

Efectividad de la terapia reparatoria en el área específica de la violencia sexual infantil

Por Francisco Iván Sotomayor López

Francisco Iván Sotomayor López. Trabajador Social, Licenciado en Trabajo Social (Universidad de Valparaíso, Chile) y Magister en Psicología Social con mención en Intervención Psicosocial y Evaluación de Proyectos Sociales (Universidad Alberto Hurtado). Docente de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Viña del Mar, Chile.

Introducción

Tanto la infancia como la adolescencia han sido descritas en distintas épocas desde las disciplinas científicas, y en particular desde la Psicología como un continuo de etapas de desarrollo en las que se espera que el individuo en proceso de maduración vaya cumpliendo metas y a su vez integrando nuevas sistemáticamente, en un avanzar constante hacia el pleno desarrollo (Erickson, 1977; Piaget, 2005). Para dar cumplimiento de forma satisfactoria a estas fases, resulta necesario el establecimiento de vínculos dependientes (significativos) con figuras adultas que sean capaces de responder a los cuidados y protección que permiten que el proceso evolutivo del niño, niña o adolescente (NNA). La instalación de esta dinámica vincular, generalmente se va produciendo dentro del sistema familiar originario, permitiendo el desarrollo psicosocial del individuo e influenciando sus futuros estilos relacionales.

El fenómeno de la violencia sexual infantil (VSI) se constituye en este contexto, como un rompimiento en el vínculo de cuidado y protección, y por consiguiente, en el complejo y delicado proceso de desarrollo humano. Cuando la función estabilizadora del medio ambiente familiar no se cumple y deja de ser predecible, se interrumpe la lógica de continuidad del sujeto. Esto es lo que sucede cuando se dan hechos sexuales en la infancia para los cuales el niño/a o adolescente no cuenta con el nivel de desarrollo evolutivo – emocional y cognitivo – para integrar simbólicamente la experiencia (Álvarez, 2005, p.2). Esto se agrava cuando tales hechos se suman a un cuadro de polivictimización mayor, que van cristalizando una relación abusiva sostenida por la asimetría de poder.

En este contexto resulta necesaria la inclusión de un agente interventor externo, operando desde una dimensión jurídica-proteccional y también reparatoria- psicosocial, esta última en función de poder trabajar sobre estas relaciones y vínculos afectados. Lo anterior se sustenta en el principio que las personas y los fenómenos que les suceden se encuentran dentro de un entramado relacional complejo, resultando muy importante detenerse a revisar el desempeño de este agente interventor, representado en los dispositivos de intervención en VSI (Dabas y Perrone, 1999).

Como respuesta pública al fenómeno de la VSI, es que nacen los proyectos de protección especializados en la reparación del daño asociado a maltrato físico y/o psicológico y/o sexual constitutivo de delito. Estos proyectos, de dependencia directa del Servicio Nacional de Menores (SENAME), son ejecutados en casi su totalidad por las denominadas organizaciones colaboradoras,

las cuales serán el marco institucional y técnico dentro del cual se desarrolló el estudio.

En cuanto a la efectividad de los dispositivos, existen desafíos evaluativos de importancia. Se han seguido de forma tradicional las perspectivas asociadas a la disminución de las secuelas a nivel sintomatológico, es decir, las que parten del supuesto que es posible establecer una relación causal entre la presencia de ciertos síntomas y la existencia de un evento de carácter traumático de connotación sexual. No obstante, variadas investigaciones han desarrollado nuevas perspectivas que integran dentro de la evaluación, miradas de corte psicosocial, asociando un mayor o menor éxito en la terapia elementos tales como el nivel proteccional-jurídico, relacional, preventivo, etc.

A lo anterior se suma la evidencia de casos en donde la víctima de una agresión sexual no manifiesta de forma directa trastornos o efectos que la diferencian de otros tipos de traumas, de ahí la importancia de ir más allá de la detección de síntomas validaría estas nuevas miradas evaluativas (Finkelhor, y Browne, 1984; Cantón y Cortés, 1999; Smith y Bentovim 1994; Glaser y Frosh, 1997; Lamb, 1994; De Paúl, 2003; entre otros).

El tema central del estudio dice relación con la actual ausencia de evaluaciones de efectividad para terapias reparatorias en VSI. Si bien los dispositivos especializados de manera semestral y anual entregan al Servicio Nacional de Menores (SENAME) informes de autoevaluación comprometidos en las bases y orientaciones técnicas licitadas, éstas se circunscriben a aspectos de tipo administrativo y de gestión a nivel de macro-políticas (cobertura, distribución geográfica, por género, tipo de vulneración, edad, entre otros datos). Sin embargo, a la luz de los cambios que se entienden necesarios en los equipos a cargo de este tipo de intervenciones, cobran relevancia estudios que contribuyan a conocer qué tan efectiva es la principal respuesta terapéutica del estado de Chile **-1-**, frente a la violencia sexual hacia niños, niñas o adolescentes.

Método

El modelo de generación de conocimiento utilizado fue el estudio de *evaluación de efectividad*, por ser un modelo que considera el contexto protector en su conjunto y no sólo la sintomatología asociada a la experiencia abusiva (Castillo, 2000). Esto cobra relevancia considerando la heterogeneidad tanto de los perfiles de NNA que reciben la terapia **-2-** como de los propios terapeutas a cargo. Se utilizó un diseño no experimental de corte longitudinal, con medición *ex ante* (desde el 1° al 3° mes de terapia) y *ex post*, (entre el 10° al 18 mes de terapia). La investigación posee un enfoque cuantitativo, que se complementa con técnicas de análisis documental de corte cualitativo.

En cuanto a la muestra, en su fase cuantitativa responde a un tipo no probabilística o intencionada de tipo censal, con 198 casos en total y abarca a todos los NNA de entre 4 a 18 años de edad que hayan sido víctimas de violencia sexual y que asistieron durante los años 2010- 2012 en uno de los tres centros individualizados. Para la segunda parte de corte cualitativo, se utilizó un muestreo no probabilístico, teórico por tipologías, el cual buscó profundizar en casos altamente efectivos y de menor efectividad **-3-**.

El estudio posee la estructura de comparación de grupos no aleatorio. Se compararon grupos provenientes de tres centros de tipo PRM **-4-** (proyectos de reparación del maltrato infantil) pertenecientes a la O.N.G. Paicabí ubicados en la Región de Valparaíso, seleccionados en función de haber aplicado el *Instrumento para Elaboración de Plan de Tratamiento Individual e Indicadores de Situación* **-5-**, que permite la perspectiva longitudinal pre y post intervención. Este instrumento responde a la técnica escala de apreciación **-6-**; según Himmel; Olivares; en Zabalza

(1999), este instrumento detecta el grado en que se presentan los indicadores de daño -7- (ver tabla Nro. 1) y posee como rango entre 0 y 100 pts. en cada una de los ítem. Como complemento se utilizó la técnica de registro narrativo en los casos de mayor y menor efectividad detectados.

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS, se realiza prueba de normalidad, a través de prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk, se aplica prueba t para muestras correlacionadas, prueba t para muestras independientes, prueba Homogeneidad de la Varianza, o ANOVA de un factor, comparaciones múltiples, HSD de Tukey y prueba de correlación de r de Pearson. Se aceptó un nivel de significación (p) menor o igual que 0.05.

Resultados

Los resultados se ordenan en función de las hipótesis planteadas. La *HI N°1* refiere que “*existen diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre y post intervención, agrupadas por causal de ingreso*”. Los resultados indicaron que el valor *p* de todas las dimensiones es decir, menor a 0,05, esto quiere decir que se debe rechazar la *H₀*, y aceptar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención reparatoria para todas las causales de ingreso.

Tabla 1: Matriz abreviada de operacionalización de la variable

Dimensión	Definición nominal de la dimensión	Sub-dimensión
A.- Respecto a la condición de protección :	Entendiendo por tal, el contexto de seguridad para la niña, niño o joven víctima de maltrato grave y su familia.	A.1. Identificación de los recursos de seguridad que favorezcan la protección del niño, niña o joven y su familia
		A.2. Movilización de los recursos de seguridad que generen condiciones de protección para la niña, niño o joven y su familia.
		A.3. Ausencia de nuevas agresiones para la niña, niño o joven.
B.- Respecto a la crisis:	Entendiendo por tal, el proceso de problematización de las relaciones abusivas presentes en las experiencias de maltrato/abuso vividas por la niña, niño o joven.	B.1.Reconocimiento de las relaciones abusivas presentes en las experiencias de victimización de la niña, niño o joven.
		B.2. Generación de premisas de desnaturalización de las relaciones abusivas presentes en las experiencias de victimización de la niña, niño o joven.
		B.3.Reconocimiento de la necesidad de apoyo individual y familiar. (considerada dimensión facilitadora de proceso)
C.- Respecto al daño socio-emocional :	Entendiendo por tal, las manifestaciones socio-afectivas específicas asociadas a la experiencia de maltrato/abuso.	C.1. Integración de la experiencia de maltrato/abuso en historia vital.
		C.2 Disminución de manifestaciones de daño socio-emocional y físico asociadas a experiencia de maltrato/abuso.
d.- Respecto a condiciones de desarrollo :	Entendiendo por tal, la generación o fortalecimiento de recursos individuales, familiar-relacionales y contextuales orientados al bienestar integral de la niña, niño o joven.	D.1 Identificación de recursos individuales, familiar-relacionales y contextuales.
		D.2 Movilización de recursos individuales, familiar-relacionales y contextuales.

Tabla 2: Comparación entre medias pre y post intervención por índice, agrupados por causal de ingreso

CAUSAL DE INGRESO		INDICE PROTECCIONAL		INDICE RESPECTO A LA CRISIS		INDICE RESIGNIFICACIÓN		INDICE DESARROLLO DE RECURSOS	
		PRE-TERAPIA	POST-TERAPIA	PRE-TERAPIA	POST-TERAPIA	PRE-TERAPIA	POST-TERAPIA	PRE-TERAPIA	POST-TERAPIA
ABUSO SEXUAL	Media	79.5306	92.6938	68.8239	86.9598	67.3290	86.5017	70.6776	86.9379
	Diferencia	+13,16		+18,13		+19,18		+16,26	
	Diferencias total	+18,55							
	N	145	145	145	145	145	145	145	145
Desv. típ.	12.86037	7.49778	14.89153	11.61406	14.37804	11.53159	15.45050	12.93172	
ESTUDIO	Media	86.0322	93.6356	74.6356	89.6816	69.9414	88.3948	73.0328	90.3328
	Diferencia	+7,60		+15,05		+18,45		+17,30	
	Diferencias total	+ 14,6							
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
Desv. típ.	10.61092	7.26773	12.84779	9.76736	13.66507	12.94437	14.95619	11.61099	
VIOLACIÓN	Media	85.4139	94.5944	70.4861	89.6875	70.0479	89.6521	66.4792	92.7208
	Diferencia	+9,18		+19,20		+19,60		+26,25	
	Diferencias total	+16,82							
	N	24	24	24	24	24	24	24	24
Desv. típ.	9.94840	6.23987	16.82679	8.39736	13.25668	8.22998	15.37935	8.62443	

Para la segunda hipótesis, que afirma que “*existen diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre y post intervención, agrupadas por género*” (Hi N°2), se aplicó la prueba t para muestras relacionadas dando como resultado un valor *p* de .000, lo cual confirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención reparatoria tanto en hombres como en mujeres. Posteriormente se realizó la prueba t para muestras independientes y los resultados indican que el valor *p* de todas las dimensiones es de 0.635 y 0.623, es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes pre y post intervención reparatoria entre hombres y mujeres.

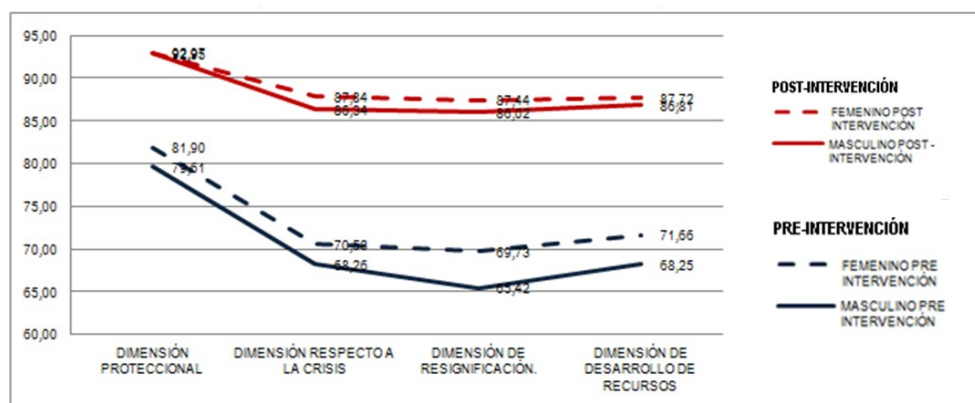
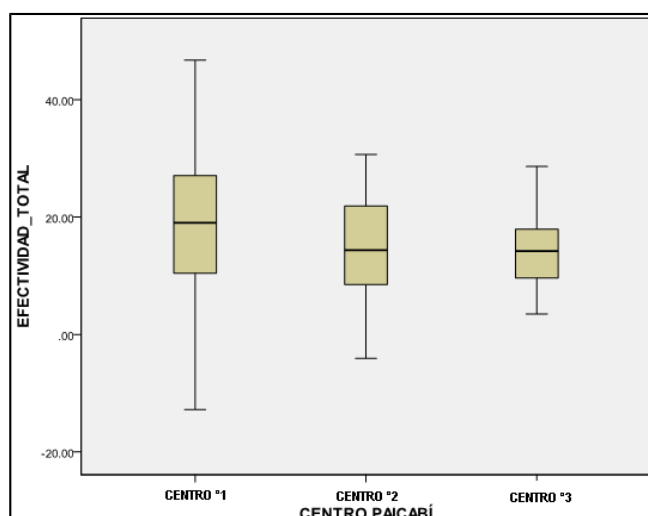


GRÁFICO 1: EVOLUCIÓN PRE Y POST INTERVENCIÓN AGRUPADO POR GÉNERO

En cuanto a la hipótesis N° 3; “*existen diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre y post intervención, agrupados por centros de reparación*”, los resultados de la prueba estadística de Levene obtienen como nivel de significancia un 0.02, que al ser menor a 0,05 exige rechazar la Ho, por lo que las varianzas de los tres centros no son homogéneas, vale decir existen diferencias de efectividad entre los centros.



Se aprecia que el centro N°1 es más efectivo que los otros dos centros, obteniendo el más alto puntaje (18,74 pts.), siendo el más efectivo a nivel general. En los casos de centro N°2 y N°3, sus resultados son muy similares (14,58 y 14,06 respectivamente).

Para la hipótesis N° 4: respecto que “*existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de egreso y la efectividad de la intervención reparatoria*” se realiza prueba de correlación de r de Pearson. Se comprueba que la correlación entre edad y efectividad es de $-0,102$, vale decir, es negativa y muy débil. Asimismo, el valor de p corresponde a $0,152$, confirmando la H_0 : no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad de egreso y la efectividad de la intervención reparatoria.

Finalmente, para la hipótesis N° 5, a cuanto a si “*existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de permanencia en la intervención y la efectividad de la intervención reparatoria*”, se aplica la prueba r de Pearson, resultando un valor p de $0,094$, confirmando la H_0 : es decir, no existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de permanencia y la efectividad de la intervención reparatoria.

Discusión

La evidencia producida a partir de las pruebas estadísticas comprueba que en todas las causales de ingreso (abuso sexual, violación y estupro), la intervención es altamente efectiva.

En los casos de violación destaca la efectividad conseguida, estos resultados podrían explicarse de acuerdo al gran daño psico-emocional con las que llegan los NNA a la intervención, las que según varios autores (López, 1993; Finkelhor, 1984, 1993; Cantón & Cortés, 1999; Smith & Bentovim, 1994; Zárate, 1993; entre otros), son agravantes frente a otros tipos de agresiones por el uso de la fuerza o de sumisión física de la víctima, sumado a la penetración. El estupro se constituye en la causa de ingreso de menor avance respecto a la situación inicial, este resultado se puede explicar en función del bajo nivel de problematización frente al carácter abusivo de este tipo de relaciones, tanto por la edad de la víctima, como por la escasa credibilidad que le otorgan las familias. (C.A.V.A.S, 2006)

El análisis documental realizado a los registros de los terapeutas a cargo de la terapia, entrega que en los casos menos efectivos no hay grandes diferencias en cuanto a las causales de ingreso, responden más bien a experiencias de poli victimización (Finkelhor, 1998). En este sentido, la causal de ingreso se constituye en una denominación más que técnica, administrativa-legal, en tanto que la vivencia de vulneración se enmarcaría en un contexto violento, en donde no se habrían dispuesto mecanismos protectores a tiempo ni en la forma adecuada.

Como segundo hallazgo, se logra observar que independiente del tipo de violencia sexual, en los casos de mayor efectividad existen recursos, tanto personales y familiares previos al ingreso al centro que facilitarían la mejora tanto en factores protectores como en sintomatología. Lo anterior coincide con lo referido por Bezemer (1994), en Llanos y Sinclair (2001), quien apela a la flexibilidad terapéutica al referirse que los resultados y expectativas frente a la efectividad de una intervención se relacionan fuertemente con los recursos disponibles de la persona, tal como su capacidad de integración, las estrategias de superación utilizadas a lo largo de su vida y el apoyo con el que podría contar en el entorno inmediato.

Es interesante que los resultados arrojen que la terapia es igualmente efectiva para hombres como para mujeres, no detectándose diferencias importantes entre ambos grupos, esto en función que según varios estudios las formas en que se manifiesta la VSI varía. Por ejemplo, Carlson, 1991, Hugges 2005, Romano y De Luca, 2001, en Pereda 2006, menciona que los niños tenderían a manifestar problemas en categorías externalizantes, tales como hostilidad y agresión, mientras que las niñas presentarían problemas internalizantes como depresión y quejas somáticas.

Otros autores profundizan respecto a que los efectos en las mujeres serían de mayor gravedad que en los hombres, destacando la reacción negativa de estas ante su primera experiencia sexual (con sentimientos de miedo, culpa y sentirse usada), al ser comparada con las manifestadas por los varones. Sin embargo, también hay autores que refieren que el impacto en la construcción de estereotipos sociales detrás de una develación y posible juicio público, hace que en general los varones no externalicen reacciones psicológicas. (Mendelsohn y Sewel 2004, en Pereda), lo cual debiera ser considerado dentro de los dispositivos de intervención, en cuanto a esta investigación no se consignan en los registros terapéuticos datos que puedan confirmar o negar estas hipótesis.

La efectividad en la terapia reparatoria tanto para hombres como para mujeres puede deberse a dos razones. La primera explicación se sostiene sobre lo establecido desde las propias orientaciones técnicas de SENAME, en donde se explicita la necesidad que la implementación de la terapia sea dentro de una perspectiva de género. La segunda posible explicación, posee un carácter instrumental y tiene que ver con la incapacidad de medir diferencias de género en el instrumento utilizado por los centros, que no las incluye ni en su configuración ni en su aplicación.

Por otro lado, los resultados mostraron que los centros tienen niveles de efectividad distintos, es el centro N° 1 quien obtiene el nivel más alto (18,74 pts. en promedio), para entender este resultado resulta necesario desglosar por dimensiones reparatorias. En lo que respecta a lo proteccional, una posible explicación puede provenir que el centro más efectivo opera en la ciudad de Viña del Mar, una comuna con un nivel de desarrollo institucional en lo que red de protección a la infancia se refiere (tribunal de familia; O.P.D. programas ambulatorios, sistemas residenciales activos, P.D.I. / C.A.V.A.S. etc.) más alto que el de las comunas que albergan a los otros dos centros como son Quillota y La Ligua.

Otra explicación que se aplicaría a las demás dimensiones (resignificación, respecto de la crisis y desarrollo de recursos) es lo que Barudy (1995) refiere como la construcción vincular episódica en casos de VSI, consignándose que el resultado de una intervención como esta, se relaciona con los tiempos en que se da la aceptación frente al terapeuta. En los casos de alta efectividad, se logran identificar discursos aceptadores del terapeuta entre el 2° y 5° mes, especialmente luego de avances en materia judicial. A diferencia de los casos de menor efectividad, en donde se aprecia escasa adherencia y un retraso en la aceptación hacia los terapeutas, sobre el 13° y 16° mes de terapia.

En cuanto a las variables asociadas a la baja efectividad de un centro respecto de los otros, se relacionan con: la relativización de los motivos de consulta, escasa problematización, capacidad para solicitar ayuda y mantención de la responsabilización del NNA por el episodio de VSI.

Asimismo, durante el trabajo con adultos se observa la resistencia a revivir episodios anteriores de pena y dolor los que en gran medida las inmovilizan para iniciar el proceso reparatorio. Respecto a los casos más efectivos, aparece una visión positiva respecto de las expectativas de la terapia, acciones y discursos de los adultos significativos que permitan sostener proceso de rearticulación de la autoestima, entre otros.

En cuanto al impacto de la edad de egreso o el tiempo de intervención, el grueso de los datos no refleja relación con la efectividad. Sin embargo, una de las dimensiones interesantes que sí dan cuenta de correlación estadística es la proteccional, es decir, a mayor tiempo de intervención, mayor es la efectividad de las medidas de protección hacia el NNA, esto se puede explicar desde la judicialización de entrada de los casos, dando pie a avanzar hacia procesos más complejos, desde el punto de vista terapéutico con el NNA y su familia.

Conclusiones

a) A través del análisis factorial se concluye la existencia de errores en el instrumento utilizado por los programas, identificándose una desproporción en la ponderación de las cuatro dimensiones de intervención, incluyendo en su mayor parte (111 sobre 168 ítem), indicadores que no están directamente relacionados con el aseguramiento de los mínimos protectores (acciones de tipo judicial). En el entendido que la presencia de estos mecanismos son condición sine qua non para una terapia de este tipo, esta subvaloración de lo protector se constituye en un riesgo al obtener consideraciones de logro distorsionados y sin asidero en la situación real de los NNA y sus familias.

b) Se identifican contradicciones entre los protocolos cuantitativos, en donde se arrojaron altos índices de efectividad, versus lo consignado en los registros de los profesionales, que dan cuenta de procesos fallidos y de NNA bajo medidas de internación u órdenes de alejamiento de su familia, contrariando considerablemente lo que debe considerarse como una intervención terapéuticamente efectiva. Estos resultados pueden interpretarse en dos direcciones: errores en el propio instrumento, o bien una inadecuada consideración de *lo reparatorio* por parte de los terapeutas a cargo.

c) Se logró demostrar que la intervención reparatoria durante los años 2010 y 2012, para la muestra, fue altamente efectiva. Posteriormente se comprobó que existen diferencias entre los niveles de efectividad si se desglosaban las dimensiones nivel protector, respecto a la crisis, resignificación de la experiencia y desarrollo de recursos.

d) Sobre la efectividad de la intervención, se concluye que variables como el género, la edad al egreso y el tiempo de permanencia no serían factores que determinarían la efectividad de una intervención reparatoria implementada por proyectos desde el modelo de trabajo de la ONG Paicabí.

e) Sobre la efectividad de los centros, se comprobó que el más efectivo resultó ser el centro N° 1. El primer centro de la ONG, depositario del Know-How frente a intervenciones de este tipo, producto del patrimonio de años de buenas prácticas acumuladas. Lo cual, permite relevar la importancia de introducir la evaluación como una línea o tradición de investigación que vaya aportando de forma consistente evidencia respecto a la efectividad de los proyectos de este tipo.

f) Sobre la causal de ingreso, se aprecia con mayor efectividad de intervención los casos de violación (única o crónica). Desde un punto de vista teórico esto podría responder a la gravedad de la agresión y el compromiso psico-emocional asociado. Asimismo, la evidencia da cuenta que los mayores progresos se sostienen sobre las capacidades previamente instaladas y que la intervención se constituye como un complemento de carácter instrumental para el desarrollo y disposiciones que la familia ya posee desde antes del inicio del proceso. En el caso de las familias con menos recursos psicológicos o sociales disponibles no se detectan cambios estructurales o relevantes que apoyen la consecución de la efectividad de la terapia, más bien esta se debiese circunscribir a la consolidación de límites o acciones protectoras en el tiempo y forma adecuadas.

Notas

-1- El 99,7% de los 1230 programas financiados por SENAME, son ejecutados por colaboradores, cubriendo el 98% de la demanda total. (Boletín Estadístico SENAME, 2014).

-2- La totalidad de los casos provienen derivados de tribunales o Ministerio Público, instancia que opera con lógicas no necesariamente técnicas de diferenciación por gravedad de la sintomatología producto de la experiencia abusiva.

-3- Se entendió como casos Ideal altamente y menos efectivo, aquellos casos que se ubican al límite de las distancias obtenidos en los puntajes iniciales y finales, cruzados por la variable centro de tratamiento.

-4- Se acordó por políticas de probidad interna, que se sustituirán los nombres de los centros por N°, siendo CENTRO N°1, CENTRO N°2, ETC.

-5- Instrumento desarrollado por la ONG Paicabí y que en función de su aplicación durante el período 2010-2014, fue utilizado por el estudio, el mismo en criticado en las conclusiones

-6- Técnica en que un sujeto presenta el rasgo evaluado, desde su ausencia o escasa presencia hasta la posibilidad de tener el máximo de éste o de una determinada actitud o conducta (mediante una escala gráfica, categórica o numérica).

-7- Cada uno de los ítem se puntúa de 0 al 3, siendo 0 una conducta nunca observada, 1 rara vez observada, 2 a veces observada y 3 fuerte y regularmente observada. Los ítem en la escala están agrupados por sub-escala, a nivel de dimensiones, sub-dimensiones, indicadores (ítem) y valores. Cada uno de estos se despliega a su vez para tres líneas de intervención, a nivel individual, familiar y contextual.

Bibliografía

- Alario, S. (1993) Intervención Psicológica en Víctimas de Violación. Valencia promolibros.
- Amon, J. (1990) Estadística para Psicólogos (1). Estadística Descriptiva. Madrid: Pirámide.
- Aguinaga, Josune y Domingo Comas (1991). Infancia y Adolescencia: La Mirada de los Adultos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Arredondo, V. (2002) Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual. Editado por ONG PAICABÍ.
- Barudy, J. (1998) El Dolor Invisible en la Infancia. Editorial Paidós. Barcelona.
- Barudy, J. (2005) Los Buenos Tratos a la Infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia Editorial Gedisa. España
- Batista, S. (2004) Aproximación al Concepto de Derecho desde la Perspectiva Triádica: Descripción de su Estructura, su Dinámica y su Finalidad. En: www.euned.net.
- Bedregal, P. (2006) Eficacia y Efectividad en la Atención de Niños entre 0 y 4 Años. En Foco, 79, 1-30.

- Cantón, J. & Cortés, M. (1997) *Malos Tratos y Abuso Sexual Infantil. Causa, consecuencias e intervención*. Siglo Veintiuno Editores. Madrid.
- Cantón, J. & Cortés, M^a. (2002) *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- Castro Solano, A. (2011) *¿Son Eficaces las Psicoterapias Psicológicas?*, Seminario de Doctorado, Fundamentos y Eficacia de la Psicoterapia, impartido en la Universidad do Soul de Santa Catarina (Brasil).
- Castillo, I. (2000) *Cuestiones Metodológicas en la Evaluación de Resultados Terapéuticos*.
- C.A.V.A.S. Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: 16 años de Experiencia (2002), Policía de Investigaciones de Chile.
- Congreso Nacional, Senado, Chile (2007). *Informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, sobre protección de los derechos de la infancia y de la adolescencia*. Boletín N°3.792. Valparaíso: Congreso Nacional, Senado.
- Cohen, E y Franco, R. (1998). *Evaluación de proyectos sociales*, Santiago, ILPES/ONU,CIDES/OEA.
- De Corral, P., Echeburúa, E. y Amor, PJ. (1997) *Consecuencias Psicológicas en las Víctimas Adultas de Agresiones Sexuales*. Tórculo Editores.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001) *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Volumen 1, número 1, Universidad del País Vasco.
- Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) *Conceptos, Factores de Riesgo y Efectos Psicopatológicos del Abuso Sexual en la Infancia*. Barcelona Ariel.
- Finkelhor, D. (1980) *El Abuso Sexual del Menor. Causas, Consecuencias y Tratamiento Psicosocial*. Editorial Pax. México.
- Hein, A. (2004) *Cuantificación de la Población Infanto-juvenil por Niveles de Exclusión en los Principales Centros Urbanos*. Santiago, Fundación Paz Ciudadana.
- *Informe Nacional de Infancia y Adolescencia*. Observatorio Nacional de la Infancia-Adolescencia 2009. Ed. MIDEPLAN.
- JUNJI (2009) *Política de Buen Trato Hacia Niños y Niñas*. Santiago: Unidad de Comunicaciones, JUNJI.
- Larraín, S. y Bascuñan, C. (2008) *Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile. Análisis comparativo 1994, 200, 2006*. Santiago, UNICEF.
- Lizasoain, L., Joaristi, L. (2003) *Gestión y análisis de datos con SPSS. Versión 11*. Thomson: Madrid
- Llanos, M. T. & Sinclair, C. (2001) *Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales*. Psykhe

- Malacrea, M. (2000) Trauma y Reparación. El Tratamiento del Abuso Sexual en la Infancia. Editorial Paidós. Barcelona.
- Marshal, W. (2001) Agresores Sexuales. Barcelona, Ariel.
- Paicabí (2010) Espejos de Infancia, Análisis e Intervenciones en Violencia Infantil, (2010), Documento editado por Corporación Paicabí.
- Perrone, R. & Nannini, M. (1998) Violencia y Abusos Sexuales en la Familia: Un Abordaje Sistémico y Comunicacional. Editorial Paidós, Argentina.
- Portillo Cárdenas, R. (2006) Tratamiento Psicológico de Niños Víctimas de Abuso Sexual Infantil. Equipo de Orientación Educativa Málaga-Centro.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I. y López-Soler, C. (2011) The Psychological Treatment of Sexual Abuse in Children and Adolescents: A Metaanalysis. International Journal of Clinical and Health Psychology,
- SENAME (2006) Sistemas Locales de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia: una Aproximación Conceptual y de Aplicación Práctica. Documento de Trabajo. Santiago.
- SENAME (2007) Bases Técnicas para Concurso de Proyectos. Líneas de Acción Oficinas de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia. Santiago.
- Soria, M. A. y Hernández J.A.(1994) el Agresor Sexual y la Víctima. Barcelona. Editorial Boixareu.
- SERNAM (1993). La Violencia Sexual en Chile. Documento de trabajo N°21, Editora Verónica Oxman. Santiago, Chile
- UNICEF Y SECIB (2001). Construir Equidad desde la Infancia y la Adolescencia en iberoamérica. Santiago: Cepal, Unicef Y Secib
- UNICEF (2000). Adolescencia en América Latina y El Caribe: Orientaciones para la Formulación de Políticas. Panamá: UNICEF.
- Vázquez, B (1995). Agresión Sexual. Evaluación y Tratamientos en Menores. Madrid S.XXI.