

# Derecho al Tiempo

FUNDAMENTOS Y PROPUESTA PARA LA IMPRESCRIPTIBILIDAD DE  
LA ACCIÓN PENAL RESPECTO A DELITOS DE AGRESIÓN SEXUAL  
CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES - 12 DE ABRIL DE 2018

[WWW.ABUSOSEXUALIMPRESIPTIBLE.CL](http://WWW.ABUSOSEXUALIMPRESIPTIBLE.CL)

© 2018 James Hamilton, Vinka Jackson, Josefina Mora y Pablo Becerra. Los autores autorizan la reproducción, distribución y comunicación pública de la obra siempre junto al nombre de sus autores. Se autoriza su adaptación para fines de procesos legislativos.

## Contenido

<b>I. Antecedentes Generales.....</b>	<b>4</b>
<b>I.I. Caracterización del problema. Consideraciones de política criminal. ....</b>	<b>4</b>
<b>I.II. La especificidad fisiológica, psicológica y social del trauma sexual infantil. El problema de la develación y pesquisa. Impunidad sistemática.....</b>	<b>5</b>
I.II.I. Efectos en el desarrollo cerebral, cognitivo y epigenética del abuso sexual infantil y adolescente. ....	5
I.II.II. Etapas psico-biológicas del abuso .....	7
I.II.III. El factor social en el ASI: consideraciones de salud pública. ....	9
I.II.IV. Psicología del trauma: suicidalidad y ASI.....	10
<b>I.III. Consecuencias para la posibilidad de pesquisa, develación y denuncia.....</b>	<b>12</b>
<b>I.IV. Bibliografía relevante: insumos para el debate.....</b>	<b>13</b>
<b>II. La necesidad de Reforma.....</b>	<b>20</b>
<b>II.I. La agresión sexual infantil frente al sistema de justicia.....</b>	<b>20</b>
<b>II.II. Imprescriptibilidad y debido proceso: Algunas dudas de la comunidad jurídica .....</b>	<b>22</b>
<b>II.III. Antecedentes de derecho comparado. ....</b>	<b>24</b>
<b>III. Contenido general de la Propuesta.....</b>	<b>25</b>
<b>IV. Propuesta.....</b>	<b>26</b>

# Abuso sexual imprescriptible - 2018

---

## Resumen

El presente documento ofrece resumidamente la evidencia médica y psicológica disponible en algunas de las mejores revistas científicas a nivel mundial, que da cuenta de las secuelas provocadas por el estrés traumático derivado de la agresión sexual infantil. Estas secuelas, según se explica, gatillan procesos físicos y mentales que, en definitiva, inhiben la elaboración de un relato acerca de la agresión experimentada, impidiendo, de ese modo, que la víctima pueda acceder al sistema de justicia dentro de los márgenes temporales hoy vigentes para el ejercicio de la acción penal, o siquiera develar la agresión sufrida a adultos protectores. Unido a lo anterior, las circunstancias de carácter social que habitualmente rodean a este tipo de delitos, sea dentro de núcleos familiares o en comunidades educativas o religiosas con gran ascendencia sobre sus miembros, contribuyen al problema de la develación oportuna. Se sugiere, asimismo, que todas estas secuelas deben ser vistas como un problema de salud pública.

La cuestión de las secuelas físicas y mentales comentadas, específica a los delitos de agresión sexual infantil, justifica la revisión crítica y modificación de determinados estatutos legales vigentes, de manera que tales delitos reciban un tratamiento diferenciado en cuanto a los márgenes temporales para acceder al sistema de justicia. Dicho tratamiento especial, que aborda las reglas de prescripción extintiva de la acción penal, no precluye las garantías de un debido proceso cuando éste sea iniciado, ni prejuzga o aborda el problema de la adecuación de la (eventual) pena para el culpable de los delitos, lo cual convoca a un debate distinto.

## I. ANTECEDENTES GENERALES.

### I.I. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA. CONSIDERACIONES DE POLÍTICA CRIMINAL.

Tenemos el honor de someter a vuestra consideración una propuesta sobre derecho al tiempo e imprescriptibilidad de la acción penal para los delitos sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes que se indican, y que modifica el Código Penal en las materias que señala.

Desde hace varios años, y más recientemente en octubre de 2015, el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas viene explicitando la necesidad de que el Estado de Chile avance hacia mejores estándares de protección de los niños, niñas y adolescentes, en una pluralidad de materias. En particular, el Comité recomienda hace años al Estado de Chile establecer la imprescriptibilidad de delitos de abuso sexual infantil contra menores de edad (Informe 2015, párrafo 47, p. 11).

En Chile, el ex Fiscal Nacional Sabas Chahuán ya en su cuenta pública de 2013 señalaba que existían 24.000 denuncias anuales por delitos sexuales, de las cuales 81% (19.440) de las víctimas eran mujeres. De ese porcentaje de mujeres víctimas de delitos sexuales, 32% (6.208) correspondía a víctimas de violación (Fiscalía de Chile, 2013). Por otra parte, el 66% de las mujeres embarazadas producto de una violación son menores de 18 años, mientras que 12% tiene menos de 14 años y el 7%, menos de 12 años. Las embarazadas por violación son principalmente niñas vulnerables, violadas por familiares o conocidos. El 90% de los violadores en estos casos son familiares o conocidos, y en el 44% de los casos son violaciones repetidas (Andrea Huneus, *Epidemiología del Embarazo por Violación*, 2016).

Es importante constatar, de ese modo, que las agresiones sexuales contra niños se dan en forma importante en contextos intrafamiliares, frecuentemente en forma crónica, por parte de un familiar directo o un conocido con ascendencia e influencia sobre el niño o niña. Ahora bien, es necesario recordar que esas 24.000 denuncias anuales son, precisamente, los casos que fueron denunciados, existiendo un número importante de casos que nunca son denunciados. De hecho, se ha estimado que, de cada siete víctimas de ASI, seis no denunciarán (Carabineros de Chile, *Propuesta de estrategias en el control y la prevención para el delito de abuso sexual en niños, niñas menores de 14 años*, 2012).

Caracterizado así el fenómeno, su magnitud e incidencia en el país, cabe enseguida notar que **el punto distintivo en esta categoría de delitos cometidos contra niños y niñas -en relación a otros delitos contra niños- radica en que la posibilidad de real acceso a la justicia, que precisa de un relato, se ve impedida por circunstancias fisiológicas, psicológicas y sociales que el niño**

**víctima del trauma sexual no está en posición de superar**, que el adulto que fue víctima sólo ocasionalmente puede superar en plazos que exceden los puramente legales hoy existentes, y los adultos-garantes sólo marginalmente están en condiciones de conocer y denunciar. De ese modo, las graves consecuencias biológicas y psicológicas que genera el trauma sexual sostenido y el shock postraumático consecutivo a una agresión sexual en la infancia suelen condicionar la posibilidad de que las instancias competentes tomen conocimiento del hecho dentro de los plazos de prescripción extintiva de la acción penal hoy vigentes, y esa legislación hoy vigente fue adoptada pretiriendo la realidad médico-forense del trauma sexual prolongado en la infancia.

Una política criminal razonable y fundada debe tomar en consideración la evidencia científica disponible a partir de un conjunto de especialidades relevantes, para la formulación de una valoración política de las respuestas apropiadas ante las particularidades de esta tipología de delitos. La política criminal consiste precisamente en “enjuiciar críticamente el derecho penal en vigor y realizar su reforma o modificación de acuerdo con los datos proporcionados por la ciencia sobre la forma y recursos más adecuados para combatir el delito” (Enrique Cury Urzua, *Derecho Penal. Parte General*, p. 124), orientando la evolución de la legislación penal (Jesús María Silva Sánchez, *Aproximación al Derecho Penal Contemporáneo*, p. 71). A continuación, se intenta resumir las consideraciones médicas, psicológicas y sociales que hacen del ASI una categoría especial de delitos, en una forma tal que demanda una respuesta diferenciada en lo que atañe específicamente a los tiempos para el acceso a justicia.

## I.II. LA ESPECIFICIDAD FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL DEL TRAUMA SEXUAL INFANTIL. EL PROBLEMA DE LA DEVELACIÓN Y PESQUISA. IMPUNIDAD SISTEMÁTICA.

### I.II.I. Efectos en el desarrollo cerebral, cognitivo y epigenética del abuso sexual infantil y adolescente.

El abuso sexual infantil y adolescente, el peor de los eventos adversos de infancia (ACE, *adverse childhood experience*), se asocia a uno de los más graves cuadros de estrés post traumático crónico no sólo por el impacto psíquico que provoca sino por la edad cerebral de los afectados. Durante el proceso de infancia y, en particular, de pre-adolescencia, se produce una “poda” neuronal propia del desarrollo neurológico normal de los seres humanos. Durante este proceso, cualquier noxa –daño, perjuicio- cerebral produce un desequilibrio en cómo se estructuran regiones claves del cerebro que regulan funciones cognitivas, sensoriales, hormonales y metabólicas.

Unas de las noxas demostradas más determinantes en este proceso se relaciona con el cortisol y la adrenalina, sustancias producidas de manera inmediata por la glándula suprarrenal en el fenómeno “*flight or fight*” –respuesta de huida o ataque, o más bien, de autodefensa- frente al peligro, causante de estrés. Cuando son liberadas de manera masiva a la circulación sanguínea, estas sustancias son demostradamente capaces de generar un aumento exponencial en la muerte (“poda”) neuronal, afectando áreas determinantes para la conducta humana como es la corteza prefrontal –responsable de la regulación de impulsos y que nos permite inhibir agresiones y violencia, deseo sexual y exposición al abuso de sustancias como a conductas inapropiadas frente a estímulos usualmente banales- disminuyendo de manera considerable su superficie y grosor como se demuestra en estudios de resonancia nuclear magnética.

Las otras áreas afectadas son el hipotálamo y sistema límbico que participan en el proceso de memoria así como en el de generar una percepción del espacio tiempo que permita a los seres humanos una estructuración de relato ordenado de los acontecimientos de su vida. Asimismo, las áreas señaladas regulan grupos neuronales claves en el proceso del ánimo y de las funciones metabólicas.

Se ha visto que, en el caso de las víctimas de abuso por sacerdotes y clérigos, este proceso de estructuración de relato ha promediado al menos 33 años hasta la denuncia de los hechos. Este dato, en el caso de agresores familiares directos como el padre o madre, no se ha podido recabar dada la falta de información y del hecho que sólo una de cada 7 víctimas de abuso denuncia. En el caso del abuso sexual infantil y adolescente de varones la cifra es aún más incierta, incluso UNICEF (Reporte mundial, In plain sight, 2014) no entrega cifras oficiales para los niños varones. Este fenómeno de silencio gélido no sólo tiene que ver con la vergüenza, el temor, la soledad y la culpa, sino también con que le impiden a la víctima identificarse como tal, pues el daño establecido en su desarrollo cerebral le ha quitado las herramientas cognitivas, intelectuales y emocionales que necesita para ubicarse en el tiempo-espacio y en el mundo social-familiar. Se sabe que el 36% de estos niños y niñas mantendrán una disfunción de la memoria de manera permanente en la adultez y no sólo de los eventos asociados al abuso, sino que para el resto de su propia historia (Feliti *et al*, ACE study, 1998).

Es de suma importancia hacer notar que este trauma de infancia y adolescencia tiene una memoria genética permanente a través de un proceso llamado epigenético, que no sólo altera los cromosomas de la persona durante su vida, sino que, además, en casos de traumas extremos, puede ser heredado a través del óvulo y el espermio. Se ha visto que hasta en tres generaciones de sobrevivientes de campos de concentración ha quedado una huella implacable: depresiones mayores y trastornos del ánimo cuyo origen es el trauma de sus abuelos, bisabuelos o tatarabuelos. En el caso del abuso sexual infantil y adolescente ya se ha podido determinar la ocurrencia de este mismo proceso epigenético, causando no sólo peor pronóstico en el embarazo de las mujeres con

historia de abuso sexual, sino que una mayor incidencia de enfermedades perinatales. Vale decir, hay un proceso hereditario en las hijas/os y nietas/os.

Ya sabemos que el círculo del abuso puede ser crónico y que un niño o niña abusada pudiese ya presentar cambios de tipo epigenético en su genoma, heredados de una madre, padre, abuela o abuelos abusados, y que lo podrían hacer aún más lábil y con menor capacidad de resiliencia frente a su propio abuso.

### **I.II.II. Etapas psico-biológicas del abuso**

Las etapas que la niña o el niño deben sobrepasar son aterradoras y su duración está determinada por las condiciones ambientales (todo lo que le rodea o le sucede) y por la gravedad del daño cerebral ocasionado. Son particularmente importantes los periodos y eventos que permiten la resiliencia de la víctima ya que si éstos no se producen, será muy difícil o imposible su recuperación, y por ende una eventual denuncia posterior (para poder llegar a ésta es necesario superar varios obstáculos previos). Los límites de estos períodos no son precisos y se sobreponen entre sí, pudiendo vivirse varios de sus eventos psíquicos, biológicos y médicos simultáneamente.

La primera etapa es la que comprende el período desde que el o los abusos se inician (en un gran número de casos son abusos múltiples, por un mismo agresor o por varios) y el momento en que éstos se suspenden, si eso llega a ocurrir. Quienes logran sobrevivir a ese período disruptivo y desgastante podrían desarrollar un proceso de recapitulación de eventos que, a su vez, se ve generalmente bloqueado por motivos psicológicos defensivos y biológicos asociados a la atrofia de sus áreas cerebrales hipotálamo-límbicas, atrofia que es producida por la permanente secreción de adrenalina y cortisol, lo cual se condice con un síndrome de estrés post traumático crónico. Los síntomas que esto produce consisten en una permanente marejada de angustia y ansiedad que impulsan al sobreviviente a intentar aliviar este estado mediante diversos recursos que pueden incluir la comida, el abuso de alcohol y drogas, entre otras cosas. Además, presentan trastornos graves del sueño donde existen pesadillas recurrentes y debilitantes. Estos niños y niñas tienen y tendrán 30% más obesidad severa que la población general. En esta etapa, predomina la confusión, dado que el abusador debía tener en general la función de prodigar amor y tener un rol protector, y también hay culpa por el sentimiento o creencia de haber “causado” el abuso ya que la víctima infantil no tiene los elementos cognitivos ni de madurez para procesar otra opción distinta de causa-consecuencia (y de sentirse “causante”, en alguna medida, de lo que está pasando).

Es así como durante un período de tiempo la víctima estará más expuesta tanto a nuevos procesos traumáticos, como a una gran dificultad para establecer



relaciones sociales y afectivas, junto al riesgo de desarrollar adicción a drogas (4600 veces mayor que población general, Feliti, Anda, *et al*), alcoholismo (160 veces más, ACE study), estado depresivo crónico (41%) y estado depresivo agudo (54%). Otro factor muy preocupante es el impacto en la sexualidad, la mayor cantidad de parejas que pueden tener las víctimas (y exposición a infecciones y enfermedades de transmisión sexual) y/o la mayor tasa de embarazo y parto adolescente lo que evidentemente será un drama psico-social para la nueva madre y su bebé.

La segunda etapa, cuando se logra producir, es aquella en que la víctima se puede reconocer como tal y deja de sentirse culpable por los hechos y por ende se vuelve a ver como ser humano digno y de valor. Descubre asimismo que el abusador es el real victimario y reordena los roles. Esto se logra gracias a un proceso de resiliencia y recuperación cerebral mediado por condiciones generalmente externas, determinadas por un ambiente amoroso que promueve la autoestima y el cese paulatino de sufrimiento que no se manifiesta como pena sino como angustia y ansiedad permanente. Esta mejoría requiere casi siempre de intervención calificada en trauma, estrés post traumático y abuso. En esta segunda etapa, serán determinantes los apoyos para recobrar la salud mental y física por parte de la víctima, considerando que daños epigenéticos y secundarios al estrés post traumático pueden ya estar establecidos. De ahí que sea indispensable una visión y abordaje médico multidisciplinario.

Cada una de estas etapas puede durar un tiempo indeterminado, pero muy necesario para poder vivir el principal de los procesos, cual es la develación del abuso a un prójimo que cumpla las condiciones de acoger y contener a la víctima.

La tercera etapa es la denuncia y, como podrá intuirse de cuanto se viene exponiendo, sólo pocos llegan a este punto del camino. Ya sabemos por los estudios australianos que en caso de abuso sexual eclesiástico esto puede demorar un promedio de 33 años, pero desconocemos el tiempo promedio que puede transcurrir en el caso de familiares directos como padre, madre, hermanos, tíos o abuelos (y hoy en día existen muchas personas ancianas aún sin develar). Sabemos también que hasta un tercio de los abusados podría no ser capaz de reorganizar su biografía (ni de articular/verbalizar un relato) llevándose a la tumba los hechos, circunstancias, preguntas y dolor generado por la imposibilidad de entender qué fue lo que le ocurrió. Pero los que sí logran recorrer el camino que los lleva de la confusión a una resignificación de su historia -y de los verdaderos roles que desempeñaron la víctima y el agresor-, hoy no contamos con sistemas judiciales que hayan incorporado este conocimiento fundamental de manera de respetar este tiempo imprecisable que hace al abusado sexualmente, un individuo con las condiciones psíquicas básicas para realizar una denuncia.

### **I.II.III. El factor social en el ASI: consideraciones de salud pública.**

En el año 1998, Vincent Feliti y Robert Anda lograron demostrar el impacto en la salud y sobrevivencia de los niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales, tras un estudio sobre ACE del *Center of Disease Control* (CDC) de Atlanta y del *Kaiser Permanente Institute for Health Policy*. Los resultados: la expectativa de vida de este grupo de niños y adolescentes es 10 años menor que la población general; y la incidencia de eventos como el suicidio aumenta hasta 200 veces. También se determinó un aumento considerable en la incidencia de obesidad, obesidad mórbida, diabetes, cáncer pulmonar, enfermedades reumatológicas, adicciones y otro grupo enorme de enfermedades con un significativo impacto en la calidad de vida y sobrevivencia de estas personas, y con el consecuente impacto en el gasto de salud de los gobiernos que no han enfrentado este fenómeno.

Otro de los hallazgos reveladores fue que el 67% de las 17.337 personas estudiadas relataba al menos un evento adverso significativo de infancia, y que uno de cada seis (17%) presentaba 4 o más tipos de eventos adversos. Sólo un tercio de los pacientes estudiados no refería eventos adversos en infancia. Niños que presentan 4 o más eventos adversos presentan un riesgo 4.600% mayor de consumir drogas que aquellos que no relataban y el riesgo de alcoholismo aumenta de 3 a 16%. Desde el punto de vista de los trastornos psíquicos que se presentan en el desarrollo de las víctimas se cuentan las alteraciones conductuales que derivan en actitudes autodestructivas, alteraciones del ánimo tipo depresión, síndromes ansiosos, trastornos alimentarios, síndrome de Asperger, trastornos de aprendizaje y síndrome de déficit atencional. Los niños sometidos a abuso sexual recurrente tienden a exponerse durante la adolescencia o adultez a situaciones de riesgo tanto para sí mismos como para los que los rodean. También pueden presentar una mayor frecuencia de conductas violentas –y mayor riesgo de cometer actos delictivos- todo facilitado por un menor desarrollo y función de la corteza prefrontal cuyo rol fundamental, como ya fue señalado, es el de la regulación e inhibición de impulsos.

Hoy, muchas madres y/o padres son testigos mudos de un fenómeno imposible de explicar para ellos, que es la transmisión a sus hijos y nietos de daños y alteraciones vinculadas a sus abusos sexuales. Esto es un proceso epigenético capaz -según la intensidad del trauma- de pasar al óvulo y los espermios, mutaciones adversas adquiridas por los progenitores en el proceso del abuso (Sheerin *et al*, *The genetics and epigenetics of PTSD: overview, recent advances, and future directions*, 2017). Es así como, no bastando con haber sido abusada(o)s años, mucha(o)s sobrevivientes observan en silencio como sus hijas e hijos, de modo semejante a ella(o)s, pero en entornos amorosos y protectores, reproducen trastornos del sueño, conductas de hiper alerta, temores “que no puedo explicar”, enfermedades del ánimo (depresión) y otras enfermedades orgánicas como la obesidad. La publicación creciente de diversos estudios que

informan sobre la relación del abuso sexual infantil vivido por las madres y trastornos de sus hijos, ha puesto de relieve lo doloroso que es que el abuso, además de los daños experimentados directamente, pueda extenderse hacia los hijos, justamente, a quienes más y mejor quieren cuidar las madres y los padres.

En suma, las consecuencias sobre la salud de la población afectada deben ser bien calibradas al valorar políticamente la necesidad de adoptar iniciativas que, desde todos los frentes, puedan enfrentar este particular fenómeno delictual contra la infancia. Del mismo modo, dichas consecuencias deben reconocerse como factores que inhiben la pesquisa y elaboración de relato oportuno (i.e. dentro de los plazos de prescripción extintiva actualmente vigentes). Por último, diagnosticar a tiempo e intentar prevenir las consecuencias sobre la descendencia, derivadas del abuso sexual experimentado por el ascendiente, es un serio problema de salud y de justicia intergeneracional.

#### **I.II.IV. Psicología del trauma: suicidalidad y ASI.**

A los problemas físicos y sociales, que obstan a la develación del trauma, se suman dificultades en la conciliación de la propia biografía y significación del evento traumático en sobrevivientes de ASI, frecuentemente cruzadas por sentimientos de fuerte culpa ante la perspectiva de que, por no haber podido hablar a tiempo, el agresor haya cobrado nuevas víctimas. Los procesos de reparación, o paliativos, son posibles, pero también pueden tener muy serias limitaciones, y para un número de víctimas, el “trauma intratable” es una realidad. El precedente más conocido y desolador es la reciente eutanasia, durante 2016 en Holanda, de una joven sobreviviente de abuso sexual infantil (entre los 5 y 15 años de edad). Su sufrimiento incesante e imposible de mitigar, junto a la conclusión médica de estrés post traumático “incurable” (y un doloroso conjunto de cuadros médicos asociados), fueron los argumentos principales para autorizar el suicidio asistido.

No es infrecuente que la idea de la muerte o del suicidio sea parte de las experiencias de sobrevivientes de abuso sexual infantil. El dolor excesivo e incesante es un factor asociado a ideaciones y/o intentos consumados y no, y aunque la prevalencia de la depresión es otra consecuencia del abuso sexual infantil, la idea de la muerte como paliativa del sufrimiento post traumático aparece también en sobrevivientes no necesariamente depresivos, ni deprimidos. Sólo el estrés tóxico experimentado como resultado del ASI –que fuerza a la hipervigilia, agitación continua, un estado de terror e indefensión ante un peligro inevitable en el confinamiento o dependencia inexorable del mundo adulto- consume energías al punto de que podría dejar exánimes a los adultos más sanos y robustos. En cuerpos y psiquis infantiles, con un desarrollo incompleto, la extenuación es mucho más profunda y peor frente a una realidad inenarrable e incomprensible.

Ese cansancio puede proyectarse hacia el resto de la vida, y la víctima que sobrevive y llega a la adultez todavía podrá vivir períodos, años, o la vida entera, expuesta a pesadillas, hiperalerta, evocaciones y crisis de angustia y de pánico que además de causar dolor, limitan e interrumpen desempeños vitales.

La “memoria” del abuso sexual, ocurrido en el cuerpo, es asimismo corporal. El registro mnémico no es algo etéreo, incorpóreo; es celular, fisiológico, afecta el funcionamiento del cuerpo completo. El acceso y elaboración cognitiva del trauma por cierto pueden ayudar, por cierto, pero en el estrés extremo, el campo semántico nos puede eludir y la experiencia corporal volverse abrumadora, desesperante, e intraducible. Frente a esto, el reconocimiento del daño causado junto al mensaje de reproche frente al abuso infligido –sin obstruir o privar del derecho a denuncia y acceso a justicia- constituye una faceta reparativa y un factor de protección, a los cuales el sistema de justicia no debiera renunciar. Por más resiliencia y sentido de agencia que tenga un ser humano niño o adulto, por más deseo de bienestar, cuidado, y reparación -valiéndose de apoyos como la terapia que, para un número de víctimas, puede tomar décadas-, es demasiado vivir expuesto a estos menoscabos heredados del trauma por abuso sexual. El robo o expropiación (y no es menos, partiendo por el cuerpo) de una cantidad de años y de potencialidades y de energía vital y salud –junto a una variedad de daños, y algunos irreversibles en estructura y funcionamiento cerebral de víctimas cuyo abuso comenzó en los primeros cinco años de vida y se dio de manera reiterada a lo largo de años- es no menos que descomunal.

En distintos reportes, los índices de ideación, intentos y suicidios consumados para sobrevivientes jóvenes y adultos de abuso sexual infantil se estiman en el rango de un 48-70% y es el mayor para víctimas de trauma por malos tratos en la niñez (y mayor será dicho % en sobrevivientes polivictimizados, es decir, abusados sexualmente y víctimas además de maltrato físico, psicológico, verbal, u otros). No es sólo la suicidalidad; el daño se expresa en otras secuelas destructivas como los trastornos alimenticios, adicciones, las heridas autoinfligidas, y otras formas de distanciamiento y abandono de la vitalidad, la vida, y de aquello que la favorece (versus aquello que la lesiona). El sólo tomar consciencia de los índices de suicidalidad relacionados con el ASI debería movilizar todo esfuerzo de prevención, reparación y justicia para sus sobrevivientes. El abuso sexual infantil se vuelve una urgencia mayor de salud pública, todavía más desesperada en un país que ya figura como uno de dos, únicos en la OCDE, donde el suicidio infantojuvenil aumenta en vez de disminuir, y donde el porcentaje de abusos sexuales bordea el 9%. Según datos de fiscalía, un niño, niña o adolescente es abusado sexualmente cada 33 minutos. Más de cincuenta niños cada día. ¿Cuántos de ellos ya habrán contemplado, así sea sólo una vez, por un segundo, que la muerte podría ser un posible alivio o escape a una realidad aterradora frente a la que no han sido protegidos? ¿Cuántos de ellos llegarán a adultos todavía sintiendo que sus vidas son dispensables? No es tan

lejana la sensación cuando mucho más importante es la defensa de un plazo jurídico que la respuesta ética de cuidado –y la justicia- para miles de seres humanos que vivieron un crimen horrible en etapas de la vida donde ni siquiera podían reconocerse como víctimas ni pedir auxilio.

### I.III. CONSECUENCIAS PARA LA POSIBILIDAD DE PESQUISA, DEVELACIÓN Y DENUNCIA.

**Conforme se viene explicando, factores fisiológicos, psicológicos y sociales confluyen para impedir una develación dentro de los estrechos plazos actualmente fijados para la acción penal en relación con estos delitos. Ello justifica un tratamiento diferenciado en relación con los tiempos para acceder al sistema de justicia.**

Es fundamental considerar que el influjo (cuando no dependencia) del agresor –un familiar o alguien muy cercano a la víctima- muchas veces se prolonga más allá de la mayoría de edad. A la dependencia económica y la vinculación afectiva con el agresor se suman a las secuelas físicas y psicológicas del trauma, ahondando en la dificultad de una develación oportuna. Los procesos terapéuticos de elaboración, verbalización y reparación del trauma en un contexto seguro y protegido –cuando dichos procesos están disponibles y asequibles para los sobrevivientes- pueden asimismo tardar varios años, y no siguen un patrón fijo para todas las personas. A mayor complejidad del ASI (intrafamiliar, crónico, inserto en una dinámica de polivictimización), la revelación es menos frecuente y de mayor latencia –mayor demora- entre el hecho y su revelación/detección (Arredondo *et al*, 2016, ver pp. 386-399). Cuanto más crónico e intenso el abuso, mayor es el sentimiento de indefensión y vulnerabilidad, afectando incluso el propio sentido de la eficacia en la revelación (San Martín, 2005).

Cabe mencionar, también, que los agresores sexuales son personas en general adaptadas socialmente, en el sentido que su conducta social arroja escasos indicios sobre su conducta sexual y potencial de daño. Existe un número de patologías que tienen asociada la transgresión de límites en la esfera sexual, pero ni siquiera es posible afirmar que todo agresor sexual pueda ser encuadrado dentro de alguna categoría de patología mental. No existe un “perfil” de agresor sexual. Los agresores sexuales circulan disimulados entre todos nosotros: son padres de familia, sacerdotes, médicos, jueces, maestros, personas funcionales y trabajadores comprometidos, hombres en su mayoría, pero también mujeres que son capaces de “volar bajo el radar”, incluso tratándose de pesquisas específicas en materia de delitos sexuales. Difícilmente nos enteramos de sus agresiones sexuales por ellos mismos –y sus esfuerzos de ocultamiento y/o silenciamiento, para no ser descubiertos, son indicadores de cuán conscientes son de los delitos que perpetran-, todo lo cual dificulta la pesquisa por parte de terceros de un delito

cometido contra niños y niñas que tampoco están en posición de dar cuenta de su agresión.

No obstante todo lo expuesto, hoy se abandona a los sobrevivientes de abusos sexuales en la infancia y adolescencia, a la precariedad en un conflicto que no decae con el tiempo, produciéndose, como consecuencia relacionada, la impunidad sistemática de agresores crónicos que van escogiendo una pluralidad de víctimas cercanas a lo largo del tiempo. De esta manera, se subvierten las consideraciones básicas de certeza y paz social que están a la raíz de la prescripción extintiva en general, y se desprotege a un sector particularmente vulnerable de la población (infancia, niñas, niños, en situación de dependencia inexorable general en relación al mundo adulto). Los estatutos de prescripción no contribuyen a paz alguna cuando habilitan la impunidad de crímenes contra niños y niñas que, por su desarrollo, no tenían realmente cómo comprender que aquello que se les infligía era un delito, ni menos tuvieron la posibilidad de denunciarlo efectivamente, por precisa consideración de las secuelas traumáticas de la agresión sexual sostenida en el tiempo.

#### I.IV. BIBLIOGRAFÍA RELEVANTE: INSUMOS PARA EL DEBATE.

Una política criminal y un proceso legislativo informados y coherentes deben servirse de la evidencia científica disponible, para cuyo efecto ponemos a disposición algunas de las referencias relevantes sobre trauma infantil en general, y sobre abuso sexual en particular, que han orientado las consideraciones precedentes, junto a la propuesta que sigue a continuación.

1.-Anda, R. F., et al. (2008). "Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients." BMC Public Health **8**: 198.

2.-Anda, R. F., et al. (2006). "The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **256**(3): 174-186.

3.-Brezo, J., et al. (2010). "Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene-environment study." Mol Psychiatry **15**(8): 831-843.

4.-Brown, D. W., et al. (2010). "Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study." BMC Public Health **10**: 20.

5.-Brown, D. W., et al. (2009). "Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality." Am J Prev Med **37**(5): 389-396.

6.-Chapman, D. P., et al. (2004). "Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood." J Affect Disord **82**(2): 217-225.

- 7.- Clancy, Susan: "*The Trauma myth (sexual abuse of children and its aftermath)*", Basic Books, 2009.
- 8.- Cobley, C. (2006). "The Quest for Truth: Substantiating Allegations of Physical Abuse in Criminal Prosecutions and Care Proceedings." International Journal of Law, Policy and the Family **20**(3): 317-343.
- 9.-Corwin, D. L. and V. Vieth (2017). "Resources to Advance ACEs Knowledge and Paradigm Shift." Journal of Child & Adolescent Trauma **10**(3): 299-300.
- 10.-Cummings, M. and S. J. Berkowitz (2014). "Evaluation and treatment of childhood physical abuse and neglect: a review." Curr Psychiatry Rep **16**(1): 429.
- 11.-Dahlgren, M. K., et al. (2017). "Diminished medial prefrontal cortex activation during the recollection of stressful events is an acquired characteristic of PTSD." Psychol Med: 1-13.
- 12.-De Quervain, D. J., et al. (2012). "PKCalpha is genetically linked to memory capacity in healthy subjects and to risk for posttraumatic stress disorder in genocide survivors." Proc Natl Acad Sci U S A **109**(22): 8746-8751.
- 13.-Debiec, J. and R. M. Sullivan (2014). "Intergenerational transmission of emotional trauma through amygdala-dependent mother-to-infant transfer of specific fear." Proc Natl Acad Sci U S A **111**(33): 12222-12227.
- 14.-Dube, S. R., et al. (2005). "Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim." Am J Prev Med **28**(5): 430-438.
- 15.-Dube, S. R., et al. (2003). "The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900." Preventive Medicine **37**(3): 268-277.
- 16.-Felitti, V. J. "THE LIFELONG EFFECTS OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES."
- 17.-Felitti, V. J. "Obesity: Problem, Solution, or Both?" CME.
- 18.-Felitti, V. J. "The Origins of Addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experiences Study."
- 19.-Felitti, V. J. "The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead."
- 20.-Felitti, V. J. (2017). "Future Applications of the Adverse Childhood Experiences Research." Journal of Child & Adolescent Trauma **10**(3): 205-206.
- 21.-Felitti, V. J., et al. (1998). "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." Am J Prev Med **14**(4): 245-258.

- 22.-Felitti, V. J., et al. (1998). "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." Am J Prev Med **14**(4): 245-258.
- 23.-Gray, J. D., et al. (2017). "Genomic and epigenomic mechanisms of glucocorticoids in the brain." Nat Rev Endocrinol **13**(11): 661-673.
- 24.-Joseph, A., et al. (2013). "Temporal association of elevated cholecystokinergic tone and adolescent trauma is critical for posttraumatic stress disorder-like behavior in adult mice." Proc Natl Acad Sci U S A **110**(16): 6589-6594.
- 25.-Katz, S. "THE PEDAGOGY OF TRAUMA-INFORMED LAWYERING."
- 26.-Kim-Cohen, J., et al. (2006). "MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis." Mol Psychiatry **11**(10): 903-913.
- 27.-Kline, A. C., et al. (2017). "Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials." Clin Psychol Rev.
- 28.-Lodhia, N. A., et al. (2015). "Do adverse childhood experiences affect surgical weight loss outcomes?" J Gastrointest Surg **19**(6): 993-998.
- 29.-Lui, S., et al. (2009). "High-field MRI reveals an acute impact on brain function in survivors of the magnitude 8.0 earthquake in China." Proc Natl Acad Sci U S A **106**(36): 15412-15417.
- 30.-Madigan, S., et al. (2017). "Maternal Adverse Childhood Experience and Infant Health: Biomedical and Psychosocial Risks as Intermediary Mechanisms." J Pediatr **187**: 282-289 e281.
- 31.-Mehta, D., et al. (2013). "Childhood maltreatment is associated with distinct genomic and epigenetic profiles in posttraumatic stress disorder." Proc Natl Acad Sci U S A **110**(20): 8302-8307.
- 32.-Montalvo-Ortiz, J. L., et al. (2016). "RDoC and translational perspectives on the genetics of trauma-related psychiatric disorders." Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet **171B**(1): 81-91.
- 33.-Murphy, K., et al. (2017). "Trauma-informed child welfare systems and children's well-being: A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative." Children and Youth Services Review **75**: 23-34.
- 34.-Nijdam, M. J., et al. (2017). "Turning wounds into wisdom: Posttraumatic growth over the course of two types of trauma-focused psychotherapy in patients with PTSD." J Affect Disord **227**: 424-431.



- 35.-Olson-Dorff, D. (2017). "Application of Adverse Childhood Experiences Research into Health Care at Gundersen Health System: Addressing the Social Determinants of Health." Journal of Child & Adolescent Trauma **10**(3): 257-260.
- 36.-Ortiz, M. "How stress gets under the skin."
- 37.-Pitman, R. K., et al. (2012). "Biological studies of post-traumatic stress disorder." Nat Rev Neurosci **13**(11): 769-787.
- 38.-Pournaghash-Tehrani, S. and Z. Feizabadi (2009). "Predictability of Physical and Psychological Violence by Early Adverse Childhood Experiences." Journal of Family Violence **24**(6): 417-422.
- 39.-Quinn, M., et al. (2017). "Methods for understanding childhood trauma: modifying the adverse childhood experiences international questionnaire for cultural competency." Int J Public Health.
- 40.-Read, J. and R. Mayne (2017). "Understanding the Long-Term Effects of Childhood Adversities: beyond Diagnosis and Abuse." Journal of Child & Adolescent Trauma **10**(3): 289-297.
- 41.-Schwartz, D., et al. (2017). "Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." Psychother Res: 1-17.
- 42.-Sriram, K., et al. (2012). "Modeling cortisol dynamics in the neuro-endocrine axis distinguishes normal, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD) in humans." PLoS Comput Biol **8**(2): e1002379.
- 43.-Suderman, M. "Childhood abuse is associated with methylation of multiple loci in adult DNA." BMC mmedical genomics.
- 44.-Teicher, M. H., et al. (2012). "Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum." Proc Natl Acad Sci U S A **109**(9): E563-572.
- 45.-Uddin, M., et al. (2010). "Epigenetic and immune function profiles associated with posttraumatic stress disorder." Proc Natl Acad Sci U S A **107**(20): 9470-9475.
- 46.-Usta, M. B., et al. (2017). "Basal blood DHEA-S/cortisol levels predicts EMDR treatment response in adolescents with PTSD." Nord J Psychiatry: 1-9.
- 47.-Wang, Z., et al. (2017). "Posttraumatic Stress Disorder: An Immunological Disorder?" Front Psychiatry **8**: 222.
- 48.-Weder, N., et al. (2014). "Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **53**(4): 417-424 e415.

- 49.-Xie, P., et al. (2018). "Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China." Journal of Affective Disorders **228**: 41-48.
- 50.-Yamasue, H. "Voxel-based analysis of MRI reveals anterior cingulate gray-matter volume reduction in posttraumatic stress disorder due to terrorism." PNAS.
- 51.-Ziegler, C., et al. (2017). "Monoamine oxidase A gene methylation and its role in Posttraumatic Stress Disorder - First evidence from the South Eastern Europe (SEE)-PTSD study." Int J Neuropsychopharmacol.
- 52.-Afifi, T. O., et al. (2010). "The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a review of twin studies." Clin Psychol Rev **30**(1): 101-112.
- 53.-Daskalakis, N. P., et al. (2018). "Noncoding RNAs: Stress, Glucocorticoids and PTSD." Biological Psychiatry.
- 54.-Kaplanis, J., et al. (2018). "Quantitative analysis of population-scale family trees with millions of relatives." Science.
- 55.-Pigoni, A., et al. (2017). "The role of genes and environment on brain alterations in Major Depressive Disorder: A review of twin studies." J Affect Disord.
- 56.-Sheerin, C. M., et al. (2017). "The genetics and epigenetics of PTSD: overview, recent advances, and future directions." Current Opinion in Psychology **14**: 5-11.
- 57.-Voracek, M. and L. M. Loibl (2007). "Genetics of suicide: a systematic review of twin studies." Wien Klin Wochenschr **119**(15-16): 463-475.
- 58.-Afifi, T. O., et al. (2010). "The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a review of twin studies." Clin Psychol Rev **30**(1): 101-112.
- 59.-Banerjee, S. B., et al. (2017). "Genetic approaches for the study of PTSD: Advances and challenges." Neurosci Lett **649**: 139-146.
- 60.-Bethell, C. D., et al. (2017). "Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice." Acad Pediatr **17**(7S): S51-S69.
- 61.-Biglan, A., et al. (2017). "Evolving a More Nurturing Society to Prevent Adverse Childhood Experiences." Acad Pediatr **17**(7S): S150-S157.
- 62.-Daskalakis, N. P., et al. (2018). "Noncoding RNAs: Stress, Glucocorticoids and PTSD." Biological Psychiatry.
- 63.-Dominguez, S. K. (2017). "Errors in the 2017 APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD: What the Data Actually Says." frontiers in Psychology.

- 64.-Ellenbroek, B. A. a. and J. U. a. Youn Gene-environment interactions in psychiatry: nature, nurture, neuroscience.
- 65.-Franklin, C. L., et al. (2018). "27 ways to meet PTSD: Using the PTSD-checklist for DSM-5 to examine PTSD core criteria." Psychiatry Res **261**: 504-507.
- 66.-Harned, M. S., et al. (2018). "Improving functional outcomes in women with borderline personality disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions." Behav. Res. Ther. **103**: 53-61.
- 67.-Hoover, D. W. and J. Kaufman (2017). "Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder." Curr. Opin. Psychiatry.
- 68.-Hudziak, J. (2018). "ACEs and Pregnancy -- Time to Support All Expectant Mothers."
- 69.-Kajeepeta, S., et al. (2015). "Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review." Sleep Med **16**(3): 320-330.
- 70.-Kimura, S. and A. Miyazaki Physical and emotional abuse : triggers, short and long-term consequences and prevention methods.
- 71.-Korotana, L. M., et al. (2016). "A review of primary care interventions to improve health outcomes in adult survivors of adverse childhood experiences." Clin Psychol Rev **46**: 59-90.
- 72.-Kremen, W. S., et al. (2012). "Twin studies of posttraumatic stress disorder: differentiating vulnerability factors from sequelae." Neuropharmacology **62**(2): 647-653.
- 73.-Logue, M. W., et al. (2017). "Smaller Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder: A Multisite ENIGMA-PGC Study: Subcortical Volumetry Results From Posttraumatic Stress Disorder Consortia." Biol Psychiatry.
- 74.-Luftman, K., et al. (2017). "PTSD in those who care for the injured." Injury **48**(2): 293-296.
- 75.-Milchman, M. S. (2016). "Forensic implications of changes in DSM-5 criteria for responses to trauma and stress." Int J Law Psychiatry **49**(Pt B): 163-182.
- 76.-Morey, R. A., et al. (2017). "Genome-wide association study of subcortical brain volume in PTSD cases and trauma-exposed controls." Transl Psychiatry **7**(11): 1265.
- 77.-Müller, M., et al. (2017). "Predictors of remission from PTSD symptoms after sexual and non-sexual trauma in the community: A mediated survival-analytic approach." Psychiatry Res **260**: 262-271.
- 78.-Prock, L. A. e. The societal burden of child abuse : long-term mental health and behavioral consequences.

- 79.-Seng, J. S., et al. (2017). "Gestational and Postnatal Cortisol Profiles of Women With Posttraumatic Stress Disorder and the Dissociative Subtype." J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.
- 80.-Sessa, B. (2017). "MDMA and PTSD treatment: "PTSD: From novel pathophysiology to innovative therapeutics"." Neurosci Lett **649**: 176-180.
- 81.-Sheerin, C. M., et al. (2017). "The genetics and epigenetics of PTSD: overview, recent advances, and future directions." Current Opinion in Psychology **14**: 5-11.
- 82.-Sher, L. and A. Vilens (2010). Neurobiology of post-traumatic stress disorder. Hauppauge, N.Y., Nova Science Publishers.
- 83.-Srivastav, A., et al. (2017). "Addressing Adverse Childhood Experiences Through the Affordable Care Act: Promising Advances and Missed Opportunities." Acad Pediatr **17**(7S): S136-S143.
- 84.- Stupiggia, Mauricio: "El cuerpo violado: aproximación psicocorporal al trauma del abuso", Cuarto Propio (trad. del italiano), 2010.
- 85.- Theodore, L. A. e. Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents.
- 86.-Tsur, N., et al. (2018). "The traumatized body: Long-term PTSD and its implications for the orientation towards bodily signals." Psychiatry Res **261**: 281-289.
- 87.-Vega-Arce, M. and G. Nunez-Ulloa (2017). "[Screening of adverse childhood experiences in preschoolers: scoping review]." Bol Med Hosp Infant Mex **74**(6): 385-396.
- 88.-Walsh, E., et al. (2017). "The Importance of Assessing for Childhood Abuse and Lifetime PTSD in Bariatric Surgery Candidates." J Clin Psychol Med Settings **24**(3-4): 341-354.
- 89.-Young, G. (2016). "PTSD in Court I: Introducing PTSD for Court." Int J Law Psychiatry **49**(Pt B): 238-258.
- 90.-Young, G. (2017). "PTSD in Court II: Risk factors, endophenotypes, and biological underpinnings in PTSD." Int J Law Psychiatry **51**: 1-21.
- 91.-Young, G. (2017). "PTSD in Court III: Malingering, assessment, and the law." Int J Law Psychiatry **52**: 81-102.
- 92.- Van der Kolk, B. "*The Body Keeps the score: Brain, Mind and Body in the healing of trauma*", Viking, Penguin Group, 2014.
- 93.- Ziegler, David, "*Traumatic Experience and the brain*". Acacia Publishing, 2011.

## II. LA NECESIDAD DE REFORMA

### II.I. LA AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL FRENTE AL SISTEMA DE JUSTICIA.

En Chile, al acto de denuncia de delitos sexuales contra menores de edad muchas veces se le opone una barrera infranqueable: transcurrido el tiempo prefijado en la ley, contado desde que la víctima alcanza la mayoría de edad (según el tipo de delito sexual y edad de la víctima al momento de los hechos), la institucionalidad extingue el derecho a provocar la actividad del sistema de justicia para que se averigüe la verdad, se repare el daño causado y, en su caso, se castigue a los culpables de estos delitos. Para hacerlo, el legislador ha presumido que, alcanzada la mayoría de edad, el ofendido automáticamente cuenta con las herramientas suficientes para desvincularse de las presiones o amenazas de las que pudo haber sido objeto y así denunciar el delito, por lo que con la mayoría de edad inicia el plazo de prescripción extintiva de la acción penal (Carlos Cabezas, *Prescripción de los delitos contra la indemnidad y libertad sexual de los menores de edad: problemas aplicativos del artículo 369 quater del Código penal*, 2013). Ante dicho presupuesto legislativo, la evidencia médica y psicológica se alza de contrario, demostrando que las condiciones para poder elaborar un relato, verbalizar el trauma y enfrentar en forma al sistema de justicia se verifican con mucha posterioridad a los plazos de prescripción actualmente fijados en la ley chilena, impidiendo de ese modo, como barrera estructural para las víctimas, el debido acceso a justicia, incluyendo su faceta reparativa y perpetuando la impunidad sistemática de miles de agresores sexuales infantiles cada año (24.000 denuncias anuales, y sólo uno de cada siete casos se denuncian).

**Si la acción penal puede comenzar recién con el relato y denuncia, y ése relato y denuncia en la inmensa mayoría de los casos sólo es posible tras un proceso terapéutico y elaboración del trauma experimentado en la infancia; y si ese proceso es valioso para la víctima, para la justicia y el cuidado de la sociedad toda, es justo procurar las condiciones para que las víctimas puedan completar los procesos necesarios para poder denunciar y activar el sistema de justicia, y que los eventuales culpables sean llamados a responder de sus acciones bajo un debido proceso.** El legislador ya dio un paso en tal sentido cuando modificó los plazos de prescripción en estos delitos para iniciar su conteo a partir de la mayoría de edad (y no desde la ocurrencia del hecho, como es la regla general); pero ese primer paso resulta largamente insuficiente, considerando que a los 28 años (o 23 años en varios delitos sexuales, cuyo plazo de prescripción no es de 10 sino de 5 años) las víctimas están escasamente preparadas o en posición siquiera para hablar.

Ello justifica un tratamiento legislativo acorde. La prescripción penal en general sirve fines de certeza jurídica, vedando al Estado la posibilidad de persecución

penal indeterminada en el tiempo. Pero cuando la prescripción habilita la impunidad en forma sistemática en detrimento de sectores completos especialmente vulnerables de la población, ella deviene profundamente injusta, y es para esos casos que el derecho internacional exige la imprescriptibilidad, tal como nos lo ha recordado reiteradamente el Comité de Derechos del Niño de la ONU. Una ley que reconozca el derecho de estas víctimas a denunciar en el tiempo personal que el trauma permite, que no es el del calendario y el plazo fatal, es una deuda de justicia.

La idea de no aplicar las consecuencias de un plazo de prescripción extintiva o de caducidad de derechos a quien objetivamente no estuvo en condiciones de ejercer sus derechos dentro de plazo no es ajena al ordenamiento jurídico chileno actual, y recibe aplicación en un amplio espectro de materias. Desde luego, dicha idea informa las soluciones demandadas desde el derecho internacional para el tratamiento de delitos de lesa humanidad: ellos pueden ser juzgados sin aplicación de plazos de prescripción extintiva de derecho interno no (sólo) porque se trate de delitos gravísimos, sino -especialmente- porque no existían las condiciones de acceso a justicia a la época de su comisión, atendido que era el propio Estado el que atentaba contra los derechos fundamentales de sus ciudadanos. En otro ámbito, la contabilización de los plazos de prescripción a partir no de un *dies a quo* fijo, sino desde la manifestación evidente del daño, es un criterio que jurisprudencial y legislativamente está reconocido para diversas materias, tanto en el derecho civil, como en el derecho administrativo y en acciones constitucionales (i.e. recurso de protección). Subyace a este criterio una idea compartida: que no es razonable que se haga valer un plazo de prescripción extintiva en contra de quien no estuvo objetivamente en condiciones de ejercer sus derechos. Sea porque el sistema político estaba en crisis, sea porque el titular de derechos no ha tenido cómo estar en las condiciones mínimas para ejercer debidamente sus derechos, el derecho chileno reconoce de múltiples formas la circunstancia de no estar el titular de derechos en condiciones de ejercer los mismos, flexibilizando el *dies a quo* de la prescripción extintiva en forma tal, que lo remueve del todo (crímenes de lesa humanidad) o lo sujeta a que el titular esté en debidas condiciones para ejercer sus derechos (v.gr. recurso de protección y “manifestación evidente del daño”).

Esta idea, que se sintetiza por la comunidad jurídica con la frase “al impedido no le corre plazo”, se propone como una que debe orientar, también, el tratamiento de los delitos de agresión sexual contra niños, niñas y adolescentes. Las consecuencias fisiológicas, mentales y sociales del trauma sexual sostenido en la infancia configuran impedimentos físicos y morales insuperables para el niño-víctima y posterior sobreviviente dentro de los marcos temporales hoy vigentes.

## II.II. IMPRESCRIPTIBILIDAD Y DEBIDO PROCESO: ALGUNAS DUDAS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA

Existen algunas dudas comunes en relación a un proyecto como el que aquí se discute, que conviene mencionar ahora para una mejor y más completa discusión de los alcances de un proyecto de esta naturaleza, y la debida ponderación de las diversas aristas que, desde el punto de vista jurídico, atañen a este proyecto.

En la comunidad jurídica, la primera duda dice relación con la idea de que el tiempo juega contra la posibilidad de realizar una investigación seria y respetuosa de las garantías del imputado, pues la calidad y credibilidad del relato y otras pruebas decaería con el tiempo. Al respecto, primero debe recordarse que la suficiencia y pertinencia de la evidencia que pueda recabarse en casos de abuso sexual infantil, es una cuestión a ser determinada por los jueces en el marco del proceso, bajo control jurisdiccional y caso a caso, y no una consideración que *ex ante* justifique la mantención de una barrera temporal absoluta para la posibilidad de averiguación de la verdad a todo evento y en todo posible caso. Además, reglas de condena en costas y el altísimo costo que implica para una persona activar el sistema penal en estas materias y exponerse a su escrutinio, juegan como desincentivos estructurales a denuncias sin evidencia. El estándar probatorio sigue exigiendo convicción “más allá de toda duda razonable” (artículo 340 del Código Procesal Penal) y las dificultades probatorias en todo caso pesan sobre la víctima, no el agresor.

Una segunda duda habitual apunta a la falibilidad judicial: la posibilidad de condenas de inocentes justifica mantener una postura restrictiva en materia de prescripción extintiva de la acción penal. Esta objeción se acompaña de una suposición relacionada: a mayor tiempo, mayor falibilidad judicial. Sobre este particular, cabe referir que el riesgo de condenas de inocentes debe ser una preocupación central de todo sistema penal razonable. Sin embargo, con la misma razonabilidad, las causas del error judicial que conducen a condenas de inocentes deben ser bien identificadas y, de hecho, han sido bien descritas en la literatura (e.g. Ignacio Castillo Val, “*Enjuiciando al proceso penal chileno desde el inocentrismo (algunos apuntes sobre la necesidad de tomarse en serio a los inocentes)*”, 2013): una mala actividad policial, que produce defectuosos reconocimientos oculares de imputados por parte de testigos y víctimas, unidos a defensas y jueces más bien pasivos en su labor de escrutinio de la evidencia, están al centro del problema de condenas de inocentes. De este modo, no existe evidencia que apunte al tiempo, per se, como factor de error judicial, como sí la hay para una defectuosa o negligente actividad investigativa policial y de escrutinio de la evidencia producida. Por tanto, el problema de condenas de inocentes, transversal al sistema penal, pasa de modo central por mejorar la calidad y preparación de las entidades investigadoras y de los abogados que intervienen en

los procesos, y no por la fijación de un plazo determinado pasado el cual se renuncia a toda posibilidad de justicia en casos como la agresión sexual infantil, cuya tipología, naturaleza y consecuencias lesivas la apartan de los demás delitos comunes, en la forma en que ha sido previamente expuesto *supra*.

Una tercera duda que usualmente aparece apunta a que el problema del abuso sexual, en definitiva, no se solucionaría mediante esta iniciativa, revelándose nada más que como una reacción penal de “emergencia” o “populismo penal”, siendo preferente optar por otras vías de solución (vías alternativas que no suelen explicitarse por sus proponentes). Sobre este punto, es necesario enfatizar que el proyecto no prejuzga sobre los fines de la pena. Tampoco busca “solucionar” por sí mismo el problema del abuso sexual, ni podría pretender tal cosa. **Sus fines son bastante más modestos: abrir una ventana de oportunidad para la actuación de la justicia, que hoy está vedada.** Esta es tan solo una de varias medidas, de diversa naturaleza, que deben alinearse correctamente hacia mejores estándares de protección de la infancia. Y mal podría considerarse una respuesta penal “de emergencia” ante casos puntuales de impacto mediático: baste recordar el nutrido debate que se ha prolongado por años ya respecto a la materia, los primeros cambios legislativos ya implementados al respecto, las desoladoras estadísticas sobre violencia sexual que venimos arrastrando por largo tiempo y las reiteradas alertas desde organismos internacionales sobre la necesidad de legislar. Y cabe reiterar que el proyecto no se inmiscuye en la entidad de las sanciones, sino en posibilitar el funcionamiento del sistema de justicia respecto de casos en que hoy se renuncia a su operatoria.

**La pregunta a contestar respecto al proyecto de ley en revisión es, por ello, mucho más acotada: ¿resulta necesario levantar la barrera de la prescripción extintiva para esta categoría de delitos, o la situación actual es el mejor escenario posible sobre la materia? Si la respuesta fuese la segunda, habrá que tener presente a costa de qué y quiénes estamos mejor hoy.** Y es que el abuso sexual infantil es una realidad extendida, amparada por la invisibilidad hecha inexistencia. Hacer frente a lo que hasta ahora no es visible **demanda tomarse en serio cada una de las aproximadamente 20.000 denuncias anuales por agresiones sexuales contra niños, niñas y adolescentes en Chile y su abismante corolario: existe un número correlativo de abusadores, en su gran mayoría impunes.** Esta realidad nos daña a todos. La paz social se sostiene sobre verdad, justicia y la certeza de que las instituciones responderán ante el orden quebrantado, y si no es así, entonces es nuestro deber como país, el repensar nuestras instituciones para casos tan sensibles y de impunidad tan extendida como los delitos de agresión sexual infantil.



### II.III. ANTECEDENTES DE DERECHO COMPARADO.

Existe un número de países que ya han adoptado legislación especial en relación con la prescripción de la acción penal derivada de delitos de agresión sexual infantil cometidos contra niños, niñas y adolescentes. Nada más que a modo de breve resumen, se mencionan aquí algunas de las principales experiencias al respecto.

En términos generales, puede afirmarse que las reformas en este sentido han adoptado dos enfoques: **1)** la imprescriptibilidad total de las acciones civiles y/o penales para perseguir tales delitos, adoptada, v.gr., por las legislaturas (centrales o locales) de países como Canadá (Ontario), Suiza, México (Oaxaca) y Estados Unidos de América (EE.UU.); y **2)** la suspensión del plazo de prescripción o la extensión sustancial del mismo, en relación al plazo general, cuando la víctima del delito (y posterior demandante) cae dentro de alguna de las excepciones legales establecidas. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, *“Imprescriptibilidad de acciones civiles y/o penales por delitos sexuales contra menores de edad en el derecho comparado”*, 2016). Cabe mencionar que en algunos estados de EE.UU se contempla la suspensión del plazo de prescripción, hasta la constatación médico-forense de que la víctima está en condiciones de enfrentar el proceso de denuncia (para un acabado análisis del tratamiento en EE.UU, estado por estado, véase el sitio de la ONG RAINN, [www.rainn.org](http://www.rainn.org)).

En Argentina, recientemente se aprobó la Ley N° 27.206, conocida como “Ley de Respeto a los Tiempos de las Víctimas”, tratada en el Senado y aprobada por unanimidad tanto en la respectiva comisión como en el pleno de la Cámara, en la cual se adopta la solución de suspensión de la prescripción hasta que la propia víctima denuncie, lo que, en sus efectos prácticos, es muy similar a la imprescriptibilidad de la acción. En Ecuador se sometió a consulta popular, con resultado positivo, la propuesta de una enmienda constitucional para posibilitar la incorporación de una cláusula de imprescriptibilidad de la acción derivada de delitos de agresión sexual infantil tipificados en la legislación penal de Ecuador (vid.: <https://www.eluniverso.com/noticias/2017/10/04/nota/6413875/consulta-popular-pregunta-4-sobre-delitos-sexuales-contra-ninos>)

Se trata, por tanto, de un proceso actualmente en curso o ya completado en un número de países, que han adoptado legislación especial para la protección de un sector especialmente vulnerable de la población con respecto a delitos de devastadora lesividad que, por su naturaleza y secuelas, presentan cifras alarmantes de impunidad.

### III. CONTENIDO GENERAL DE LA PROPUESTA.

En la presente propuesta, se ha preferido no elaborar un texto desde cero, sino partir del texto ya sometido a debate legislativo, boletín N° 6.956-07, en su texto aprobado en general y en particular por la comisión especial encargada de tramitar proyectos de ley relacionados con niños, niñas y adolescentes.

Se modifica el Código Penal para introducir un nuevo artículo 94 bis, que contiene el catálogo de delitos sexuales, ubicados en diversos párrafos del Código Penal, cuya acción penal correlativamente se declara imprescriptible cuando el delito se comete contra un menor de edad. Dicha acción penal imprescriptible, una vez alcanzada la mayoría de edad por la víctima, se transforma de acción penal pública en acción penal previa instancia particular, de modo que la víctima adulta retenga para sí la decisión de iniciarse un proceso penal o no, evitando verse arrastrada por terceros a un proceso penal para cuya participación no está preparada o no está dispuesta a enfrentar.

Por otra parte, el proyecto, desde un punto de vista del sujeto activo, sólo aplica a aquellos delitos cometidos por mayores de 18 años, entendiendo que, en el caso de agresores menores de edad, debe primar el régimen especial establecido para ellos.

Adicionalmente, se deja a salvo la posibilidad de ejercer una acción civil conjuntamente con la acción penal, ante la justicia penal, para conjuntamente perseguir una reparación del daño, especialmente habida consideración de los importantes costos médicos en que incurren las víctimas que deciden someterse a procesos terapéuticos.

Finalmente, se propone una regla transitoria de vigencia, a cuya virtud, las víctimas de uno de estos delitos para la cual se encuentre actualmente suspendido o corriendo el plazo de prescripción extintiva de la acción penal, bajo la legislación hoy vigente, verán transformada su acción en imprescriptible. Se permite, asimismo, un período breve durante el cual se podrá denunciar delitos de agresión sexual sin consideración por la fecha de ocurrencia del hecho, para facilitar la situación de cientos de víctimas que hoy, de no mediar plazos de prescripción, podrían acudir a la justicia para reparación y para que los culpables sean detenidos y respondan de sus acciones.

## IV. PROPUESTA

**Artículo único.-** Modifícase el Código Penal en los siguientes términos:

**1)** Incorpórase el siguiente artículo 94 bis, nuevo:

Art. 94 *bis*. Se declara imprescriptible la acción penal derivada de la comisión de los delitos consagrados en los artículos 361, 362, 363, 365 bis, 366, 366 bis, 366 quáter, 366 quinquies, 367 y 367 ter de este Código, siempre que al momento de la perpetración del hecho la víctima sea menor de dieciocho años, respecto de todo autor, cómplice o encubridor mayor de edad. Asimismo, se declara imprescriptible la acción penal en contra de las personas a que alude el artículo 371 y, en general, contra los cómplices y encubridores de los delitos referidos en este párrafo.

Si con ocasión de alguno de los delitos del párrafo precedente se cometiere además homicidio o secuestro, o los delitos previstos en los artículos 403 bis, 403 ter o 403 quáter, en la persona de la víctima, la imprescriptibilidad se extiende también a la persecución de dichos delitos, sea que se cometan por la misma persona o por personas diversas.

Dicha acción penal imprescriptible será pública hasta que el ofendido por el delito alcance la mayoría de edad, y se transformará en acción pública previa instancia particular, una vez que el ofendido por el delito alcance la mayoría de edad. Si la persona ofendida no pudiere libremente hacer por sí misma la denuncia, o no tuviere representante legal, o si, teniéndolo, estuviere imposibilitado o implicado en el delito, podrá procederse de oficio por el Ministerio Público, que también estará facultado para deducir las acciones civiles correspondientes en representación legal del ofendido.

Las acciones a que alude el artículo 370, cuando se deriven de alguno de los delitos de los párrafos precedentes, serán asimismo imprescriptibles. La acción reparatoria se ejercerá de conformidad al artículo 59 inciso 2º del Código Procesal Penal. La judicatura civil y de familia deberá tomar en especial consideración, en las acciones que se ejerzan en favor de la víctima, el costo pasado y probable valor futuro de las intervenciones médicas y psicológicas requeridas por la víctima.

La acción penal derivada de los delitos consagrados en el artículo 374 bis de este Código, prescribirá en el plazo de 10 años contados desde que los menores utilizados en su elaboración alcancen la mayoría de edad; pero si con ocasión de tales delitos se perpetrare alguno de los delitos señalados en los párrafos precedentes, la acción para perseguir estos y aquellos será imprescriptible.

**2)** Deróganse los artículos 369 y 369 quáter.

**Artículo transitorio.-** La acción penal derivada de los delitos señalados en el artículo único, cuyo plazo de prescripción extintiva, al momento de entrada en vigencia de esta ley, se encontrare suspendido bajo el artículo 369 quáter o actualmente corriendo, será considerada acción imprescriptible conforme al artículo único de esta ley. Sin perjuicio de lo anterior, dentro del plazo de dos años contados desde la entrada en vigencia de esta ley, cualquier persona ofendida por alguno de los delitos señalados en el artículo único, cometidos por un adulto en su contra cuando la víctima era menor de edad, podrá denunciar o ejercer la acción correspondiente, a menos que el delito ya haya sido declarado prescrito por sentencia firme.

**Santiago, 12 de abril de 2018.**

**VINKA JACKSON**  
Psicóloga

**JAMES HAMILTON**  
Médico

**JOSEFINA MORA**  
Abogada

**PABLO BECERRA**  
Abogado