

## ■ Capítulo 6.

### El Cuidado Integral de la Salud Mental desde el Sector Salud ante la Violencia Sexual

# Contenido ¿

## Capítulo 6. El Cuidado Integral de la Salud Mental desde el Sector Salud ante la Violencia Sexual

6.1. El Cuidado de la Salud Mental desde el Sector Salud	245
- 6.1.1 La Salud Mental	245
6.1.1.2 Acciones de orientación esencial para un proceso de — cuidado integral de la salud mental en personas y comuni- dades que sufren el impacto de la violencia sexual	247
— 6.1.1.3 Impacto de la violencia sexual sobre la salud mental de las personas	248
6.2. Implicaciones de la violencia sexual para la salud mental de las personas y las comunidades	249
6.2.1 Implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para las víctimas	249
6.2.2 Implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para los grupos sociales de pertenencia de las víctimas	250
6.2.2.1 Importancia de la atención psicosocial y en salud <sup>1</sup> — mental para las víctimas de violencia sexual y sus comunidades	250
6.3. Abordaje psicosocial e intervenciones colectivas para personas víctimas de violencia sexual: Características específicas	250
6.3.1 Componentes mínimos que debe contener una atención integral en salud mental para víctimas de violencia sexual	251
6.3.2 Características generales de la intervención terapéutica inicial no especializada en salud mental dispensada por el médico general a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica	251
6.3.3 Primera ayuda en salud mental a víctimas de violencia sexual	253
6.3.4 Características generales de la intervención psicoterá- péutica especializada en salud mental dispensada a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica	259

— 6.3.4.1 Características esenciales de la intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental para víctimas de violencia sexual?	264
— 6.3.4.2 Fase de Valoración Inicial	265
— 6.3.4.3 Implementar el plan de tratamiento	267
— 6.3.4.4 Fase de intervención terapéutica	269
— 6.3.4.5 Fase de Cierre	271
— 6.3.4.6 Fase de Seguimiento	271
6.3.5 Otras formas de atención en salud mental	271
6.3.6 Necesidades especiales del/la niña, niño o adolescente que ha sido víctima de violencia sexual, rol de la familia y del sector salud.	
6.4. El rol del equipo interdisciplinario de salud mental ante niños, niñas y adolescentes con comportamientos sexualizados vulnerantes hacia otros niños, niñas o adolescentes	280
— 6.4.1 Posibles Causas de los Comportamientos Sexuales Problemáticos Infantiles	280
6.4.2 Intervenciones psicoterapéuticas del equipo interdisciplinario de salud mental ante el agresor sexual menor de 14 años	283
6.5. ¿Cuáles son los cuidados mínimos en salud mental para los trabajadores de la salud que atienden víctimas de violencia sexual?	284

## Capítulo 6. El Cuidado Integral de la Salud Mental desde el Sector Salud ante la Violencia Sexual

### 6.1. El Cuidado de la Salud Mental desde el Sector Salud

**La salud mental integral solamente se logra cuando se asegura a las personas el disfrute de:** *“Bienestar subjetivo, uso óptimo y desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional); logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad... que requieren las personas y los grupos para interactuar positivamente el uno con el otro”*

**Definición de Salud Mental, Health and Welfare, Canada, 1988**

#### 6.1.1 La Salud Mental

El concepto de salud mental implica mucho más que la simple ausencia de enfermedad. Cuando se habla del disfrute de la salud mental se hace referencia a un estado de bienestar integral de los individuos que les permite no solamente velar por su propio desarrollo armónico, sino efectuar aportes concretos, constructivos y efectivos para el desarrollo de sus comunidades de pertenencia, en el marco de los principios de la justicia y la equidad social para todas y todos.

Para asegurar el pleno disfrute de salud mental integral a los individuos y comunidades el sector salud desempeña un papel fundamental a través del conjunto de acciones integrales propias de su quehacer, en complementariedad con las acciones de otros sectores tales como salud, educación, justicia y bienestar social.

Para facilitar el logro de la salud mental integral los trabajadores y trabajadoras de la salud deberán establecer y emplear **mecanismos de coordinación tanto intrasectoriales (entre niveles de complejidad distintos y complementarios) como intersectoriales**, de acuerdo con las necesidades singulares planteadas por cada caso en particular.

#### El cuidado de la salud mental desde una perspectiva de la Atención Primaria en Salud

Es comprendida como una estrategia de acción integral emprendidas desde el sector salud; que requiere la participación coordinada de recursos y tecnologías ubicados en distintos niveles de complejidad, que van desde las acciones de autocuidado y participación comunitaria en salud hasta los servicios altamente especializados en psiquiatría y salud mental.

Un modelo de atención en salud mental basado en APS y con base comunitaria plantea una serie de requerimientos en términos de entrenamiento, especificidad y

distribución de los distintos trabajadores sanitarios y agentes de participación comunitaria en salud, tal como es planteado por la OPS:<sup>181,182</sup>

Un volumen importante de profesionales de la salud entrenado en APS.

Un conjunto de recursos humanos con perfiles planificados según las necesidades de la población.

Un entrenamiento de los recursos humanos articulados con las necesidades de salud y la sostenibilidad del modelo.

Un conjunto de políticas sobre la calidad del desempeño profesional en los distintos roles.

Una caracterización de las capacidades del personal (perfil y competencias), de modo que el perfil de cada trabajadora o trabajador pueda ajustarse a una labor específica.

Un proceso continuo de evaluación que permita adaptar las características de las y los profesionales a las necesidades de la población y los cambios en los escenarios sanitarios.

La definición de personas que se desempeñan como trabajadoras de la salud implica incluir a quienes se desempeñan en tareas estadísticas, gerenciales y administrativas.

El diagrama siguiente indica como dentro de un modelo de salud mental basado en la comunidad, la atención primaria en salud implica una coparticipación de responsabilidades y funciones entre trabajadores sanitarios, ubicados en distintos niveles de atención, frente a la resolución de las necesidades de cada persona víctima de violencia sexual en particular, sin que exista un orden jerárquico entre el vértice y la base; existen diferencias en la composición de los equipos mínimos por niveles de complejidad, independientemente de ello su integración es

183

funcional en torno a la resolución de casos específicos:

**Figura9.** Esquema piramidal de distribución de funciones en programas de salud mental en la comunidad

Esquema piramidal de distribución de funciones en programas de salud mental en la comunidad

Atención  
primaria de  
salud

Servicios especializados Otros servicios de  
salud ^Médicos generales/de familia  
^^Enfermeras  
^^Promotores de salud ^^Líderes  
comunitarios ^^Grupos de  
autoayuda  
^^Autocuidado/grupo de sostén

181 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas No. 1. Biblioteca OPS. Washington D.C. 46 p.

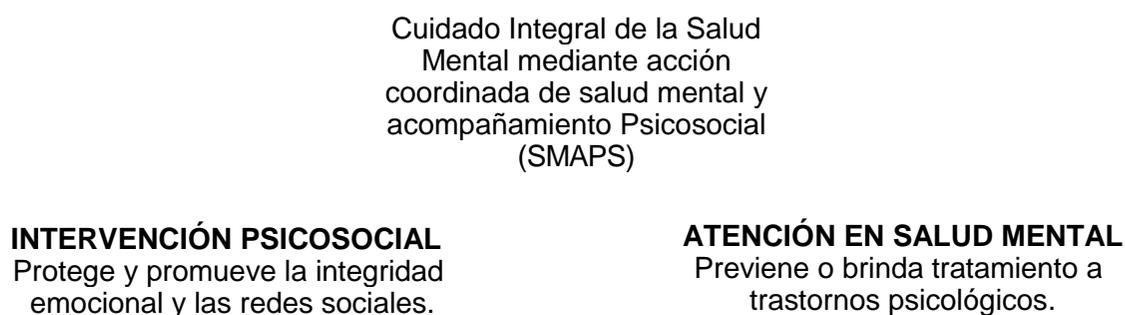
182 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en la Región de Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Biblioteca OPS. Washington D.C. 48 p.

183 Levav, I. (1992). Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 19. Organización Panamericana de la Salud. 344 p.

### 6.1.1.2 Acciones de orientación esencial para un proceso de cuidado integral de la salud mental en personas y comunidades que sufren el impacto de la violencia sexual

En el marco de la atención primaria en salud y de los modelos de salud mental, basados en la comunidad, los tipos de acción que resultan como mínimo necesarias para que el sector salud desarrolle un proceso de cuidado integral de la salud mental, dirigido a individuos y comunidades afectadas por violencia sexual, se ubican en la intersección complementaria de dos grandes tradiciones para el cuidado de la salud mental: la intervención psicosocial y la atención en salud mental mediante la acción conjunta de equipos coordinados.<sup>184</sup>

**Figura10.** Cuidado integral de la salud mental mediante acción coordinada de salud mental y acompañamiento psicosocial (SMAPS)



Con base en una perspectiva mixta entre los enfoques de género, derechos y salud pública con énfasis en atención primaria en salud, dirigida a impactar los principales determinantes sociales implicados en la violencia sexual y el cuidado integral de la salud mental en personas y colectividades mediante el componente en salud mental en APS, debe estar orientado a transformar las estructuras inequitativas de poder intrínsecas a la sociedad en que habitamos. A través de estas estructuras se somete a un grupo de personas a condiciones de vulnerabilidad para ser las víctimas ostensibles de la violencia sexual, por estar ubicados en posiciones sociales desprovistas de poder; mientras que otros sujetos se encuentran habitualmente ubicados en posiciones sociales desde las cuales se facilita su acción en calidad de victimarios, por ocupar posiciones sociales dotadas de poder hegemónico que facilita sus ejercicios violentos y abusivos sobre los más vulnerables. Además, busca proteger y restaurar la salud mental de quienes han sido víctimas.

184Comité permanente entre organismos – IASC - (2007) Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra. Inter-Agency Standing Committee. 111p. Para detalles sobre los lineamientos de SMAPS pueden consultarse los siguientes documentos en línea:

<http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/avre/2003/guiaatpsico/guiaatencionpsicosocial.pdf>;

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencias/iasc\\_guidelines\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf);

<http://www.istss.org/TreatmentGuidelines/3337.htm>;

[http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/9Educational%20services/DRCS.PSP.schoolb\\_ased.pdf](http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/9Educational%20services/DRCS.PSP.schoolb_ased.pdf);

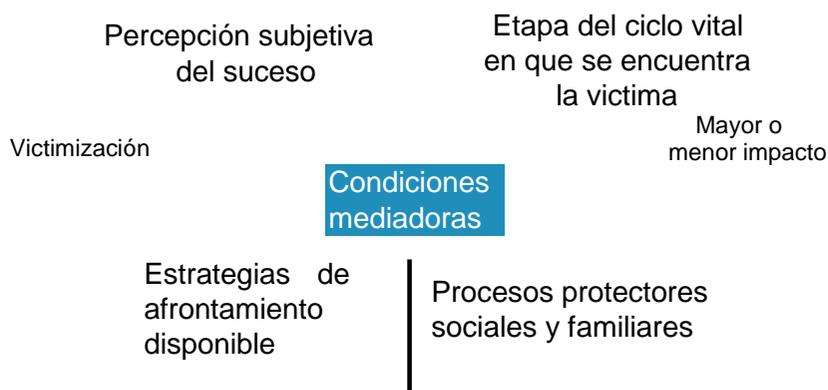
<http://www.hhri.org/guidelines/>

<http://www.ifrc.org/what/health/psycholog/manual.asp>.

### 6.1.1.3 impacto de la violencia sexual sobre la salud mental de las personas

Al explorar cuales son los procesos que mejor predicen la superación adecuada o inadecuada de una victimización sexual se ha encontrado que, dicho resultado terminal, es el producto de un balance entre la percepción subjetiva que la víctima elabora con respecto al suceso traumático, la etapa del ciclo vital en que la persona agredida se encuentre, las estrategias de afrontamiento que disponga, y los procesos protectores sociales y familiares que se desplieguen a su alrededor.<sup>185</sup>

**Figura11.** Condiciones mediadoras de una adecuada superación de la victimización sexual



En ese contexto el apoyo social que se despliegue a partir de la familia y los sistemas de ayuda, entre ellos los dispuestos por el sector salud, resultan de vital importancia para una adecuada resolución psicológica del evento vital traumático. No obstante, siendo importante el apoyo social, institucional y familiar no lo es tanto como si lo es la falta de apoyo que padezca una víctima de violencia sexual; las reacciones sociales negativas o la ausencia de apoyo son las que en mayor medida aportan para consolidar el impacto negativo del delito, y generan unos efectos adversos consistentemente identificados en las víctimas.<sup>186</sup>

Una adecuada actitud por parte de los trabajadores sanitarios protege la salud mental de la víctima y resulta central para determinar la adecuada resolución de la victimización sexual. Para conseguirla, TODO el personal de las instituciones de salud y rutas de atención debe recibir periódicamente sesiones de sensibilización en el tema de la violencia sexual, así como capacitación sobre derechos de la víctima, rutas de atención, y acuerdos con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad de los servicios implicados debe ser incluido.

185Sanmartín, J. (Coord.) (2008) "Violencia contra niños" Ariel. Barcelona. 225 p.

186Herrero, C y Garrido, E. (2002). Reacciones sociales hacia las víctimas de los delitos sexuales. En: Redondo, S (Coord.) Delincuencia sexual y sociedad. Ariel. Barcelona. Pág. 160 – 194.

## 6.2. Implicaciones de la violencia sexual para la salud mental de las personas y las comunidades

### 6.2.1 Implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para las víctimas

Ante un evento de violencia sexual es habitual que cualquier persona experimente, en una sucesión rápida en el tiempo, una serie de reacciones emocionales normales frente a un evento potencialmente traumático que, por lo general, amenaza de manera grave la seguridad e integridad personales:

Experimentación del evento violento como un evento vital crítico. Fase aguda

de impacto. Fase de reorganización.

En situaciones altamente anormales o inesperadas e intensas es normal que las personas reaccionen de manera anormal, sin que esto implique la presencia de una psicopatología necesariamente.

Aparición o consolidación de psicopatología en las víctimas que no reciben atención integral, oportuna y con calidad en salud mental y física.

Las interacciones entre psicopatología y victimización sexual son complejas, y de ninguna manera lineales del tipo causa – efecto. Entre las relaciones posibles entre ellas vale la pena destacar las siguientes:

Presencia de síntomas psicopatológicos que predisponen a una persona para ser victimizada sexualmente.

Psicopatología previa al sometimiento de una victimización sexual que se ve agravada o resulta mantenida por ésta.

Psicopatología que emerge como consecuencia directa de una victimización sexual especialmente traumatizante o indebidamente manejada por los servicios de salud y otras fuentes de respuesta social ante la víctima.

La problemática de violencia sexual es considerada desde la perspectiva de salud como un “acontecimiento vital”.<sup>187</sup> Esto supone que para aquellas personas que han tenido esta experiencia muchos eventos de su vida pueden llegar a estar asociados a las consecuencias emocionales de esa situación. Los casos de violencia sexual, tanto en adultos como en menores de edad son de gran complejidad, y tienen implicaciones desde el punto de vista de salud, protección e incluso legal. Los acontecimientos vitales, son significativos para las personas en la medida en que se incorporan al escenario de sus propias vivencias. El acontecimiento vital no toma valor por sí mismo, sino a través de la experiencia emocional de quien lo vive, y quien experimenta de manera diferencial su impacto y consecuencias. Los acontecimientos vitales se pueden considerar como antecedentes potenciales o causas de cambios o modificaciones estructurales y funcionales en la vida de los sujetos (Salvador Porcar, 2008).

## **6.2.2 Implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para los grupos sociales de pertenencia de las víctimas**

Ante un evento de violencia sexual es habitual que cualquier persona experimente, en una sucesión rápida en el tiempo, una serie de reacciones emocionales normales frente a un evento potencialmente traumático que, por lo general, amenaza de manera grave la seguridad e integridad personales:

Las personas y sus grupos sociales de pertenencia son inseparables dentro del proceso de cuidado integral de salud mental ante la violencia sexual, debido al carácter ecológico – socialmente determinado, de los eventos violentos. La violencia sexual afecta la capacidad de confianza en los otros y deteriora las redes sociales de individuos y redes de pertenencia.

### **6.2.2.1 Importancia de la atención psicosocial y en salud mental para las víctimas de violencia sexual y sus comunidades**

La atención en salud mental y psicosocial ante personas víctimas de violencia sexual y sus comunidades es necesaria atendiendo a razones que sobrepasan la potencial presencia en ellas de trastornos mentales, previos o resultantes de la agresión sufrida. Este tipo de atención se justifica:

Porque la experiencia injusta impuesta a quien fue agredido exige de la sociedad una reparación para la víctima ante el sufrimiento emocional sufrido, independientemente de la presencia o no de una psicopatología.

Porque este tipo de atención puede prevenir la agravación, aparición o consolidación de psicopatologías en las víctimas.

Porque se puede interrumpir el ciclo de la violencia en la comunidad – sociedad, dadas las características ecológicas que rodean la emergencia de un acto violento.

## **6.3. Abordaje psicosocial e intervenciones colectivas para personas víctimas de violencia sexual: características específicas**

El abordaje psicosocial y las intervenciones colectivas a cargo de equipos de trabajadores de la salud o de las ciencias sociales no especializados en salud mental, en conjunto con agentes comunitarios capacitados, pueden incluir acciones grupales y primeros auxilios psicológicos individuales en terreno.

También son recomendables los talleres en derechos humanos, derechos humanos de las mujeres, derecho internacional humanitario, derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, y derechos humanos de las personas LGBTI.

Los grupos de autoayuda son una herramienta central para efectuar este tipo de abordaje en víctimas de violencia sexual. En el ámbito comunitario igualmente, resultan apropiados los procesos de recuperación de memoria histórica y de comunicación para el cambio social centrados en los determinantes sociales de la violencia sexual, así como las intervenciones no convencionales centradas en el arte, la música, el deporte, y otras acciones colectivas que promuevan la restauración de la confianza y el tejido social de apoyo.

### 6.3.1 Componentes mínimos que debe contener una atención integral en salud mental para víctimas de violencia sexual

El personal encargado de atender a las víctimas y a sus familias debe saber que los casos necesitan recibir un abordaje interdisciplinario e intersectorial, que por medio del engranaje con el sistema de atención integral garantice la atención y el ejercicio de los derechos de las víctimas de violencia sexual en cada una de las intervenciones en salud. Además, hacer que la víctima se sienta atendida de una manera integral, humanizada, respetuosa y oportuna.

En todos los casos, independientemente del tiempo de ocurrencia del hecho, quien ha sido víctima de violencia sexual requerirá de acompañamiento e intervenciones terapéuticas en diversos niveles. Estas intervenciones terapéuticas deben ser definidas en el marco del análisis de cada caso y en el desarrollo de una estrategia o plan de tratamiento, en el que pueden llegar a intervenir diferentes disciplinas e instituciones de diferentes niveles de complejidad. Los componentes mínimos que debe incluir son:

Por médico general de urgencias, como fase inicial no especializada de la intervención en crisis requerida. Es también muy importante que los demás profesionales y técnicos implicados en la atención médica de urgencias estén entrenados en primera ayuda en salud mental para víctimas de violencia sexual y los apliquen a su campo específico.

#### **Evaluación inicial en salud mental y manejo de posibles riesgos inminentes**

para la salud y la vida de la paciente, por médico general de urgencias debidamente entrenado o, en su defecto, por médico psiquiatra que actúe dentro del contexto de la atención inicial de urgencias a través de interconsulta médica especializada de urgencias elaborada por el médico general.

#### **Intervención en crisis propiamente dicha, a cargo de especialista en salud**

mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico), mediante formato de psicoterapia breve, con realización de primera sesión dentro del contexto de la atención de urgencias, y planeación o no de sesiones siguientes acorde con las condiciones y posibilidades de la víctima, y las características del contexto terapéutico.

**Intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental**, una vez concluida la intervención en crisis por profesional especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico), quien deberá efectuar la derivación correspondiente.

### 6.3.2 Características generales de la intervención terapéutica inicial no especializada en salud mental dispensada por el médico general a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica

En cuanto a la primera ayuda en salud mental brindada en el contexto de la atención médica general, que es la antesala no especializada para preparar las intervenciones especializadas en salud mental a impartir a toda víctima de violencia sexual, es mandatorio recordar que el trato que se dispensa a la víctima, las pautas de interacción y el apoyo emocional otorgado durante la entrevista médica, el examen físico y el abordaje médico general inicial, son decisivos para apuntalar la capacidad de afrontamiento de la víctima de violencia sexual.

Cualquier persona puede llegar a ser víctima de alguna de las formas en las que se expresa la violencia sexual y puede sufrir sus consecuencias físicas, emocionales y sociales. El evento mismo de violencia generará inestabilidad y situaciones de crisis en la víctima y su familia. Cuando buscan ayuda en las instituciones de salud indistintamente de su nivel de complejidad, el personal de salud tiene la responsabilidad de contener y estabilizar esta situación de forma inmediata.

El manual de primeros auxilios mentales desarrollado por el Ministerio de la Protección Social (2009), plantea retomando la definición de Ahearn y Cohen (1989) que “una crisis es un periodo crucial o decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales. De manera específica, es un periodo limitado de desequilibrio psicológico, precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital de la persona”.<sup>189</sup>

Este cambio repentino, producto de un evento desencadenador como la violencia sexual, origina crisis y con ella la necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo, visible en desequilibrios que pueden tener como consecuencias iniciales estrés, ansiedad, aislamiento, retraimiento, sentimientos de culpa, vergüenza, emociones incontrolables como miedo, rabia, culpa, vergüenza, ansiedad, cambios del estado de ánimo, pesadillas, trastornos de sueño, trastornos alimenticios, ideación, planeación e intentos de suicidio. Así mismo, y como consecuencias posteriores se puede vivenciar una amplia gama de procesos emocionales y psicológicos que afectarán la calidad de vida, la salud mental, la forma de relacionarse con los otros, la autoimagen y autoestima del individuo, su readaptación al medio familiar y social, así como el desarrollo de algunos tipos de trastornos mentales.

A continuación, se plantean algunas recomendaciones para brindar la primera ayuda en salud mental a una víctima de violencia sexual y a su familia.

Debe tenerse en cuenta los siguientes parámetros incorporados al quehacer cotidiano de la consulta médica general de urgencias:

**Objetivo general:**

Apoyar de forma inmediata a la víctima de violencia sexual y su familia a recuperar el control sobre sí y sobre el entorno, control que generalmente se pierde ante la situación de un asalto sexual o de un abuso sexual repetido. En los casos con niños y niñas, idealmente debe identificarse a una persona del medio familiar o social que pueda ejercer un rol de cercanía y de protección hacia la víctima quien también recibirá la primera ayuda en salud mental y será el principal soporte del niño o la niña.

**Objetivos específicos:**

Facilitar la realización humanizada de los procedimientos médicos generales propios de la atención del médico general a la víctima de violencia sexual, sentando bases que promueven una posterior recuperación emocional satisfactoria.

Reducir el peligro de muerte (homicidio o conducta suicida) mediante la detección y manejo de estos riesgos, como parte de la elaboración de un examen clínico inicial que involucre de manera ordenada la valoración general tanto del estado físico como del estado mental de la víctima.

<sup>189</sup>Posada (2009). Manual de primeros auxilios en salud Mental. Ministerio de la Protección Social.

Reducir y contener los aspectos emocionales y subjetivos para facilitar el enfrentamiento de la situación realizando un inventario de apoyos, incluyendo los institucionales, familiares y sociales, así como de conductas adaptativas ante la victimización sufrida.

Vincular a la persona en crisis con los recursos de ayuda inmediatos de tipo clínico especializado, y otros apoyos institucionales requeridos.

Características interpersonales requeridas en el profesional que realice la atención inicial de la urgencia médica por violencia sexual:

**Trato empático.** Se da cuando quien presta la atención intenta conectarse con lo narrado por la víctima, fomentando la sensación de comprensión y de un genuino deseo de brindar ayuda

**Confidencialidad.** No obstante, es importante aclarar que la confidencialidad se altera cuando el médico o el terapeuta se vuelve testigo dentro del proceso judicial y que en este caso si no es quien realiza la denuncia existen excepciones al deber de declarar.

**Escucha activa y tranquila.** Evidenciada en el lenguaje verbal y no verbal.

**Sensibilidad por el tema y evidente deseo de ayudar a resolver la situación.** Se manifiesta en la preocupación real del profesional por el bienestar de la persona, más allá de los procesos y procedimientos.

**Evitar a toda costa emitir juicios o culpabilizar.** En estas circunstancias las víctimas de violencia sexual y sus familias suelen desarrollar profundos sentimientos de culpa, en este sentido, emitir un juicio de valor en tal dirección podría dejar una huella permanente en la persona y su contexto.

**Contexto de atención de la urgencia tranquilo y privado.** Debe fomentar en la superviviente sensación de control y autonomía. Generar seguridad en la paciente.

Es importante diferenciar entre las intervenciones médico-terapéuticas (dirigidas al bienestar de la víctima, incluyendo acciones a favor de la salud física y mental de la persona) de las intervenciones médico-legales (como parte del proceso legal, o de verificación de unos determinados hechos).

En la medida de lo posible, debe darse a elegir a la víctima el sexo del profesional de la salud que la atenderá. En todo caso, ante víctimas mujeres, niñas, niños o LGBTI con identidad femenina, es necesaria la presencia tranquilizadora de una enfermera acompañando a la médica o médico general durante el desarrollo de su labor.

### 6.3.3 Primera ayuda en salud mental a víctimas de violencia sexual

**Preparación Previa.** El profesional de salud que dará la primera ayuda en salud mental a víctimas de violencia sexual debe prepararse antes de que los casos aparezcan, debe conocer cuál es su mirada sobre esta problemática, cuáles son sus creencias y sentimientos y cómo puede dejarlas de lado para que no afecten el proceso de ayuda. Para esta tarea es indispensable el compromiso y la sensibilidad

personal, así como el compromiso y respaldo de la institución en la generación constante de procesos de capacitación, actualización y sensibilización.

Es imprescindible conocer los derechos de las personas sobrevivientes y los procesos de la ruta de atención intersectorial por los que la persona y su familia deben dirigirse. Este profesional tendrá en sus manos la posibilidad de iniciar el apoyo para el bienestar de la víctima y su familia.

**Momento de verdad.** Muchas víctimas de violencia sexual no le cuentan a nadie sobre el incidente, así es que cuando la víctima revela lo ocurrido es muy importante desarrollar las acciones pertinentes para darle orientación y apoyo, pues puede ser un momento de verdad único en la vida de esa persona que recibirá la ayuda, y una oportunidad que puede no volver a repetirse.

**Apoyo inmediato y constante** durante todo el proceso de conducción de la valoración médica general para las víctimas de violencia sexual.

**Promover la desculpabilización de la víctima:** En muchas familias y contextos puede existir una tendencia a culpar a la víctima por lo ocurrido, es la oportunidad de asegurarse que comprende que bajo ninguna circunstancia ha sido culpable por lo que le ha ocurrido, que no merecía la violencia sexual y que ella misma no la ha ocasionado. El agresor siempre es el culpable.

**Permitir y promover que la víctima y su familia/acompañante se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad.** La expresión de la emocionalidad libera sentimientos de culpa, ira, rabia y dolor que puede causar el evento (qué siente, cómo se sienten, qué quisieran); propiciar en esta primera ayuda intervenciones desde las razones, las causas y lo que pudo haber sido propicia mayor sensación de culpa e imposibilidad de superar el evento.

**No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.** Si aflora en la primera ayuda se escuchará activa y tranquilamente y se registrará textualmente lo referido por la víctima, entre comillas, en la historia clínica. Para esto se reitera la competencia del sector salud dentro de la cual no está esclarecer los hechos o verificarlos.

**Se dará explicación sobre posibles síntomas que pueda tener la víctima.** Plantear a la víctima que su experiencia ha sido muy dura física y emocionalmente, y que puede llegar a tener síntomas físicos y emocionales consecuencia del trauma (estrés, ansiedad, aislamiento, retraimiento, sentimientos de culpa, vergüenza), emociones incontrolables (miedo, rabia, culpa, vergüenza), cambios del estado de ánimo, pesadillas y trastornos de sueño, trastornos alimenticios, estrés post-traumático. Esto le ayudará a la víctima y a su familia/acompañante a tener una mayor percepción de control frente a sí misma y le orientará sobre cuándo buscar ayuda si estos síntomas se presentan.

**Medir las consecuencias de sus indicaciones y orientar adecuada e informadamente a la víctima y a su familia.** Si el profesional que está haciendo la orientación no conoce toda la información de rutas y procedimientos debe abstenerse de dar una orientación equivocada. Como soporte escuchará con tranquilidad y buscará ayuda en la persona referente institucional o de la red interinstitucional.

**Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.** Durante esta primera ayuda e salud mental debe valorarse el riesgo de reincidencia del evento y de la vida de la persona. Para ello se preguntará si tiene un lugar seguro para ir, si confía en alguien de su casa para que le acompañe y de acuerdo con el estado emocional de la persona y su red de apoyo (familia, amigos u otras personas representativas y protectoras), se determinará el riesgo y de allí se activarán las acciones de protección.

**Activar las estrategias y rutas de protección** <sup>190</sup> desde el sector salud, es desde la primera ayuda de salud mental el momento en el cual se gestionará la protección de la víctima.

**Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias por medicina general para una víctima de violencia sexual, atendiendo a los principios del trato humanizado, digno, y de la confidencialidad.**

Desde su formación básica profesional el médico general ha desarrollado la competencia técnica para efectuar valoraciones físicas y mentales, que deberá aplicar en este caso a las necesidades específicas de atención integral en salud para la víctima de violencia sexual. Deberá explicar clara y tranquilamente las características y el sentido de las intervenciones que realizará, y proceder atendiendo al ritmo que le permita la paciente. En el caso de la valoración del estado mental debe evaluarse y registrarse en la historia clínica médica general la impresión clínica inicial del médico-a sobre el estado emocional de la víctima (ansiosa, retraída, tranquila, etc), junto con los signos clínicos evidenciados (porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conducta motora, conducta alimentaria, conducta sexual, juicio de realidad, prospección, introspección, presencia o ausencia de riesgo suicida activo, presencia o ausencia de riesgo homicida activo, presencia o ausencia de riesgo activo de revictimización). A la vez, debe identificar y registrar otros riesgos presentes en su entorno social y familiar, presencia o ausencia seguridad para volver a su medio habitual o necesidad de hospitalizar o tomar medidas de protección para preservar la vida de la persona.

Cuando el médico general considere que no cuenta con las herramientas técnicas o con la experticia suficiente para efectuar la valoración completa del estado mental de la víctima deberá registrar sus impresiones generales al respecto del estado emocional de la víctima, indicando expresamente que solicitará una consulta o interconsulta médica especializada en contexto de urgencias al médico psiquiatra más cercano, con el fin de aclarar el diagnóstico del estado mental de la víctima. Lo anterior, porque el riesgo de incrementar el deterioro en la salud mental de una víctima de violencia sexual con una valoración efectuada sin la suficiente pericia clínica no se justifica; en tal caso, el médico general deberá, no obstante, centrarse en los demás componentes ya descritos de la atención inicial no especializada en salud mental a su cargo.

<sup>190</sup> Si la víctima es un niño, niña o adolescente se activará inmediatamente la red de protección con ICBF o Comisaría de Familia de acuerdo con la oferta institucional en su municipio. Si es necesario se procederá a hospitalización en la institución de salud mientras se coordina el proceso intersectorial. Si es mujer y mayor de 18 años y no cuenta con un lugar seguro para ir, la institución deberá ayudar junto con la EPS en la consecución de un espacio seguro al que pueda ir, si es el caso junto con sus hijos e hijas (ley 1257 de 2008). Para ampliar esta acción se sugiere revisar capítulo de protección.

Al médico general siempre le corresponderá la detección y estabilización previa de las víctimas de violencia sexual que exhiban riesgo de auto o heteroagresión, así como la hospitalización o remisión para protección en casos de riesgo de revictimización o ausencia de mecanismos de protección efectivos para la seguridad en general de la víctima, pues esto pertenece al campo de las competencias mínimas en la atención de urgencias médicas que el perfil profesional del médico general debe cumplir.

En cuanto a los riesgos de autoagresión y heteroagresión es importante tener en cuenta los factores de predisposición:

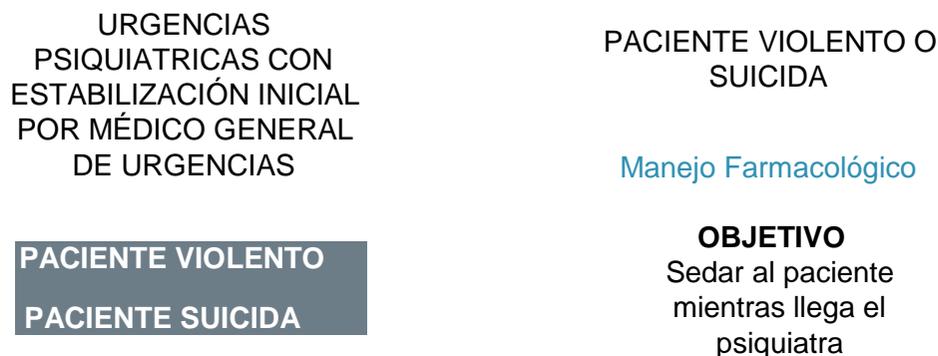
- a) ideación de autolesión o presencia de lesiones autoinducidas,
- b) ideación heteroagresiva estructurada,
- c) presencia de psicosis,
- d) capacidad de autocuidado deteriorada,
- e) insuficientes redes de apoyo social disponibles,
- f) síntomas depresivos y
- g) impulsividad manifiesta.<sup>191</sup>

El médico general empleará medidas de tranquilización verbal, acompañamiento y sedación farmacológica, de acuerdo con los respectivos protocolos de urgencias médicas de la institución.

Debe tenerse claro que la sedación no es una medida que deba ser utilizada de manera generalizada ante cualquier tipo de síntoma ansioso, depresivo o irritabilidad manifestada por una víctima de violencia sexual. **Solamente ante casos de riesgo inminente de auto o heteroagresión.** En todo caso con riesgo suicida o heteroagresivo debe, además, solicitarse evaluación en urgencias por el psiquiatra para diagnóstico y tratamiento específico de la situación.

En ese marco se pueden emplear los siguientes lineamientos para el manejo psicofarmacológico de la urgencia médica, representada por el riesgo de auto o heteroagresión, como parte del manejo de fase aguda a cargo del médico general en URGENCIAS:

**Figura12.** Lineamientos para el manejo psicofarmacológico de la urgencia médica en paciente violento o suicida



<sup>191</sup>Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud (2008). Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Luego de descartar y manejar posibles condiciones médicas de base, relacionadas o no con la agresión sexual, que pudieran estar explicando la presencia de un riesgo suicida o heteroagresivo, mediante la utilización de las estrategias clínicas y paraclínicas propias del ejercicio de la medicina general de urgencias (descartar intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, etc), se procederá a realizar la sedación farmacológica de acuerdo con la condición del paciente.

Antes de examinar a un paciente en quien se ha detectado un riesgo suicida o heteroagresivo se debe verificar que existan condiciones de seguridad para el médico general y el resto del equipo de atención médica de urgencia (ausencia de armas u objetos que pudieran ser utilizados como tales, ventanales y vidrios, etc.); la presencia de acompañamiento por personal de enfermería durante el examen clínico es fundamental, así como el acompañamiento de la víctima una vez sedada hasta su valoración por el médico especialista en psiquiatría; el personal de enfermería debe efectuar ese acompañamiento junto con la toma frecuente de signos vitales, la tranquilización verbal si se requiere y la verificación de la condición general, reportando de inmediato al médico general cualquier cambio.

En población adulta con riesgo heteroagresivo o suicida y con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que acepta vía oral:

Loracepam 2 mg. V.O cada media hora. Mantener 6 - 12 mg día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.

Largactil 50-100 mg V.O cada hora. Mantener 300 - 600 mg día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.

Haloperidol, 5 mg VO cada hora. Mantener entre 5 – 10 mg/ día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.

Si dicho paciente no acepta la vía oral:

Haloperidol 5-10 mg cada 30´ hasta 30 mg. Mantener hasta 20 mg día día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.

Largactil 25-50 mg I.M. Cada 30´ hasta sedar. Mantener dicha dosis repartida en el día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.

Tomar tensión arterial.

Si se encuentra alguna condición médica de base o asociada con los síntomas heteroagresivos o suicidas, relacionada o no con la agresión sexual sufrida:

Haloperidol 5 - 10 mg I.M. Cada 1-3 horas, con tope máximo ya descrito.

En niños, niñas y adolescentes con riesgo activo de auto o heteroagresión, y una vez verificados y estabilizadas posibles condiciones médicas de base del modo ya indicado en casos de personas adultas proceder como sigue:

Ante cuadros psicóticos con riesgo activo de auto o heteroagresión en población infantil es recomendable el uso de:

Risperidona en solución 1 mg/ml, a dosis de 0.25 mg día en pacientes con peso < 50 kg y de 0.5 mg día si el peso es mayor de 50 kg.

Para niños, niñas y adolescentes también es posible la sedación con Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml a dosis mínima durante cortos periodos de tiempo; máximo 4 semanas para evitar producir dependencia y minimizar reacciones adversas.

**Oral:** Hasta los 10 años de edad o menos de 30 kg de peso corporal. Inicial, 0.01 a 0.03 mg/kg/día repartidos en dos o tres tomas. La dosis máxima no debe exceder de 0.05 mg/kg día. Aumentando gradualmente la dosis en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada tres a siete días hasta el control de la crisis o la aparición de las reacciones adversas.

**Niños entre 10 y 16 años:** La dosis inicial es de 1.0-1.5 mg/día administrados en 2-3 dosis divididas, la dosis puede aumentarse en 0.25-0.5 mg cada tercer día hasta que se alcance la dosis individual necesaria (de 3-6 mg/día). Las gotas nunca deben administrarse directamente a la boca. Deberán mezclarse con agua, té o jugo de frutas.

Independientemente de la solicitud de valoración del estado mental y manejo de riesgos, anteriormente descrita, toda víctima de violencia sexual deberá recibir en el marco de su atención de urgencias, una interconsulta para sesión de psicoterapia breve de intervención en crisis a cargo de médico psiquiatra o psicólogo clínico. Solo al médico psiquiatra en tal contexto le corresponderá la definición de necesidad de inicio de un manejo psicofarmacológico especializado si la persona exhibe síntomas de psicopatología instaurada de tipo ansioso (tipo trastorno por estrés postraumático) o depresivo (tipo depresión mayor), entre otras posibilidades.

**Generar proceso de referencia y contrarreferencia.** Es indispensable que la primera ayuda en salud mental finalice con la claridad del proceso a seguir desde el sector salud: atención médica general y especializada según el caso, así como psicoterapia breve para intervención en crisis a cargo de especialista en salud mental (médico psiquiatra y psicólogo clínico) para brindar dentro de la misma atención inicial de la urgencia. Esto puede realizarse por medio de los procedimientos de consulta de urgencias o interconsulta en contexto de urgencias al médico psiquiatra, o mediante solicitud de consultas de psicología en urgencias. Así mismo, y de acuerdo con el caso, incluir los procesos de referencia y contrarreferencia a niveles de mayor complejidad, y la remisión a otros sectores, justicia y protección.

**Hacer seguimiento a los procesos de referencia y contrarreferencia.** El médico general es la piedra angular que permite el acceso del paciente a los apoyos médicos y sociales especializados que requiera la víctima, a través de procesos de referencia y contrarreferencia que debe supervisar, al igual que la evolución clínica del paciente. En el contexto de la atención de urgencias es, además, el responsable de solicitar las interconsultas o consultas médicas especializadas por psiquiatra/consultas de psicología mediante las cuales se realizará la valoración especializada en salud mental en los casos en que el propio médico general no tenga suficiencia para realizarla, así como la intervención psicoterapéutica especializada en salud mental dispensada a todas las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica.

También es el médico general de consulta externa quien debe estar a cargo de supervisar que se cumplan los controles médicos a realizar en toda víctima de violencia sexual a las 2 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas y 9 meses.

Debe recordarse que es mandatorio brindar atención especializada en salud mental por profesionales médico psiquiatra y psicólogo clínico (además, de lo concerniente al acompañamiento psicosocial especializado en violencia) en casos de mujeres adultas o mayores, adolescentes femeninas, y niñas afectadas por violencia sexual en el marco del conflicto armado interno, incluyendo a quienes están en situación de desplazamiento forzado y a las que han sufrido otras formas de victimización, así como para sus familiares, de acuerdo con lo establecido por la Sentencia de la Corte Constitucional T – 045 de 2010.

#### **6.3.4 Características generales de la intervención psicoterapéutica especializada en salud mental dispensada a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica**

La oportunidad de generar un proceso de psicoterapia inmediato a la ocurrencia del evento de violencia sexual o de su identificación protege de la aparición de psicopatología, y ante la reincidencia de la violencia sexual activa mecanismos para resignificar y afrontar el evento, promueve la participación de la familia en la superación del evento y garantiza que haya un acompañamiento profesional en la restitución de derechos. Es importante comprender que cada víctima de acuerdo con sus recursos personales, familiares e institucionales, así como a las características de la situación vivida de violencia sexual requiere procesos psicoterapéuticos distintos.

El proceso de atención psicoterapéutico en el marco de la atención integral debe promover la integración de redes de servicios de salud ubicados en distintos niveles de atención, así como interdisciplinariedad siempre que sea requerida (psicología, trabajo social, psiquiatría) y garantizada; así mismo, con diversas modalidades de abordaje: sesiones individuales, familiares, grupales, domiciliarias y de seguimiento. Estas acciones aportan al restablecimiento de derechos posibilitando la recuperación emocional para el afrontamiento de la situación e integran a la víctima de violencia sexual y su familia dentro de la red de instituciones y servicios de la comunidad con el fin de garantizar sostenibilidad del proceso de recuperación a corto, mediano y largo plazo.

La siguiente Tabla, resume las características que debe tener la primera consulta de psicoterapia breve para intervención en crisis a cargo del especialista en salud mental. Cuando se decida continuar en un formato multi-sesiones de psicoterapia breve deberá planearse dentro de estos lineamientos el desarrollo de distintas fases, habitualmente incluidas en el formato habitual de las psicoterapias breves centradas en solución de problemas, con las adaptaciones debidas a las necesidades singulares del paciente y al estilo terapéutico del profesional especializado a cargo de la intervención.

**Tabla 27.** Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental para la víctima de violencia sexual<sup>192</sup>

Objeti	Reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, y la búsqueda de soluciones factibles ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica especializada en salud mental oportuna y de calidad, que haga parte integrante de la atención de la urgencia médica derivada de una victimización sexual.
Momento en que debe realizarse.	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual, en un contexto tranquilo y privado.
Duración	60 – 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Periodicidad	La psicoterapia breve puede ser desarrollada en un formato de entre 1 y 10 sesiones, atendiendo a las necesidades de cada víctima y las posibilidades del contexto. Cuando se emplee un formato multi-sesiones se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
Profesional a cargo	Profesional de la psicología clínica o de la medicina con especialidad médica en psiquiatría, cualquiera de los dos con entrenamiento adicional específico para el manejo psicoterapéutico de víctimas de violencia sexual en el contexto colombiano, tomando en cuenta que se trata de un procedimiento especializado que requiere conocimiento y experticia clínica.
Tipo de pacien	Toda persona víctima de violencia sexual perteneciente a cualquier grupo de edad, género o modalidad de victimización, que esté siendo atendida por tal motivo en el marco de la atención de la urgencia médica representada por la violencia sexual; y que haya otorgado su consentimiento informado para la acción clínica integral en salud, incluyendo los componentes de atención en salud mental especializada que le son propios.
Forma	Psicoterapia breve centrada en solución de problemas de tipo individual, o en diada víctima – adulto protector en casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, si se considera terapéutico y es aceptado este acompañamiento. Se desaconseja específicamente la inclusión de víctima y agresor

<sup>192</sup>Construido a partir de las siguientes fuentes: Lipchik, Eve (2004) "Terapia Breve Centrada en la Solución". Buenos Aires, Amorrortu. 320 p. Zeig, J. (2004) "Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas", Buenos Aires. Amorrortu, 552 p; Talmon, M. (1990). "Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter". San Francisco, Jossey – Bass Inc, 146 p; Médicos Sin Fronteras – España (2010) Protocolo de consulta única y consejería en salud mental. MSF – OCBA. Colombia, 18 p; Equipo de Salud Mental Hospital del Sur ESE (2003). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, 56 p; Velásquez, Susana. (2003). "Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar". Barcelona, Paidós. 334 p.

Se realiza en el marco de una atención de urgencias.

Activar o reforzar mecanismos de ajuste apropiados ante el evento de violencia sexual fomentando su adecuada resolución y previniendo la potencial aparición o agravación de psicopatología. Tener presente que los objetivos de la intervención están siempre sujetos a las condiciones del contexto. Contemplar múltiples niveles de evaluación e incluir a los diferentes actores familiares y sociales involucrados en los problemas derivados de la victimización sexual y en su solución. Partir de una definición tal de esos problemas, que sea compartida por la consultante y que permita visualizar como viable la solución de los mismos. Situarse en el presente y el futuro, no en el pasado. Dirigirse a clarificar los actos de violencia sexual como mediados por características del contexto social que favorece inequidades de poder entre las personas, que en consideraciones de índole intrapsíquica.

Enfocarse más en los recursos que en los déficits. Enfocarse sobre lo posible y no sobre lo perfecto. Partir de las características particulares del caso. Tener en cuenta la etapa del ciclo de vida individual y familiar, y el contexto social en que emergió el acto violento. Contemplar los recursos disponibles en los distintos contextos involucrados en la solución de los problemas identificados en torno a la violencia sexual, y favorecer la manera de activarlos y ampliarlos. Proponer acciones directas e indirectas que sean hipotéticamente pertinentes para la solución de problemas concretos.

Prever los posibles efectos positivos y negativos. Tener en cuenta que el cambio requiere reorganización, reordenamiento y reestructuración de las representaciones rígidas e inhibitorias que impiden el afrontamiento efectivo de la realidad.

Evaluar contextualmente la presencia de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, así como de necesidad de tratamiento psicofarmacológico especializado; además, de la necesidad de continuar con una psicoterapia breve en formato de múltiples sesiones, o considerar la primera como la única intervención psicoterapéutica especializada, requerida inmediatamente antes de remitir para continuar manejo por equipo interdisciplinario de salud mental en contexto ambulatorio. Se parte y se centra en el motivo de consulta. Se intenta evidenciar y entender el problema. Se facilita la descarga emocional, la expresión de sentimientos y la normalización de síntomas.

Estrategias

Fases

Se Movilizan recursos y habilidades personales, familiares y sociales. Se evalúa el estado mental de la víctima, recontextualizando los síntomas como reacciones esperadas ante la victimización sufrida que, no obstante, pueden ser superadas mediante acciones específicas. Se hacen recomendaciones y sugerencias generales. Se determinan acuerdos terapéuticos específicos. Se elabora un resumen final con retroalimentación por parte del consultante.

Para facilitar que retome una percepción de control sobre sí mismo y sobre sus circunstancias, permitiéndole hacer elecciones en torno a la entrevista. Por ejemplo: Ofrecer un vaso de agua, permitir que elija el sitio en que quiere sentarse, indicar que en cualquier momento puede suspenderse la entrevista si así lo desea, efectuar preguntas del tipo ¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento? Justificar la necesidad de las preguntas a través de indicaciones como: ¿cuénteme todo lo que crea que yo debería saber? No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar. Indicar respeto al ritmo impuesto a la entrevista por la víctima mediante frases como: en cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor. Ofrecer opciones, a través de intervenciones tales como: tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos o dibujarlos o sacarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.

Para facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos propios, otorgados a lo ocurrido. Mostrar una actitud de comprensión con el cuerpo y utilizando expresiones como “puedo ver que”, “por lo que dices, parece que te sientes...”, pero evitando “lo comprendo”. Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal) que animen a la persona a sentirse cómoda hablando. Observar la comunicación no verbal y considerar lo que está sintiendo la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice. Preguntar por sus necesidades, preocupaciones, ansiedades y dificultades. Formular las preguntas de manera abierta, que faciliten la comunicación, por ejemplo “¿cómo ves la situación?” Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y darle la oportunidad para corregirnos y, a la vez, profundizar en lo que está diciendo: “¿estás diciendo que no puedes soportar tanta tensión?” Aceptar tranquilamente el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma o llenar el silencio con cualquier comentario. Tener una actitud corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin brazos o piernas cruzadas), hacia adelante y acercándose al otro, aunque tener contacto visual como signo de aceptación y de escucha; en ciertos momentos no evitar el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia, pues si es prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal, y tomando en cuenta lo que

<p>Técnicas terapéuticas específicas.</p>	<p>considera aceptable en el lugar (por ejemplo, en la mayor parte de los contextos colombianos suele ser comúnmente aceptado este tipo de contacto entre dos mujeres, o desde una mujer hacia una niña o niño, que desde un hombre hacia otro). Poner el foco de atención en cómo se siente y se comporta la persona respecto a lo ocurrido, más que en lo ocurrido, por ejemplo, en sus emociones y percepciones en torno a los hechos (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza, etc.) y detectar cuáles de estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza severas), trabajando conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos; para dar apoyo emocional a víctimas de violencia no se necesita saber la “verdad” ni conocer detalles de lo ocurrido. Para resignificar los sentidos y significados otorgados por la víctima a lo ocurrido, de modo que la adaptación y solución de problemas resulte más fácil. Ayudar a construir un marco comprensivo que ubique la agresión sexual en un contexto relacional enmarcado por estructuras de poder hegemónicas que pusieron endesnivele de poder a la víctima con relación al victimario, promoviendo la victimización sexual. Emplear técnicas de connotación positiva que sean sensibles a la condición de víctima de la consultante. Emplear técnicas de ubicación en un futuro en el cual ya se hayan superado los efectos de la victimización. Resignificar los signos y síntomas mentales encontrados, así como los tratamientos psicofarmacológicos cuando sean requeridos, como una parte más de las estrategias de afrontamiento desplegadas, en el marco de otras incluso desarrolladas por la misma víctima y su grupo de apoyo primario.</p>
<p>Acciones y actitudes NO terapéuticas que debe EVITAR durante la consulta.</p>	<p>Decir “le entiendo perfectamente” o “imagino por lo que está pasado”, porque aparte de inadecuado es falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención, o aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión. Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona. Fingir que se ha comprendido cuando no es así. Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal. Aconsejar con frases como “creo que deberías...”, “¿cómo es que no...?”. Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: “ánimese ¡no es para tanto!”. Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella. Instruir con frases como “esto puede ser una experiencia interesante si...”. Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: “¿cuándo empezó todo?”, “no, esto no fue así.</p>
<p>Disposición final del paciente.</p>	<p>De acuerdo con las características del paciente, su disposición y posibilidad de acudir a una psicoterapia, y las características del profesional que lo atiende, y del contexto de ayuda en que actúa, al finalizar la primera sesión de psicoterapia breve podrá decirse que:</p> <p>Esta sea la única sesión que se realizará, remitiendo la víctima para continuar con el proceso de atención interdisciplinaria por</p>

Disposición final del paciente.

equipo de salud mental en contexto ambulatorio y hospitalario, acorde con las necesidades del paciente y las características de los contextos de ayuda disponibles. Esta sea la primera de una serie de hasta 10 sesiones de acuerdo con el formato de psicoterapia breve individual centrada en solución de problemas, luego de la cual se podrá referir o no a continuar atención interdisciplinaria por equipo de salud mental en formato ambulatorio u hospitalario, como se describió antes de que se detecte la necesidad de iniciar algún tipo de farmacoterapia específica por presencia una psicopatología instaurada de la cual se conoce que el pronóstico mejora a partir de un abordaje bimodal combinando, psicoterapia mas farmacoterapia específica.

### 6.3.4.1 Características esenciales de la intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental para víctimas de violencia sexual

#### Elementos para realizar intervención psicoterapéutica especializada por equipo interdisciplinario en salud mental para víctimas de violencia sexual

Resignificar sentimientos de frustración (por no haber impedido la ocurrencia de la violencia sexual).

Promover la desculpabilización de la víctima de violencia sexual y su familia.

Disminuir la ansiedad.

Propiciar el afrontamiento y resolución.

Fortalecer la adherencia y continuidad de los tratamientos médicos en pro de la salud y calidad de vida de las víctimas de violencia sexual, establecidos de acuerdo con cada caso.

Promover el fortalecimiento de factores protectores y fortalecer las redes de apoyo.

**Figura13.** Estructura de la intervención psicoterapéutica por equipo interdisciplinario

Fases del proceso psicoterapéutico	Productos de cada fase	Movilidad por el SGSSS (ac08)
Valoración inicial	Encuadre terapéutico Análisis de caso Plan de tratamiento	Consulta ambulatoria de medicina especializada / psiquiatría.
Valoración inicial	Implementación del plan de tratamiento. Análisis de riesgo	Consulta por psicología. Psicoterapia individual por psiquiatra y psicólogo. Psicoterapia familiar por psiquiatra, psicólogo o trabajador social.
Intervención Visita domiciliaria	Cumplimiento de objetivos	Psicoterapia Grupal. Intervención psicofarmacológica especializada para cuadros clínicos específicos, siempre que esté indicada por psiquiatra.
Cierre	Plan de seguimiento al mantenimiento de la recuperación clínica y al cumplimiento de los protocolos de manejo de violencia sexual	Seguimiento domiciliario. Seguimiento clínico y de referencia / contrarreferencia por médico general de APS en contacto con el equipo interdisciplinario de salud mental
Seguimiento !->		

De acuerdo con las características de cada caso, el enfoque terapéutico del equipo, así como el estilo terapéutico de cada profesional involucrado, se diseñarán las estrategias y técnicas específicas de intervención, en el marco de las características generales ya anteriormente citadas. Del mismo modo variará la duración y número de sesiones requeridas para adelantar cada fase.

El equipo humano básico necesario para brindar una atención integral en salud mental a víctimas de violencia sexual en ámbitos ambulatorios u hospitalarios está integrada por:

Profesional de la medicina con especialidad médica en psiquiatría y entrenamiento específico en el manejo de las víctimas de violencia sexual.

Profesional de la psicología con experiencia en clínica y entrenamiento específico en el manejo de las víctimas de violencia sexual.

Profesional de trabajo social con experticia o formación en salud mental.

Profesional de la enfermería con experticia y formación en salud mental.

Aunque no es miembro permanente del equipo interdisciplinario de salud mental el médico general de la atención primaria en salud, encargado del seguimiento de las víctimas de violencia sexual referidas para atención especializada por equipo interdisciplinario en salud mental, debe estar en contacto permanente con la enfermera profesional del equipo, pues es responsable del seguimiento a la evolución clínica del caso, así como a los procesos de referencia y contrarreferencia.

En aquellos contextos en que predominan pacientes pertenecientes a etnias indígenas y afro descendientes, también ha de otorgarse un papel específico a los cuidadores tradicionales de la salud en el marco de los procesos de atención terapéutica interdisciplinaria diseñados por el equipo de salud mental. Debe notarse que en muchos casos una misma víctima está expuesta a más de una condición de las contempladas por el enfoque diferencial explicitado al principio de este documento. La flexibilidad y habilidad del equipo clínico deberá integrar aspectos terapéuticos para cubrir esas diversas necesidades manifiestas, en virtud de las características de cada persona y las singularidades de cada caso de victimización sexual.

Sin embargo, describir el tipo de intervención terapéutica a ser brindada a cada una de esas poblaciones especiales sobrepasa los límites de este texto por lo tanto, es importante remitir las personas y organizaciones responsables e interesadas a la literatura disponible, en el marco de la identificación de unos derroteros comunes que guíen las intervenciones, tal como se expone a continuación:

#### **6.3.4.2 Fase de Valoración Inicial**

El hecho de que haya un proceso de remisión por una situación vivida de violencia sexual a proceso psicoterapéutico, no quiere decir que a ciegas se inicie una intervención, se requiere dedicar sesiones (una o dos) al análisis del caso,

sesiones que deben incluir la voz de la víctima, la familia y el equipo interdisciplinario. En esta fase se establecen objetivos terapéuticos y se unifican entre la víctima y los profesionales expectativas e intereses.

En esta fase se realiza el diligenciamiento de los datos de ingreso del paciente y apertura de la historia clínica y es orientada a partir de una entrevista semiestructurada que valore:

Afectación individual (identificación de signos y síntomas)

Afectación familiar, laboral, social

Valoración de redes de apoyo familiar e institucional

El proceso de valoración debe generar como productos:

### **Encuadre terapéutico**

Es importante tener en cuenta que se debe generar un ambiente de tranquilidad y confianza, que permita la conversación en pro de desmitificar la culpa que en un gran número de ocasiones hace parte de las personas sobrevivientes y a la vez garantice la adherencia del/ la sobreviviente al proceso completo. Para esto es muy importante que queden claras las reglas del proceso que se va a iniciar desde la honestidad, el respeto, el diálogo, la escucha y la voluntad de asistir al proceso.

### **Análisis de caso**

En el cual se realiza una lectura clara de las voces que intervienen en el caso. (Entre estas de la víctima de violencia sexual, su familia y las instituciones)

Identificar de forma clara el motivo de consulta. Es importante no dar por hecho que toda persona sobreviviente de violencia sexual requiere de un proceso terapéutico con iguales características e intensidad, eso depende de la valoración de cada caso. Para ello se sugiere que el profesional se haga las siguientes preguntas en relación a cada caso particular:

¿Se requiere proceso psicoterapéutico?

¿Quién lo requiere?: El - la sobreviviente, la familia, ambos, se debe incluir a alguien más?

Establecer quienes integran el entorno del paciente, como pueden favorecer la recuperación y en conjunto valorar a quienes son los afectados y/o afectadas.

Conocer y analizar el contexto de la víctima de violencia sexual, características de la violencia vivida, la familia y el grupo social inmediato, estructura de la comunidad, condiciones laborales, contribución de vecinos, servicios sociales y valores culturales y creencias, para priorizar ejes de acción.

Valorar el evento vivido en relación a los riesgos y el grado de afectación.

## **Plan de tratamiento**

Se deben organizar las acciones en un plan de tratamiento el cual debe contener objetivos de intervención por disciplina (de acuerdo con el (al) equipo interdisciplinario con el que se cuenta), puntos de articulación, acciones a ejecutar, seguimiento y evaluación, por lo cual debe ser un ejercicio interdisciplinario. Para esto es muy importante tener en cuenta la valoración del riesgo y que acciones se han desarrollado en torno al caso), una lectura clara de los sucesos ocurridos y de lo que espera la víctima y su familia frente al proceso terapéutico.

Se establecerá el acuerdo sobre el objetivo de la terapia y el planteamiento de metas articulados conjuntamente con la víctima de violencia sexual y su familia (si es la red de apoyo) y se decidirá con quien se iniciara la terapia.

El proceso psicoterapéutico se basa en el uso de diferentes modalidades de terapia como terapias individuales, familiares, grupales, visitas domiciliarias y procesos de seguimiento, las cuales se organizaran en un plan de tratamiento construido para cada víctima y su familia de acuerdo a la situaciones particulares, teniendo claro que estas acciones deben aportar al restablecimiento de derechos, posibilitar la recuperación emocional para el afrontamiento de la situación, e integrar de la víctima de violencia sexual y su familia dentro de la red de instituciones y servicios de la comunidad con el fin de garantizar sostenibilidad del proceso de recuperación a corto, mediano y largo plazo.

### **6.3.4.3 Implementar el plan de tratamiento**

El proceso de intervención terapéutica contara con psicoterapias individuales, familiares, domiciliarias, grupales y acciones de seguimiento.

#### **Psicoterapia individual**

La sesión individual brinda la posibilidad de leer la narrativa de la persona sobreviviente, encontrar sus emociones y sensaciones, sin que la voz de otra persona se anteponga a lo que él o ella siente. Permite que se puedan contar cosas que podría retener en el momento en que un familiar u otra persona se encuentren dentro de la sesión, permitiendo posibilitar un cambio de orden individual sin vincular otras redes sociales.

#### **Psicoterapia familiar**

(En casos de violencia sexual intrafamiliar no se indica este tipo de intervención.) La sesión familiar permite que otras voces puedan relatar lo sucedido en pro de resignificar los sentimientos comunes en torno a la agresión, posibilita que la persona sobreviviente encuentre y visibilice redes sociales de apoyo, proporciona una mayor lectura del contexto en donde se tiene en cuenta los vínculos, los rituales familiares, las creencias y las pautas relacionales, identificando vulnerabilidad, factores protectores y de riesgo.

Tendrá como objeto promover la reorganización de la familia de forma protectora para la persona sobreviviente, promover la identificación y activación de redes de apoyo social como soporte a las acciones que se emprenden y permitir la

reelaboración de un evento que pudo ser traumático para toda la familia y donde todos pasan a ser víctimas.

La psicoterapia familiar tiene como objeto promover la reorganización de la familia de forma protectora para la persona víctima de violencia sexual, promover la identificación y activación de redes de apoyo social como soporte a las acciones que se emprenden y permitir la reelaboración de un evento que pudo ser traumático para toda la familia y donde todos pasan a ser víctimas de la situación.

### **Psicoterapia Grupal**

(No se indica en casos de fobia social)

Está definida como un encuentro entre un grupo de pacientes y el terapeuta encargado de la atención, en un momento determinado, con unos objetivos claros y una metodología adecuada a las edades de los participantes.. Este encuentro puede tener una duración entre 1 hora y 2 horas.

La intervención grupal se dirige a la recuperación de los efectos de la violencia sexual, y se establece como complemento a las acciones generadas para la atención especializada en salud mental. En este sentido es indispensable que las intervenciones grupales, sean un siguiente paso al inicio o finalización de procesos de terapia individual y familiar que evalúen la situación, el riesgo y la definición e implementación de planes de seguridad y autoprotección.

La elección de una metodología grupal es una alternativa de intervención reciente como una forma eficaz de tratar con los efectos de la violencia, incluida la sexual, ya que tiene los siguientes beneficios:

Permiten una mayor cobertura cuando los recursos son escasos.

Son apropiadas para reducir la estigmatización de los-las víctimas de violencia sexual, mitigando procesos de victimización terciaria y secundaria (revictimización).

Son apropiadas para posibilitar la solidaridad entre los-las víctimas de violencia sexual.

Son medios apropiados para ofrecer, recibir y compartir educación e información sobre la violencia sexual.

Entre los modelos de intervención grupal el más oportuno en el marco de la violencia sexual es el grupo de apoyo. Estos posibilitan:

Tener una experiencia de apoyo positivo.

Aprender formas asertivas y directas para expresar sentimientos y resolver conflictos.

Compartir y aprender de otras personas afectadas por la misma problemática sus maneras de afrontamiento.

Tomar conciencia de las diferencias y similitudes de las experiencias.

Comprender cómo la violencia ha afectado sus vidas y ha disminuido la capacidad de control de la misma.

Tener información acerca de los distintos tipos de violencias. Aprender que no son responsables de la violencia sexual vivida.

Desarrollar planes auto-protectores.

Comprender que no son las únicas y los únicos que han sido víctimas de la violencia sexual.

Explorar las pérdidas personales por la violencia sexual.

Compartir experiencias con el grupo trascenderlo a la familia.

**Visita domiciliaria.** Es muy importante integrar al proceso, la intervención domiciliaria (TS), ya que es allí donde directamente se pueden valorar los riesgos en el escenario familiar (contexto real), y de esta forma prevenir nuevos eventos de violencia en cualquiera de sus formas y/o ejercida a otros miembros de la familia.

#### 6.3.4.4. Fase de intervención terapéutica

Esta fase tendrá como base las potencialidades de los seres humanos como foco para la resolución y resignificación del evento de violencia sexual.

Cada sesión debe ser estructurada desde el encuentro anterior teniendo en cuenta las estrategias a utilizar en la sesión, las tareas y acuerdos hechos con los consultantes y sus familias, realizar un chequeo y una lectura del cambio en torno a los objetivos terapéuticos establecidos.

##### **Elementos de intervención.**

(se evaluará la pertinencia para cada caso)

La comprensión de una sexualidad sana y natural, haciendo énfasis en los derechos sexuales y derechos reproductivos. Se deben realizar actividades para comprender el desarrollo humano (etapas del ser humano, fisionomía del cuerpo, etc), ¿Qué es sexualidad? y sus manifestaciones, identificar valores, actitudes y creencias frente al sexo y la sexualidad.

Facilitar la comprensión e integrar sentimientos y pensamientos asociados a la violencia sexual. La víctima de violencia sexual debe inicialmente comprender que esta situación debe hacer parte de su pasado y que no puede determinar su futuro. Las sesiones deben estar encaminadas a la identificación y reconocimiento de las emociones frente a la violencia sexual; a los hechos y al agresor. Además de la expresión de sentimientos y pensamientos.

Sus necesidades y valores, desarrollar sus propias metas y los recursos internos para alcanzarlas. El mejor recurso interno es un sentimiento positivo sobre sí mismos y su capacidad para enfrentar los retos.

Aumentar la comprensión de las víctimas acerca de las asociaciones y creencias distorsionadas respecto del sexo y la sexualidad y sus formas de mantenimiento.

Ayudar a las víctimas de violencia sexual a observar y evaluar sus propios comportamientos, a estar conscientes de las circunstancias que anteceden.

Los límites o la ausencia de estos (físicos, emocionales y sexuales) en la vida cotidiana de los pacientes. A partir de la identificación de los límites permite al terapeuta intervenir e implementar nuevas formas de comportamiento y de relacionarse.

Aumentar la capacidad de los pacientes víctimas de violencia sexual para establecer conexiones con personas positivas y construir objetos internos que apoyen su futuro crecimiento.

**Intervención domiciliaria.** Es muy importante integrar al proceso, la intervención domiciliaria (a cargo preferiblemente de un profesional de Trabajo social), ya que es allí donde directamente se pueden valorar los riesgos en el escenario familiar (contexto real), y de esta forma prevenir nuevos eventos de violencia en cualquiera de sus formas y/o ejercida a otros miembros de la familia.

La intervención del área de Trabajo Social debe tener los siguientes objetivos específicos:

Promover medidas de protección a las víctimas de violencia sexual

Coordinación intersectorial e interinstitucional tendiente a facilitar acciones necesarias para atención del caso en otras instancias, incluyendo denuncias, tramite de remisiones entre otras

Coordinación interdisciplinaria que garantice la adherencia al tratamiento

Orientar al grupo familiar frente a los derechos a nivel general y a los derechos sexuales y derechos reproductivos

Apoyar a las familias y comunidades en situaciones de crisis

Promover la reorganización de la familia, de manera protectora para la víctima

Detectar y poner en conocimiento situaciones de reincidencia de violencia sexual o identificar y canalizar otras personas de la comunidad afectadas por situaciones de violencia sexual (en muchos casos por parte de un mismo agresor o agresora).

Activar redes de apoyo social

Realizar actividades de rehabilitación basada en la comunidad (RBC)

Realizar actividades de promoción del bienestar psicosocial y de salud mental y de prevención de problemas psicosociales y trastornos de salud mental.

#### 6.3.4.5 Fase de Cierre

El cierre del proceso psicoterapéutico se definirá ante el alcance de los objetivos terapéuticos y la lectura y valoración del grupo interdisciplinar, es importante valorarlo también desde el escenario interventivo con la familia y la misma víctima.

Es importante en esta fase hacer procesos de referencia a que haya lugar, teniendo en cuenta los recursos propios y los de otras instituciones y sectores, buscando la ampliación del tejido social de soporte.

La referencia debe hacerse respondiendo a:

¿Cuáles son los apoyos adecuados?

¿Cómo hacerlos accesibles?

#### 6.3.4.6 Fase de Seguimiento

Todo proceso psicoterapéutico debe garantizar una fase de seguimiento a corto, mediano y largo plazo, con el fin de valorar el impacto de la intervención en el contexto individual y relacional de la persona sobreviviente de violencia sexual; garantizar que a largo plazo, el daño producido sea efectivamente reparado y que el sistema familiar se ajuste frente a la superación del evento.

### 6.3.5 Otras formas de atención en salud mental

La atención en salud mental puede ser complementada, fortalecida y sostenida por otras estrategias de intervención alternativas a las terapias tradicionales, teniendo claro que en ningún caso reemplazarán los procesos de atención terapéutica profesionales (terapia breve y/o psicoterapia).

En este marco se presentan las siguientes modalidades frente a la atención de la violencia sexual:

#### **Salud Mental comunitaria**

Con base en los recursos de las comunidades y su capacidad auto organizativa y de control social, las comunidades son estratégicas en el fortalecimiento y sostenimiento de procesos de atención en salud mental.

La salud mental comunitaria tiene los siguientes objetivos:

Detectar y poner en conocimiento situaciones de reincidencia de violencia sexual o identificar y canalizar otras personas de la comunidad afectadas por situaciones de violencia sexual (en muchos casos por parte de un mismo agresor o agresora).

Realizar seguimiento institucional para la garantía de los derechos y su exigibilidad.

Activar redes de apoyo social

Brindar primera ayuda psicológica

Realizar actividades de rehabilitación basada en la comunidad (RBC)

Realizar actividades de promoción del bienestar psicosocial y de salud mental y de prevención de problemas psicosociales y trastornos de salud mental

## Modelos de intervención grupal:<sup>1</sup>

La intervención grupal se dirige a la recuperación de los efectos de la violencia sexual, y se establece como complemento a las acciones generadas para la atención especializada en salud mental dada desde la terapia breve y la psicoterapia. En este sentido es indispensable que las intervenciones grupales, sean un siguiente paso al inicio o finalización de procesos de terapia individual y familiar que evalúen la situación, el riesgo y la definición e implementación de planes de seguridad y autoprotección. Es decir, el grupo constituye un paso siguiente al primer nivel de ayuda o intervención en crisis.

La elección de una metodología grupal es una alternativa de intervención elegida recientemente como una forma eficaz de tratar con los efectos de la violencia, incluida la sexual ya que tiene los siguientes beneficios:

Permiten una mayor cobertura cuando los recursos son escasos.

Son apropiadas para reducir la estigmatización de los-las sobrevivientes de violencia sexual, mitigando procesos de victimización terciaria y secundaria (revictimización).

Son apropiadas para posibilitar la solidaridad entre los-las sobrevivientes.

Permiten trabajar el concepto “lo personal es político”.

Son medios apropiado para ofrecer, recibir y compartir educación e información sobre la violencia sexual y formas solidarias de convivencia.

Son recursos ideales para combatir el aislamiento

Entre los modelos de intervención grupal el más oportuno en el marco de la violencia sexual es el grupo de apoyo, a través de los cuales se posibilita:

Tener una experiencia de apoyo positivo.

Aprender formas honestas y directas para expresar sentimientos.

Tomar conciencia de las diferencias y similitudes de las familias.

Aumentar autoestima.

Comprender cómo la violencia ha afectado sus vidas.

Tener información acerca de los distintos tipos de violencias.

Aprender que no son responsables de la violencia sexual vivida.

Desarrollar planes auto-protectores.

Comprender que no son las únicas y los únicos que han sufrido violencia sexual.

Aprender formas creativas para resolver conflictos.

Explorar las pérdidas personales por la violencia sexual.

Compartir experiencias con el grupo y lo que se aprende llevarlo a la familia.

<sup>1</sup>Tomado y adaptado de: Serie Género y Salud Pública Abuso Sexual en Mujeres Adolescentes. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS

Estos grupos deben ser liderados por profesionales de salud mental con experiencia en el manejo integral de la violencia sexual, capacitados en perspectiva de derechos y género y la relación con la violencia sexual, entrenamiento especializado en las dinámicas en que se establece la violencia sexual, la vinculación entre diferentes formas de violencia, las consecuencias y las estrategias de recuperación y empoderamiento. Es indispensable además que tengan información y educación acerca de normas éticas para trabajar la violencia sexual, normatividad, procesos intersectoriales y abordaje integral.

### **6.3.6. Necesidades especiales del/la niña, niño o adolescente que ha sido víctima de violencia sexual, rol de la familia y del sector salud en perspectiva de ciclo vital en la intervención por equipo interdisciplinario en salud mental.**

Es importante promover que la familia se convierta en un elemento protector y fundamental para la recuperación de la víctima, niña, niño o adolescente. Para lograrlo el sector salud podrá orientar a los familiares, cuidadores o personas que puedan hacer acompañamiento y protección, en actitudes y comportamientos deseables que favorecerán la experiencia de la víctima y un manejo de su recuperación.

La familia, visibilizada y fortalecida como red de apoyo para la víctima de violencia sexual, es indispensable en los procesos de recuperación emocional. A continuación se establecen líneas de trabajo transversales con la familia las cuales son importantes de establecer desde la primera ayuda en salud mental, hasta el cierre de procesos psicoterapéuticos:

Desculpabilización respecto a la ocurrencia del abuso

Responsabilización del proceso de recuperación de la víctima. Esta perspectiva se contrapone a la estigmatización que la sociedad hace de la víctima de violencia sexual y de la madre y la familia sean culpados en los casos de la violencia sexual (principalmente de niños y niñas) brindándole a aquella familia protectora un espacio donde, sin ser juzgada, reciba apoyo frente a las múltiples tareas y dificultades que se le presentan tras la revelación.

Clarificación del rol de los agresores en la dinámica familiar, cuando este hace parte de la familia. Cuando el agresor hace parte del medio familiar, por ejemplo es el padre o el padrastro la madre del niño, niña, adolescente abusado, la pareja del agresor suele experimentar reacciones ambivalentes entre la incredulidad, la negación, la rabia, la impotencia, la necesidad de cuidar al hijo/a y los sentimientos que le unen al agresor. Tomar una postura de protección hacia el hijo no siempre se da de manera inmediata o permanente. Esta madre requerirá un proceso de acompañamiento terapéutico y familiar que le ayuden a superar la situación crítica y establecer cuál sería su postura frente a la situación y al cuidado y protección de la víctima y de sus otros hijos.

Cuando el agresor es otro miembro de la familia, (hermano, primo, tío) y si este es menor de edad, deberá establecerse junto con la entidad de protección ICBF, cuál será el proceso de tratamiento en la familia, del agresor menor de 18 años, y el proceso de acompañamiento familiar para superar la fase de ajuste, recuperación y reintegración del agresor al medio familiar.

El mensaje a paciente y su familia debe ser claro, si bien el abuso sexual es una experiencia devastadora, siempre se debe trabajar en la recuperación de la salud de la víctima y su entorno.

Resignificar lo ocurrido: Es muy importante ayudar a que la familia protectora le de un nuevo sentido a la experiencia:

Se les debe ayudar a identificar en forma más precisa y realista los efectos que la violencia sexual ha tenido en el/la sobreviviente. Conocer los efectos a corto, mediano y largo plazo, haciendo que estos puedan percibirse como reacciones temporales que pueden ser superadas con el debido apoyo y, a su vez, posibles de ser acogidas y reguladas desde los vínculos familiares y los apoyos institucionales.

Apoyar el fortalecimiento de otras áreas vitales y relacionales no vinculadas con la situación de violencia.

Apoyar el reconocimiento del impacto que el hecho violento ha tenido en los miembros de la familia.

Reconocimiento y activación de recursos familiares orientados a la reparación del/la sobreviviente.

Darle la verdadera dimensión que el hecho violento puede tener en la víctima, entendiendo que sin duda puede ser una situación traumática y dolorosa que puede afectar el normal desarrollo del sobreviviente (especialmente NNA), se comprende que las y los miembros de la familia deban generar alternativas específicas que le permitan dar respuesta a las necesidades especiales que esté presentando el/la sobreviviente.

Por tanto, se requiere incorporar al proceso terapéutico una orientación respecto de cuáles son las actitudes y conductas concretas que, desde su rol materno, paterno, fraterno, pueden implementar para apoyar al/ la sobreviviente ante el abuso y favorecer el proceso de recuperación.

**Tabla 28.** Indicaciones generales del sector salud en las intervenciones institucionales en víctimas de violencia sexual

¿Qué necesita la víctima?	Lo que se debe fomentar en la familia	Recomendaciones
<p>Contar con un medio protector que disminuya su vulnerabilidad y riesgo a nuevas situaciones de violencia.</p>	<p>Que la familia logre entender las circunstancias difíciles que afronta la víctima, sobreponerse a la situación de crisis y genere acciones de protección, comportamientos de apoyo y desculpabilización. Que el niño, niña o adolescente permanezca escolarizada y disfrute de experiencias gratificantes en el contexto escolar.</p>	<p>Preguntar a la víctima o al sobreviviente sobre su red de soporte social e identificar a quiénes pueden ejercer un rol de protección y compañía en el proceso de atención institucional e interinstitucional. Fomentar, desde las competencias del sector salud y habilidades y saberes propios del equipo interdisciplinario de salud mental, la inserción y permanencia escolar y la adecuada adaptación a este medio.</p>

¿Qué necesita	Lo que se debe fomentar en la familia	Recomendaciones
<p>Sentir que la revelación que ha hecho es creída, que no se le está manipulando, que no ha perdido valor por lo que le ha ocurrido y que le siguen queriendo.</p>	<p>Que crea lo que la víctima ha planteado y le ayude a entender que no es culpable de la situación. Demostrarle que se le cree sin cuestionarla, escuchándola activamente expresándole directamente que la quieren y que eso no va a cambiar por lo que ha ocurrido.</p>	<p>Registrar en la historia clínica, entre comillas, todo lo que dice sin cuestionarlo, sin profundizar en hechos o eventos.  Orientar a la familia sobre la necesidad de creerle a la víctima y realizar demostraciones de afecto y comprensión.  Orientar a la familia sobre la necesidad de no presionar a la víctima de violencia sexual o sobreviviente. Hacerle entender el proceso difícil por el que está pasando y la necesidad de apoyarle y ayudarlo a recuperar. Principalmente, en los casos en que la violencia sexual se manifiesta como abuso sexual intrafamiliar y cuando el agresor es cercano a la familia, es frecuente que la familia en un comienzo pase por procesos de negación e incredulidad.-Es muy importante que el profesional de salud se anticipe a esta situación y que categóricamente ponga de manifiesto que al sobreviviente hay que creerle y que no es el responsable de la situación violencia</p>
<p>Saber que el abuso no fue su culpa</p> <p>Ser tranquilizada por un adulto</p>	<p>Promover que la familia diga explícitamente que ellos saben que no ha sido culpa suya. Que la culpa siempre es del agresor.  La familia debe tratar de mostrar tranquilidad hacia el niño o la niña. Es importante que se le tranquilice a través de palabras positivas, expresiones que planteen que todo va a mejorar de ahí en adelante y que las cosas van a estar bien. Que el sobreviviente no está solo y que cuenta con ellos.</p>	<p>Explicarle a la familia que el sobreviviente no ha tenido la culpa. Nada de lo que hizo justificaba la violencia sexual. La culpa siempre es del agresor.  El profesional de la salud debe tener una actitud tranquila, empática y respetuosa. Es importante que se tranquilice al sobreviviente a través de palabras positivas, expresiones que planteen que todo va a mejorar de ahí hacia adelante y que las cosas van a estar bien. Y que se le va a ayudar.  En la situación de post-revelación los miembros de la familia pueden entrar en una situación de crisis, más aun si la situación de violencia ha ocurrido al interior de la familia, o si se tiene cercanía con el agresor. En muchas oportunidades es</p>

¿Qué necesita la víctima?	Lo que se debe fomentar en la familia	Recomendaciones
<p>Ser tranquilizada por un adulto</p> <p>Sentir que hizo bien al contar</p>	<p>Expresarle abiertamente que hizo muy bien en contar lo ocurrido, que va a tener ayuda y que no debe tener miedo por sí misma o sus seres queridos.</p>	<p>Indispensable que la familia reciba el acompañamiento salud mental ya sea desde una orientación inicial, la primera ayuda en salud mental, un proceso de intervención breve, un grupo de apoyo a la psicoterapia individual o grupal.</p> <p>Orientar sobre la necesidad de no presionar al sobreviviente para que hable de lo ocurrido. Explicarle que no se debe regañar, manipular, e inducir con preguntas para que cuente lo ocurrido. Explicarle a la familia que el sobreviviente no ha tenido la culpa. Nada de lo que hizo justificaba la violencia sexual. La culpa siempre es del agresor.</p>
<p>Sentirse protegida</p>	<p>Que el sobreviviente debe sentir que la situación de violencia sexual no va a repetirse.</p>	<p>La institución de salud debe garantizar que establecerá los procesos de atención, acompañamiento y referenciación institucional e interinstitucional para que se garantice la protección del sobreviviente. El personal de salud debe movilizar la red protectora familiar e identificar posibles riesgos y el plan de protección. Además, activar las rutas institucionales justicia y protección.</p> <p>Ayudarle a establecer mecanismos o estrategias con los que la víctima pueda ayudar a evitar un nuevo hecho de violencia sexual. Un caso que ha sido detectado y atendido por la institución no debe volver a repetirse. Si esto ocurre, habría que revisar si el proceso de atención, acompañamiento familiar e institucional se realizó adecuadamente.</p>
<p>Expresar como se siente</p>	<p>La familia debe comportarse de manera receptiva y paciente frente a las consecuencias emocionales del evento.</p>	<p>El profesional del sector salud debe informar a la familia cuáles son las consecuencias más frecuentes de la violencia sexual e informar sobre algunas alternativas de manejo hacia los mismos.</p>

¿Qué necesita la víctima?	Lo que se debe fomentar en la familia	Recomendaciones
<p>Expresar como se siente</p> <p>Sentirse valiosa y competente</p>	<p>Es muy importante que los miembros de la familia puedan desarrollar destrezas y habilidades en comunicación que ayuden al sobreviviente en su proceso de recuperación.</p> <p>La familia debe mostrar énfasis en las cualidades, logros, habilidades del sobreviviente, tratando de hacer énfasis en otras actividades y hechos vitales que le pueden ser gratificantes.</p> <p>Que aunque es importante reconocer que lo ocurrido es un hecho difícil, hay que tratar que la vida del menor recupere su normalidad. La familia protectora deberá tratar al sobreviviente con normalidad y sin ninguna discriminación.</p>	<p>Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual, Psicoterapia grupal, Grupos de apoyo.</p> <p>Si en la evaluación que realiza el profesional de salud mental es evidente que no cuentan con esas destrezas, deberá trabajar, en el plan de tratamiento familiar, en el desarrollo de las mismas.</p> <p>El profesional de la salud debe hacerle énfasis a la familia en el proceso de confidencialidad en su medio social y familiar. El hecho solo deben conocerlo quienes hayan estado en contacto con la situación de revelación, y ejerzan un rol protector hacia el sobreviviente. Ello puede evitar revictimizaciones sociales posteriores hacia el sobreviviente.</p>
<p>Verse a sí misma como una persona normal</p>	<p>Se debe a toda costa evitar que la familia lo rotule por la situación que le ha ocurrido. Que el sobreviviente debe sentir que la situación de violencia sexual no va a repetirse.</p>	<p>De otro lado se debe hacer claridad para que el delito de violencia sexual sea denunciado, pues esta es la única manera de prevenir que otras situaciones de violencia sexual vuelvan a presentarse. Es importante que se oriente para que se establezca si el agresor ha estado en contacto con otras posibles víctimas, y establecer los mecanismos de protección social para evitar que mientras se ejerce su judicialización, agrede sexualmente a otras personas.</p>
<p>Sentir que puede seguir siendo un niño, niña o adolescente</p>	<p>La familia debe promover que el menor juegue, la pase bien y se divierta, asumiendo el rol que es normal para su lugar en el ciclo de vida.</p>	<p>Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual, Psicoterapia grupal, Grupos de apoyo.</p> <p>Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual, Psicoterapia grupal. Grupos de apoyo de trabajo sobre masculinidad: Psicoterapia Individual, Psicoterapia grupal.</p>

¿Qué necesita la víctima?	Lo que se debe fomentar en la familia	Recomendaciones
<p>Sentir que puede disfrutar de su sexualidad (especialmente en el caso de niñas y adolescentes)</p> <p>En caso de niños, niñas y adolescentes, Volver a confiar en el mundo de los adultos.</p> <p>Adaptarse a sus actividades y roles</p>	<p>La familia debe actuar de forma consistente y apoyar al sobreviviente de forma incondicional garantizando que la situación de violencia no se va a volver presentar.</p> <p>Apoyar la reincorporación del sobreviviente a sus actividades normales.</p>	<p>Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual, Psicoterapia grupal, Grupos de apoyo.</p>

**Tabla 29.** Orientaciones generales para el diseño de intervenciones terapéuticas, por equipo interdisciplinario en salud mental para la atención especializada de personas víctimas de violencia sexual con necesidades terapéuticas especiales por su pertenencia a otros grupos humanos sujetos a especial protección

Tipo de población con necesidades especiales.	Orientaciones especiales para la acción clínica por equipo interdisciplinario en salud mental.	Bibliografía inicial de apoyo al equipo terapéutico interdisciplinario en el desarrollo de intervenciones terapéuticas sensibles a necesidades de grupos humanos sujetos a especial protección.
<p>Mujeres, niñas, y adolescentes femininas víctimas de violencia sexual.</p>	<p>Superar la formación tradicional en terapia y evaluación de la salud mental por psiquiatras y psicólogos, que se orienta más bien hacia la interpretación intrapsíquica y deficitaria que a lo relacional y lo saludable, y es acrítica ante los dispositivos de poder que están inmersos en la violencia de género.</p>	<p>Bosch, E.; Ferrer, V.; Alzamora, A. (2005). "Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género" <i>Feminismo/s</i>, 6, diciembre, pp 121 – 136. <a href="http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3185/1/Feminismos6_09.pdf">http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3185/1/Feminismos6_09.pdf</a></p> <p>Cabruja, T. (2008) "¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de la psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana". <i>Pro-Posições</i>, V. 19, No. 2 (56) – maio/ago. <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73072008000200004&amp;lng=pt&amp;nrm=iso&amp;tln">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73072008000200004&amp;lng=pt&amp;nrm=iso&amp;tln</a></p>

Tipo de población con necesidades especiales.	Orientaciones especiales para la acción clínica por equipo interdisciplinario en salud mental.	Bibliografía inicial de apoyo al equipo terapéutico interdisciplinario en el desarrollo de intervenciones terapéuticas sensibles a necesidades de grupos humanos sujetos a especial protección.
Mujeres, niñas, y adolescentes femeninas víctimas de violencia sexual.		<p>ACNUR (2003). “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR.  <a href="http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf">http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf</a></p> <p>Cabruja, T. (2008) “¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de la psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana”. Pro-Posições , V. 19, No. 2 (56) – maio/ago.  <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73072008000200004&amp;lng=pt&amp;nrm=iso&amp;tlng">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73072008000200004&amp;lng=pt&amp;nrm=iso&amp;tlng</a></p>
Personas pertenecientes al eje LGBTI	<p>Superar la formación tradicional en terapia y evaluación de la salud mental por psiquiatras y psicólogos, que se orienta más bien hacia la interpretación intrapsíquica y deficitaria que a lo relacio-nal y lo saludable; y que es acrítica ante los dispositivos de poder que están inmersos en la violencia de género, la homofobia y la inter/trans fobia.</p>	<p>ACNUR (2003) “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR.  <a href="http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf">http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf</a></p> <p>De la Espriella Guerrero, R. (2007). “Homofobia y psiquiatría”. rev.colomb. psiquiatr. vol.36 no.4 Bogotá Oct./Dec.  <a href="http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80636411.pdf">http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80636411.pdf</a></p> <p>Ardila, R. (2007). “Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas”. rev. colomb.psiquiatr. Vol. XXXVI No. 1.  <a href="http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80636106.pdf">http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80636106.pdf</a></p>
Personas pertenecientes a comunidades rurales y comunidades étnicas indígenas y afrodescendientes	<p>Intervenciones apropiadas, con respecto a prácticas tradicionales para el cuidado de la salud, tomando en cuenta los significados de salud mental propios del contexto de origen de la víctima.</p>	<p>ACNUR (2003). “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR.164 p.  <a href="http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf">http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf</a></p>

Tipo de población con necesidades especiales.	Orientaciones especiales para la acción clínica por equipo interdisciplinario en salud mental.	Bibliografía inicial de apoyo al equipo terapéutico interdisciplinario en el desarrollo de intervenciones terapéuticas sensibles a necesidades de grupos humanos sujetos a especial protección.
sometidas a violencia sexual en el marco del conflicto armado	Intervenciones, que se desarrollen en el marco de la más estricta confidencialidad, diseñadas para llevarse a cabo tomando en cuenta las restricciones en el acceso a servicios de salud propias de los contextos de guerra, y en concordancia con los principios del DIH y el DDHH.	ACNUR (2003) "Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta". ACNUR.164 p. <a href="http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf">http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf</a>

#### 6.4. El rol del equipo interdisciplinario de salud mental ante niños, niñas y adolescentes con comportamientos sexualizados vulnerantes hacia otros niños, niñas o adolescentes

El sector salud tiene una responsabilidad importante en la detección e intervención temprana de niños, niñas y adolescentes en los que empiezan a generarse comportamientos sexualizados inapropiados para el nivel de desarrollo y vulnerantes hacia otros niños, niñas y adolescentes, y que detectados y tratados tempranamente pueden prevenir que los primeros lleguen a generar acciones de abuso y agresión sexual. La detección inicial puede generarse en el sector salud y de allí se realizaran las acciones para remitir al ICBF, entidad que cuenta con un protocolo de intervención para estos casos.

##### 6.4.1 Posibles Causas de los Comportamientos Sexuales Problemáticos Infantiles

Existen muchas razones por las cuales un niño o una niña puede presentar comportamientos sexuales problemáticos. Puede notarse un aumento en los comportamientos sexuales que pueden hacer que un niño o niña presente comportamientos sexuales problemáticos, tales como tocar de manera compulsiva sus genitales, intentar penetrar por boca, vagina o ano a otros niños y niñas, amenazar a otros niños y niñas para que se dejen tocar, exponer sus genitales en público, son conductas que se observan en niños y niñas que:

Carecen de una supervisión adecuada.

Viven en entornos sexualizados, en los que los límites sexuales son difusos o inestables. La pornografía, los videos explícitos, o las películas con clasificación "para adultos", o los adultos que exponen a sus hijos a sus propios comportamientos y sentimientos sexuales, todo ello contribuye a crear una atmósfera sexualizada.

Han vivido en entornos en los que el sexo va rutinariamente de la mano con la agresión.

Han vivido en entornos sexualmente explícitos, en los cuales el sexo se utilizaba como artículo de intercambio.

Han sufrido abusos o negligencia de tipo físico o emocional.

Han sido víctimas de violencia sexual por haber sido obligados a observar, para placer de los adultos, ya sea los genitales o los comportamientos sexuales de éstos.

Han sido víctimas de abuso por haber sido observados o fotografiados desnudos para estimular sexualmente a otros (dos niños pueden haber sido obligados a practicar actos sexuales).

Han sido víctimas de abuso mediante contacto directo con sus cuerpos o por haber sido utilizados para estimular sexualmente el cuerpo de otros.

Aunque hasta el momento se desconoce la respuesta, es posible que las diferencias fisiológicas u hormonales sean responsables de las variaciones en los comportamientos sexuales infantiles (Gil & Johnson, 1993).

Cuando se vulnera rutinariamente el espacio físico y emocional de los niños y las niñas, puede quedar una angustia relacionada con el sexo, que luego se manifiesta en un aumento de los comportamientos sexuales. En algunos niños y niñas, el nivel de la sexualidad adulta sencillamente ha aplastado su capacidad para integrarlos a su sexualidad en desarrollo, y así los niños y las niñas presentan comportamientos sexuales para calmar su confusión, su tensión, y su ansiedad.

Es importante recordar la gran variedad de diferentes caminos que pueden llevar a una niña o un niño a involucrarse en comportamientos sexuales problemáticos. Muchas de las formas descritas pueden ser sexualmente abusivas, pero no son aquellas cosas que un niño o niña sabría cómo contarnos. Estas son formas más

soterradas o sutiles de violencia sexual a las cuales un niño o una niña se acostumbran. Con demasiada frecuencia, los clínicos creen que el único camino para llegar a los comportamientos sexualizados es que el niño o niña haya sido víctima de violencia sexual explícita. Cuando esto se convierte en el centro de las preguntas o de las suposiciones básicas del terapeuta, el niño o la niña puede sentirse impulsado a describir que fue víctima de violencia sexual, o bien puede sentirse mal por no haber sido víctima de dicha violencia.

También es importante recordar que aunque haya sido víctima de violencia sexual el niño o niña de manera explícita, este no es necesariamente un factor precursor del comportamiento sexual del niño o la niña. Es necesario permitir que sea el niño o la niña quien diga al clínico qué es lo que precipita el comportamiento, y no a la inversa. Es posible que lo que el niño o niña asocia a su propio comportamiento sexual sean las violaciones tanto ocultas como explícitas de los límites en el hogar.

### **Objetivo general:**

Facilitar procesos de comprensión y aceptación de la sexualidad y del abuso sexual cometido. Generando sentimientos de empatía y respeto con las víctimas, fortaleciendo procesos de autocontrol que se vean reflejados en la no reincidencia, y

que de la misma manera se convierten en la base fundamental de el tratamiento, pues en la medida que se desarrollan estrategias para la prevención de recaídas desde la psicoterapia estaremos actuando tangencialmente en prevención de nuevos episodios de victimización sexual.

**Objetivos específicos:**

Disminuir los comportamientos sexuales problemáticos

Comprender e integrar los sentimientos y pensamientos asociados al abuso sexual, físico y emocional

Aumentar la comprensión acerca de asociaciones y creencias erróneas y o perjudiciales en cuanto al sexo y a la sexualidad

Aumentar la comprensión frente a los patrones familiares que precipiten, sostengan o aumenten los comportamientos sexuales abusivos y demás comportamientos inadaptados

Enseñarles a regular la excitación emocional por otros medios que no sean comportamientos sexuales inadecuados y abusivos y entrenar en inhibición comportamental

Ayudarles a encarar los problemas, lo cual incluye el reconocimiento de la naturaleza y las dimensiones del abuso, afrontar las consecuencias legales y superar la perturbación, la vergüenza, la culpa y los temores vinculados con el proceso (Marchall 2001), debido a que los agresores llegan judicializados y con altos niveles de defensividad frente a los hechos, de los cuales se les acusa.

Alentar en esos niños, niñas y adolescentes un sentido de responsabilidad por la conducta abusiva que tuvieron y por sus vidas en general.

Ayudarlos a comprender por qué ocurrió el abuso.

Ayudarlos a comprender el impacto potencial que puede tener el abuso en las víctimas.

Alentar en ellos el desarrollo de relaciones de mayor estima y respeto.

Aumentar su capacidad para satisfacer necesidades en forma socialmente apropiadas

Aumentar la capacidad para observar y apreciar los sentimientos, necesidades y derechos de los demás

Aumentar la capacidad de observar y evaluar su propio comportamiento y a comprender las circunstancias que anteceden al mismo y las consecuencias de este.

Identificar y resolver los conflictos emocionales que han lo han llevado a un estado de desesperanza e ideaciones suicidas.

Desarrollar estrategias que incrementen la tolerancia al estrés.

Aliviar los impulsos suicidas y restablecer el sentido de esperanza de si mismo y su futuro.

#### **6.4.2 Intervenciones psicoterapéuticas del equipo interdisciplinario de salud mental ante ofensores menores de 14 años.**

A nivel mundial se ha encontrado que existe alrededor de un 20% de agresores sexuales menores de 18 años al cometer su delito, menores que constituirían una excepción que ameritaría tratamiento clínico desde el sector salud, pues los seguimientos realizados en agresores de este tipo, que han recibido intervenciones clínicas, muestran tasas de reincidencia del 10%, bastante más bajas de las que se obtendrían sin ninguna intervención clínica.<sup>194</sup>

En el ámbito colombiano el foco para las acciones del sector salud desde los equipos de atención en salud mental e intervención psicosocial debe ser puesto, entonces en aquellos menores de 14 años, en quienes de acuerdo con la literatura disponible, las posibilidades de transformar a futuro sus comportamientos sexuales violentos son más esperanzadoras que en la población adulta agresora sexual. En su valoración inicial y seguimientos debe chequearse constantemente la presencia de riesgos activos de auto o heteroagresión, así como la presencia de patologías que requieran intervención psicofarmacológica de acuerdo con los lineamientos generales establecidos para el manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico general, y de los síntomas psiquiátricos mediante psicofarmacoterapia a cargo del especialista en psiquiatría.

El trabajo con esta población debe ser realizado por un grupo interdisciplinario en salud mental debidamente entrenado y especializado en este tipo de intervenciones. Dicha intervención y seguimiento debe llevarse a cabo por el sistema de salud, Protección y justicia.

La intervención brindada debe incluir los siguientes aspectos:

Apoyo por grupo de pares.

Modificación de negación y minimización de la responsabilidad del abuso.

Educación sexual y promoción del autocuidado.

Generación de habilidades sociales.

Conciencia de la víctima.

Reconocimiento y modificación de distorsiones cognitivas sobre la violencia sexual y los roles de género.

Análisis del ciclo de abuso para entenderlo y detener su progresión.

<sup>194</sup>Bonner, B. (2008). Prevención y Tratamiento. En: Sanmartín, J. (Coord.) Violencia contra niños. Ariel. Barcelona. Pág. 131 – 152.

## 6.5. ¿Cuáles son los cuidados mínimos en salud mental para los trabajadores de la salud que atienden víctimas de violencia sexual?

Es importante frente al desgaste del profesional, que es propio de la atención en salud para víctimas de violencia sexual, generar estrategias para su prevención en los trabajadores y trabajadoras a través del aseguramiento de condiciones de trabajo dignas y seguras, ausencia de presión de tiempo para el desarrollo de la tarea, espacios para la expresión de sentimientos, estudios de caso e intercambio de experiencias que promuevan la salud mental de los profesionales de atención. Todo con el fin de evitar naturalizar las situaciones de violencia y la desesperanza frente a la superación de la misma.

Según el Decreto Ley 129 de 1994 y otras normas asociadas todas las acciones tendientes a la prevención de los riesgos para la salud del trabajador o trabajadora, ligados con el trabajo que desempeñan, es responsabilidad y competencia directa del empleador. En cuanto a la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) le compete brindar asesoría y asistencia técnica al empleador para efectuar dicha prevención. Es importante planear e implementar estrategias de intervención, desde el área de salud ocupacional, dirigidas a los trabajadores de la salud encargados de brindar la atención integral a víctimas de violencia sexual a fin de garantizar la preservación y el cuidado de su salud mental. Trabajadores quienes por razón de su tarea se ven continuamente expuestos al riesgo de tener efectos potencialmente negativos sobre su salud, surgidos de una condición laboral que les exige ser testigos de situaciones de violencia infringidas a otras personas.

Algunas de la problemáticas que se presentan con más frecuencia en los profesionales que trabajan en las áreas de la salud y sociales es el Síndrome de Fatiga Crónica o Síndrome de Burnout.

El "síndrome de fatiga crónica" o "síndrome del desgaste profesional" es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas en el nivel individual y organizacional, que ha despertado mucha atención en las últimas dos décadas en el ámbito de la Psicología (Buendía & Ramos, 2001; Hombrados; 1997). Entre otras definiciones del síndrome del Burnout, Burke (1987), lo explica como un proceso de adaptación del estrés laboral que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos & Buendía, 2001).

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

**Psicosomáticos:** Fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño,

**Físicos:** úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.

**Conductuales:** Absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros.

**Sociales:** Incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

**Emocionales:** Distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

**En ambiente laboral:** Detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Otros cuadros clínicos psiquiátricos y psicológicos que pueden ser desarrollados por estos trabajadores y trabajadoras de la salud en virtud de su trabajo son: trastornos por estrés postraumático (traumatización vicaria), síndrome por compasión, y trastornos depresivos, entre otros. Además de las enfermedades profesionales ya descritas, el manejo de personas que potencialmente pueden exhibir riesgos más o menos inminentes de auto o heteroagresión que los expone también a sufrir accidentes de trabajo por las características y contextos en que realicen su trabajo.

En concordancia con la normatividad vigente ya mencionada es a la Administradora de Riesgos Profesionales-ARP a quien corresponde responder ante el trabajador o la trabajadora en lo referente a las prestaciones asistenciales y económicas que correspondan ante casos ya dados de accidente de trabajo o enfermedad profesional.



## Capítulo 6.

### El Cuidado Integral de la Salud Mental desde el Sector

#### Salud ante la Violencia Sexual

NILDA CAROLINA TORRES GUTIÉRREZ

Psicóloga. Especialista en Estudios de  
Género. Mg(c). Estudios

GIOVANNA VELOZA MARTÍ

milia

ZULMA CONSUELO URREGO MENDOZA

Médica Psiquiatra. Epidemiólogo

MONICA VEJARANO VELANDIA, Ph.

Psicóloga. Mg. Terapia de Familia  
y Niños

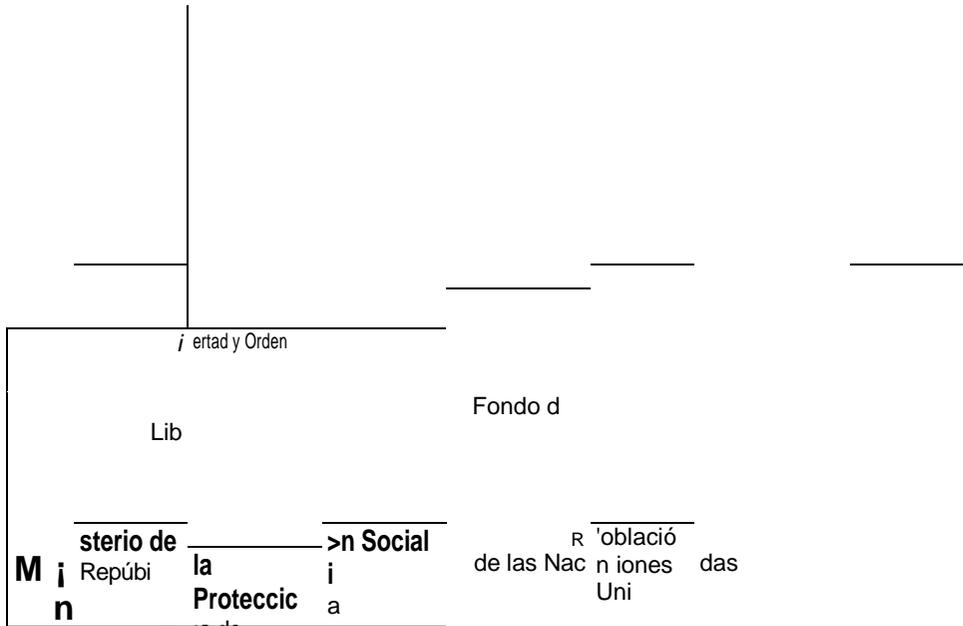
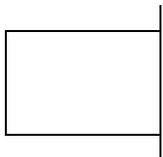
niños con énfasis en abuso Sexual y violencia Intrafamiliar

MIGUEL ENRIQUE CÁRDENAS RODRÍGUEZ









1

H