por teléfono, por carta, por fax En cambio para las personas que no están presas se piden cada un mes; esto es lo ideal, claro que no se hace así, hay un movimiento de causas bimestral es donde se debe mover todos los papeles”.

E: ¿Cuánto dura el procedimiento total hasta que se dicta sentencia?

A: "Es que todo depende de la investigación, pero por dar un número se puede fallar en 6 meses si no hay mayor problema".

E: **¿Qué aspectos percibe como deficitarios de la institución en la relación con las víctimas?**

A: "Uno no está preparado para enfrentar ese tipo de situaciones o a una persona que ha sido violada. Uno por lo que sabe o por los sentimientos, los valores que uno tiene, uno trata de hacer una cosa grata no, que ellas piensen que porque les tocó un hombre se van a sentir mal, yo les digo 'relájate, da gracias que estás viva, no te pasó más allá', tratar que no se sientan tan por abajo a pesar que es una cosa en la que se van a sentir mal, pero después se da una confianza y me dicen 'puchas te tengo que contar todo...', 'si me tienes que contar todo', yo trato de no ser tan hosco, ahondar en las cosas con suavidad, etc."

E: ¿A la persona se le da a conocer en qué consiste el proceso de ahí en adelante?

A: "Algunas preguntan que va a pasar con la persona, si va a quedar presa, si sale luego, pero bueno eso uno no lo puede decir tampoco, eso lo decide la magistrado no depende de uno. Como te digo, uno trata de hacer de una cosa ingrata, algo grato, en el fondo eso es lo más difícil para nosotros, cuando son niños. Cuando son adultos es otra cosa, a veces no es necesario tomarles declaración pero es importante sí".

E: ¿Es diferente cuando el delito es cometido por un extraño o por un familiar o conocido?

A: "Sí, o sea, es todo un drama familiar, los roles maternos, las consecuencias son mayores que si es una persona desconocida. Pasa de repente que hay una duda, aunque son muy pocas las veces en que se queda con la bala pasada 'esta niña me mintió...se fue de la casa y lo hace para justificar un hecho', la magistrado en todo caso debe constatar con astucia y capta al tiro cuando es o no es, pero es muy poco si la gente que viene con un cuento, el mal rato de venir para acá, el sentirse observada no deja de ser un momento ingrato".

E: Hablabas de cosas que pasan más por las personas, pero ¿qué cosas ves que son propias de la institución?

A: "O sea, aquí no se han tomado medidas para que, en estos casos de violación o delitos sexuales, sean tomados con más cuidado, habilitar un espacio adecuado, pero deberían hacerlo, debe ser terrible de esa persona, de esa mamá que viene con su niño que se siente observada aunque a lo mejor no esté observada el momento igual es desagradable".

E: ¿Existe alguna cosa que podría mejorarse?

A: "Aparte del espacio, bueno dentro de lo mismo estaría la privacidad, a mí me molesta mucho que mis colegas me pregunten qué le paso, bueno es algo normal aquí en el juzgado, entre colegas estamos para escuchar cuentos, pero no debería ser. Tendría que ser una cuestión privada, no sé pero, desde el momento que llega a carabineros darle todo el apoyo necesario, que sea vista lo menos posible la personalidad, el domicilio y que cuando venga al tribunal que nadie sepa a lo que viene. Claro que si es vista a la entrada y si hay familiares a fuera del tribunal del delincuente y saben que viene por violación,... si pues, el mundo del delincuente es amplio lamentablemente, se saben las leyes mejor que uno y son más astutos que uno, así yo creo que debiera ser de más cuidado. Bueno, uno trata de aportar lo que más pueda de lo que uno ha aprendido en todo este tiempo".

E: **¿Reciben algún tipo de capacitación en el tema el personal de la institución?**

A: "No, no hay ninguna capacitación que sea obligatoria desde acá, es una cuestión más a nivel de asociación nuestra, no hay información para ser más como asistentes sociales o como psicólogos, aunque esto no tiene que ver con la quinta región, sino que en general el contexto es el mismo, o sea, aquí todo se da en la práctica, pero si es independiente que uno debería prepararse de cómo abordar a ese tipo de personas, pienso yo que es reimportante un apoyo, aunque sea el mínimo, pero algo es algo aparte del apoyo que le pueda dar el profesional a posteriori".

E: ¿Existe vinculación con otros profesionales, psicólogos?

A: "No, las personas se mandan al psiquiatra del Servicio Médico Legal o que los familiares particularmente tengan un psiquiatra o un psicólogo. Pero lamentablemente no refleja lo que debería ser, más especializado, con más capacitación, uno actúa en cuanto a lo que le parece pero esa no es forma de actuar 'profesionalmente'".

E: ¿Qué es a su juicio lo más importante para la víctima?

A: "Yo creo que, sin duda, para la persona es que el delincuente quede detenido, porque está en peligro, el susto es grande aunque se da poco que queden detenidos. En violación se da más, en abuso deshonesto es difícil comprobarlo si no hay testigo".

