



Contenido

GUÍA DE LA RUTA INSTITUCIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	5
RED INTERINSTITUCIONAL	5
PROTOCOLO DE LA ATENCION INTRAHOSPITALARIA AL CONSUMO SPA	8
GUIA DE EVALUACION Y MANEJO PARA CASOS DE EMERGENCIA	9
GUIA DE EVALUACION Y MANEJO DE CASOS DE CONSUMO	10
DETALLES DE LA INTERVENCION	12
GUÍA DE LA RUTA INSTITUCIONAL DE INTENTO DE SUICIDIO	15
RESPONSABILIDAD	15
CRITERIOS PARA LA NOTIFICACION	15
GUIA DE MANEJO DE INTENTO DE SUICIDIO	17
DETALLES DE LA INTERVENCION	17
GUIA DE EVALUACION Y MANEJO	18
GUÍA DE LA RUTA INSTITUCIONAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL	21
RED INTERINSTITUCIONAL	21
SECTOR PROTECCION	21
GUIA DE ATENCION PARA LAS VIOLENCIAS	24
FACTORES DE RIESGO	25
	30

GUÍA DE LA RUTA INSTITUCIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

RED INTERINSTITUCIONAL

SECTOR SALUD

Entidades de Salud (Privadas y Públicas)

- Garantizar la atención integral del caso y asegurar las intervenciones individuales y familiares que se requieran de acuerdo a su competencia.
- De acuerdo a la valoración del caso, asegurarse de la canalización del evento a un nivel de complejidad superior (proceso de contrarreferencia)
- Diligenciar la ficha de notificación.
- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación en medio físico (cara A y B) a la Dirección local de Salud.
- Permitir a las autoridades locales, departamentales o nacionales de Salud el desarrollo de investigaciones necesarias para ampliar el caso.
- En el caso que la víctima sea niño, niña o adolescente la Institución de Salud deberá notificar inmediatamente al centro Zonal del ICBF más cercano, o la Comisaría de Familia.
- Realizar seguimiento del caso.

Dirección Local de Salud (DLS)

- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación en medio físico (cara A y B) a la Secretaría de Salud Departamental.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo a la totalidad de los eventos.
- Asegurar atención psicosocial y seguimiento a la totalidad de los eventos, diligenciar la batería de seguimiento y enviarla a la Secretaría de Salud Departamental.

- Realizar Comités de vigilancia a la totalidad de los eventos que se presenten en el municipio y enviar la información a la Secretaría de Salud Departamental.
- Realizar acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

Secretaría de Salud Departamental (SSD)

- Realizar asistencia técnica y capacitación requerida a las Direcciones Locales de Salud.
- Concurrir con la Dirección Local de Salud en la realización de los comités de vigilancia dado para los eventos presentados en el municipio.
- Apoyar a los municipios en la implementación del sub-sistema de vigilancia en Salud mental y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando se requiera.
- Articular con la Dirección Local de Salud en las acciones de promoción, prevención y control.
- Realizar análisis epidemiológico de la situación de salud, de los entes municipales y departamental.

SECTOR EDUCATIVO

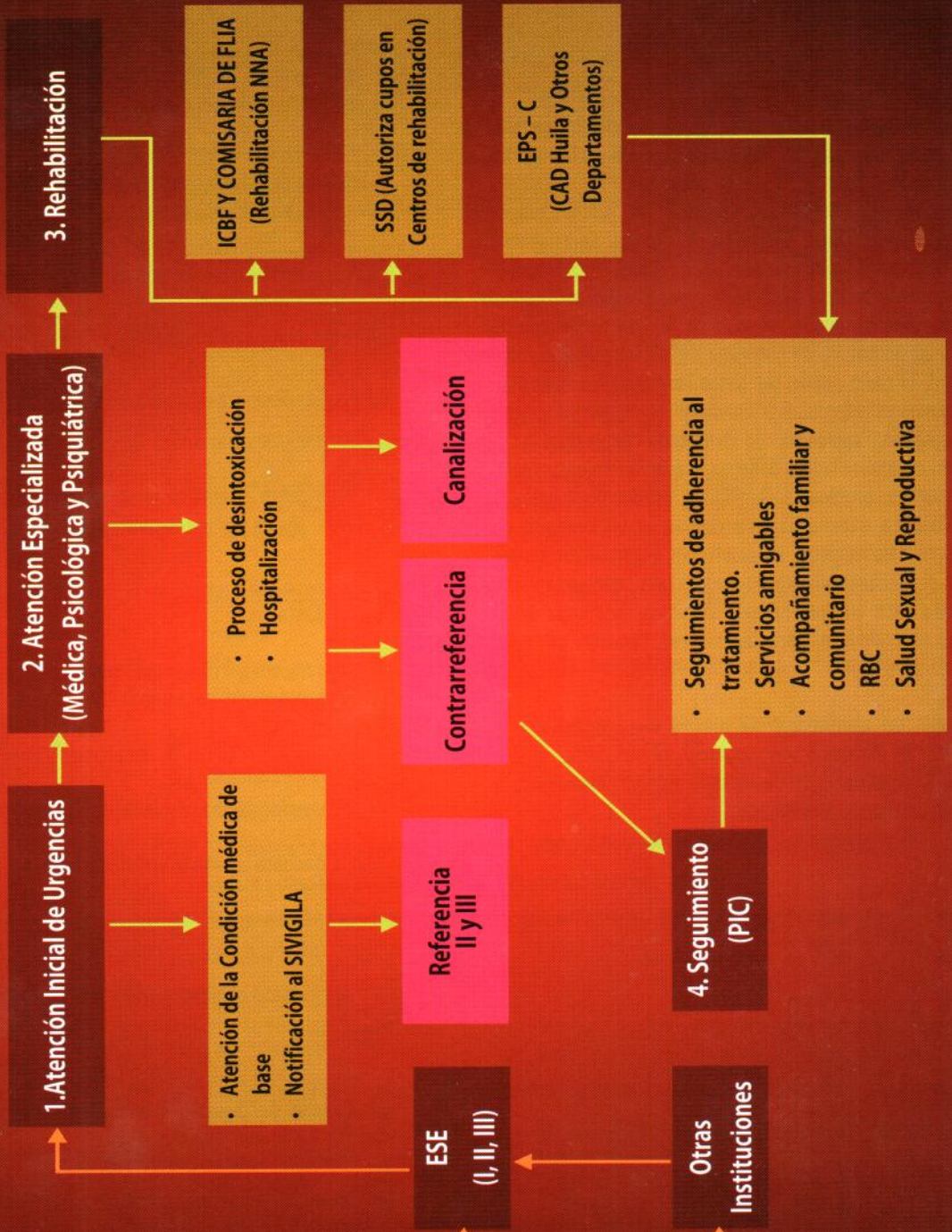
Instituciones Educativas

- Identifica casos.
- Notifica y denuncia casos al sector salud.
- Notifica los casos a ICBF y/o Comisaría de Familia si se trata de menores de edad.
- Activa las redes intersectoriales para la atención integral.
- Gestiona la inclusión de la persona consumidora a programas de revinculación al sistema educativo.
- Realiza seguimiento a los casos.

CRITERIOS PARA LA NOTIFICACIÓN

NOTIFICACIÓN	RESPONSABILIDAD
Notificación Semanal	Todos los casos sospechosos de consumo de SPA debe reportarse semanalmente de acuerdo a la estructura y contenidos de este protocolo y asumiendo las responsabilidades que se enuncian.
Ajustes por periodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos probables y corrección de cualquier información se deben realizar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso.
Investigación de campo	La Dirección Local de Salud del municipio de residencia compila la documentación existente del caso desde las diferentes instituciones y sectores. La DLS será la encargada de realizar la investigación de campo y enviarla a la Secretaría de Salud Departamental en el transcurso de tiempo de un periodo epidemiológico luego de notificado el caso.

RUTA INSTITUCIONAL - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS GOBERNACIÓN DEL HUILA



ENTRADA

PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA AL CONSUMO SPA

Uso de drogas y trastornos por el uso de droga: Los trastornos que resultan de los diferentes patrones de consumo de drogas incluyen la sobredosis de sedantes, intoxicación o sobredosis aguda de estimulantes, consumo perjudicial o de riesgo de drogas, dependencia a la marihuana, dependencia a opioides, dependencia a estimulantes, dependencia a benzodiazepinas y sus estados de abstinencia respectivos. El uso perjudicial de drogas es un patrón de consumo de sustancias que daña la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de infecciones relacionadas al consumo de drogas) o mental (por ejemplo, episodios de trastorno depresivo) y a menudo está asociado a daño en el funcionamiento social (por ejemplo, problemas familiares, problemas legales o laborales). La dependencia de drogas es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de drogas asume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor.

El estado de abstinencia de drogas hace referencia al conjunto de síntomas que aparecen al suspender el uso de una droga, después de haberla usado diariamente y durante un tiempo prolongado.

1

¿Está la persona sufriendo de una sobredosis de sedantes?

Sobredosis de opioides u otras sobredosis de sedantes o drogas mezcladas con o sin sobredosis de alcohol

- No reacciona o la reacción es mínima
- Ritmo respiratorio lento
- Pupilas diminutas (sobredosis de opioides)

2

¿Está la persona en un estado de intoxicación o sobredosis aguda por estimulantes?

Pupilas dilatadas

- Excitación, flujo del pensamiento acelerado, razonamiento desordenado, paranoia
- Consumo reciente de cocaína u otros estimulantes
- Aumento del pulso y de la presión arterial
- Conducta agresiva, errática o violenta

3

¿Está la persona sufriendo de una abstinencia aguda de opioides?

- Historia de dependencia de opioides, reciente suspensión en los últimos días después de consumo excesivo
- Dolores musculares, calambres abdominales, dolores de cabeza
- Náuseas, vómito, diarrea
- Pupilas dilatadas
- Aumento del pulso y de la presión arterial
- Bostezos, ojos llorosos y secreción nasal, piloerección ("piel de gallina")
- Ansiedad, inquietud

GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO PARA CASOS DE EMERGENCIA

SI

SI

- Frecuencia respiratoria < 10
0
- Saturación de oxígeno < 92 %

- Examine la vía respiratoria, respiración y circulación
- Naloxona 0.4 mg, subcutáneo, i.m. o i.v. (efectiva para sobredosis de opioides – pero no para sobredosis de otros sedantes), repita si es necesario.
- Observe durante 1 – 2 horas después de la administración de naloxona.
- Para sobredosis debida a opioides de acción prolongada – derive a la persona al hospital para que reciba una infusión de naloxona o soporte ventilatorio.

¡Si no reacciona a la naloxona!

- Ofrezca soporte ventilatorio y derive a la persona al hospital

SI

Intoxicación o sobredosis por estimulantes del tipo anfetamina o cocaína

- Administre diazepam en dosis progresivas hasta que la persona esté calmada y ligeramente sedada.
- Si los síntomas psicóticos no responden a las benzodiazepinas, entonces considere el uso de antipsicóticos a corto plazo.
- NO comience el tratamiento prolongado con antipsicóticos.
- Monitoree cada 2 – 4 horas la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria, la temperatura
- Si la persona se queja de dolor en el pecho, si hay presencia de taquiarritmias o si se torna violenta o incontrolable, derive la persona al hospital.
- Durante la fase posterior a la intoxicación – esté pendiente de los pensamientos o acciones suicidas

SI

Abstinencia de opioides

- Trate a la persona reduciendo las dosis de opioides (metadona, buprenorfina) o agentes alfa-adrenérgicos (clonidina, lofexidina) usando dosis supervisadas o dosis suministradas diariamente.
- Trate los síntomas específicos (diarrea, vómitos, dolor muscular, insomnio), según sea necesario.
- Considere iniciar el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides
- Rehidratación por vía oral o vía intravenosa, si es necesario.

GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DE CASOS DE CONSUMO

1

¿Ha usado la persona drogas ilícitas o no prescritas de forma tal que existe riesgo de perjudicar la salud?

- Pregunte acerca del consumo reciente de drogas. » DRO 2.1
- Explore daños relacionados con las drogas.

NOTA: Los cuestionarios de tamizaje, tales como el OMS-ASSIST, pueden ser utilizados para explorar el uso de drogas y problemas.

SI

Si responde SÍ, entonces evalúe si hay dependencia (refiérase al punto 2 a continuación) y al daño relacionado con drogas.

Si la persona NO es dependiente de drogas, entonces el cuadro clínico es: CONSUMO DE RIESGO DE DROGAS O CONSUMO

NOTA: Detección de casos

La prevalencia de los trastornos por uso de drogas varía enormemente entre un área y otra. En áreas con altos niveles de uso de drogas, puede ser apropiado preguntarles a todos los pacientes acerca de su consumo. Esto puede hacerse informalmente o mediante el uso de un cuestionario como el OMS-ASSIST. En otros entornos, pregunte acerca del uso de drogas cuando las características clínicas sugieren la presencia de un trastorno por uso de sustancias. Estas incluyen apariencia descuidada, lesiones, infecciones y problemas de salud mental.

SI

Si están presentes 3 o más características, considere el trastorno clínico DEPENDENCIA DE DROGAS

2

¿Existen características de dependencia de

- **Realice una evaluación detallada del consumo de drogas. » DRO 2.1**

Busque:

- Un intenso deseo o urgencia por consumir drogas.
- Dificultades para controlar el consumo de drogas en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo.
- Estado fisiológico de abstinencia cuando ha cesado o se ha reducido el consumo de drogas, según se demuestra a través del síndrome característico de abstinencia de drogas; o uso de la misma sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Evidencia de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis más altas de la sustancia para lograr los efectos originalmente producidos por dosis más bajas.
- Desinterés progresivo por los placeres o intereses alternativos debido al consumo de drogas, aumento en la cantidad de tiempo necesario para obtener o consumir drogas o para recuperarse de sus efectos.
- El uso persistente de drogas, a pesar de clara evidencia de consecuencias definitivamente perjudiciales.

- Indique claramente el diagnóstico e informe sobre los riesgos de daño a corto y largo plazo.
- Explore las razones por las cuales la persona consume drogas, usando técnicas de intervención breve. » DRO 2.2
- Aconseje a la persona suspender por completo el uso de la sustancia e indique su intención de apoyar a la persona para lograrlo.
- Pregunte a la persona si está lista para suspender el uso de la sustancia.

- Indique claramente los resultados de la evaluación sobre el uso de sustancias y explique los vínculos entre este nivel de consumo, los problemas de salud de la persona y los riesgos a corto y largo plazo de continuar consumiendo la sustancia al nivel actual.
- Pregunte acerca de otros usos de sustancias. » ALC 2.1
- Sostenga una breve conversación sobre las razones por las cuales la persona consume drogas.
- Para conocer los detalles, refiérase a Intervenciones Breves » DRO 2.2
- Indique claramente la recomendación para suspender el uso de sustancias nocivas y su disposición para ayudar a la persona a lograrlo.
 - Si la persona está dispuesta a tratar de reducir o suspender el consumo de drogas, entonces analice las formas de lograr este objetivo.
 - De lo contrario, comuníquelo con confianza que es posible suspender o reducir el consumo de riesgo de sustancias nocivas y motive a la persona a regresar si desea analizar el problema más detenidamente.
- Si la persona es un adolescente, refiérase a la sección sobre uso de sustancias en adolescentes. » ALC 2.6
- Si es una mujer que está embarazada o en periodo de lactancia, refiérase a » DRO 2.7
- Brinde seguimiento en la próxima oportunidad.
- Obtenga el consejo de un especialista para las personas que actualmente consumen drogas y que no han respondido a las intervenciones

- Dependencia a la marihuana o a estimulantes
 - Brinde una intervención breve más intensiva (es decir, hasta 3 sesiones, con una duración de 45 minutos cada una). »DRO 2.2
 - Trate los síntomas de abstinencia. » DRO 3.3
 - Coordine la desintoxicación, si es necesario.
- Dependencia de opioides
 - Evalúe la gravedad de la dependencia. »DRO 2.1
 - En la mayoría de los casos, recomiende el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (también conocido como terapia de sustitución de opioides, TSO). Brinde TSO o remita a TSO, si estuviera disponible. »DRO 3.1
 - Coordine la desintoxicación, si es necesario. »DRO 3.1
- Dependencia de benzodiazepinas
 - Reducción gradual de benzodiazepinas con administración supervisada o reducción más rápida de benzodiazepinas en un ambiente hospitalario. »DRO 3.2 EN TODOS LOS CASOS
- Considere remitir a la persona a grupos de auto ayuda y comunidades de rehabilitación / terapéuticas. »DRO 2.3
- Aborde las necesidades de vivienda y empleo. »DRO 2.4
- Ofrezca información y apoyo a la persona, los cuidadores y miembros de la familia. »DRO 2.5
- Si están disponibles, ofrezca intervenciones psicosociales, tales como consejería o terapia familiar, consejería o terapia para la solución de problemas, terapia cognitivo conductual, terapia de refuerzo motivacional o terapia para el manejo de contingencias. »INT
- Ofrezca estrategias de reducción de daño para personas que se inyectan drogas. »DRO 2.6

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

2.1 Evaluación

Obtener la historia sobre el consumo de drogas al preguntar acerca del consumo de drogas:

- » Pregunte en forma imparcial acerca del uso de drogas ilícitas, tal vez después de preguntar sobre el consumo de tabaco / nicotina, alcohol y cualquier droga tradicional que puede ser relevante.
- » Pregunte acerca del nivel y el patrón de consumo, y cualquier conducta asociada con el uso de drogas que pudiera poner en riesgo la salud de la persona y de terceros (por ejemplo, fumar drogas, inyectarse drogas, actividades que realiza cuando está bajo los efectos de la droga, implicaciones financieras, capacidad de cuidar niños, violencia hacia otros).
- » Pregunte sobre el inicio y la evolución del consumo de drogas en relación con otros eventos de la vida, por ejemplo, haciendo una historia cronológica.
- » Pregunte acerca de daños causados por el uso de drogas, incluyendo:
 - Lesiones y accidentes.
 - Conducir un vehículo mientras está bajo los efectos de la droga.
 - Problemas de interrelaciones.
 - Inyección de drogas y riesgos relacionados.
 - Problemas legales / financieros.
 - Relaciones sexuales mientras está bajo los efectos de la droga. y de las que posteriormente se arrepiente o son de riesgo.
- » Indague si existe dependencia preguntando acerca del desarrollo de la tolerancia, los síntomas de abstinencia, el consumo de mayores cantidades o durante un período de tiempo más prolongado del que deseaba, consumo continuo de drogas a pesar de problemas relacionados con el mismo, dificultad para suspender o reducir el consumo de drogas y ansia por consumir drogas (craving).

Aspectos que se deben explorar durante el examen

- » Señales de inyección: Los sitios comunes de inyección son la fosa antecubital o la ingle. La persona puede mostrar dónde se ha inyectado la droga. Las marcas de inyecciones previas aparecen como pigmentaciones de la piel, o adelgazamiento de la piel. Los sitios de inyecciones recientes son pequeños y por lo general están ligeramente rojos e inflamados. En casos de dependencia de drogas inyectadas (como la heroína), tanto los sitios de inyección previos como los recientes deben estar visibles).

- » Presencia de intoxicación y abstinencia:
 - Intoxicación por opioides: somnolencia, "aturdimiento", lentitud al hablar, pupilas pequeñas y respiración deprimida.
 - Abstinencia de opioides: ansiedad, pupilas dilatadas, calambres abdominales, bostezos, nariz goteante y piloerección. ("piel de gallina").
 - Intoxicación por benzodiazepinas: sedación, lentitud al hablar y lenguaje mal articulado, respiración deprimida.
 - Abstinencia de benzodiazepinas: ansiedad y agitación, calambres musculares, calambres abdominales, aumento del pulso y de la presión arterial, insomnio y (cuando es grave) convulsiones y delirio.
 - Intoxicación por estimulantes: hiperactividad, habla rápida y pupilas dilatadas. – Abstinencia de estimulantes: inicialmente fatiga, aumento del apetito, irritabilidad, depresión emocional y ansiedad.
 - Intoxicación por marihuana: conjuntivas rojas, reacciones retardadas y pupilas de tamaño normal.
 - Abstinencia de marihuana: cambios en el estado de ánimo, ansiedad y calambres musculares (puede no haber ninguna característica observable).
- » Apariencia física y estado mental. La apariencia física es una guía útil para verificar la capacidad de cuidado personal.
- » Complicaciones médicas comunes por el uso de drogas inyectadas: puede haber evidencia de infección VIH y enfermedades relacionadas, hepatitis B o C, infecciones en los sitios de la inyección o tuberculosis.
- » Otras condiciones médicas frecuentes asociadas con el uso de drogas: pobre salud bucodental, infecciones cutáneas parasitarias (piojos, sarna), infecciones de transmisión sexual, desnutrición.

Investigaciones que se deben considerar:

- » Prueba de detección de drogas en orina: puede ser una forma conveniente de verificar una historia de consumo de drogas, especialmente si la persona gana algo por no decir la verdad. Se debe realizar antes de comenzar con la TSO y los resultados deben estar listos antes de empezar la tercera dosis (para prevenir una sobredosis accidental en personas que empiezan TSO sin ser dependientes de opioides). Se puede usar una prueba rápida de orina, aunque sea menos fiables.
- » Serología para virus de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis B y C).
- » Pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS).
- » Prueba de esputo (cuando hay sospecha de tuberculosis).

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

2.1 Evaluación

Obtener la historia sobre el consumo de drogas al preguntar acerca del consumo de drogas:

- » Pregunte en forma imparcial acerca del uso de drogas ilícitas, tal vez después de preguntar sobre el consumo de tabaco / nicotina, alcohol y cualquier droga tradicional que puede ser relevante.
- » Pregunte acerca del nivel y el patrón de consumo, y cualquier conducta asociada con el uso de drogas que pudiera poner en riesgo la salud de la persona y de terceros (por ejemplo, fumar drogas, inyectarse drogas, actividades que realiza cuando está bajo los efectos de la droga, implicaciones financieras, capacidad de cuidar niños, violencia hacia otros).
- » Pregunte sobre el inicio y la evolución del consumo de drogas en relación con otros eventos de la vida, por ejemplo, haciendo una historia cronológica.
- » Pregunte acerca de daños causados por el uso de drogas, incluyendo:
 - Lesiones y accidentes.
 - Conducir un vehículo mientras está bajo los efectos de la droga.
 - Problemas de interrelaciones.
 - Inyección de drogas y riesgos relacionados.
 - Problemas legales / financieros.
 - Relaciones sexuales mientras está bajo los efectos de la droga, y de las que posteriormente se arrepiente o son de riesgo.
- » Indague si existe dependencia preguntando acerca del desarrollo de la tolerancia, los síntomas de abstinencia, el consumo de mayores cantidades o durante un período de tiempo más prolongado del que deseaba, consumo continuo de drogas a pesar de problemas relacionados con el mismo, dificultad para suspender o reducir el consumo de drogas y ansia por consumir drogas (craving).

Aspectos que se deben explorar durante el examen

- » Señales de inyección: Los sitios comunes de inyección son la fosa antecubital o la ingle. La persona puede mostrar dónde se ha inyectado la droga. Las marcas de inyecciones previas aparecen como pigmentaciones de la piel, o adelgazamiento de la piel. Los sitios de inyecciones recientes son pequeños y por lo general están ligeramente rojos e inflamados. En casos de dependencia de drogas inyectadas (como la heroína), tanto los sitios de inyección previos como los recientes deben estar visibles).

- » Presencia de intoxicación y abstinencia:
 - Intoxicación por opioides: somnolencia, "aturdimiento", lentitud al hablar, pupilas pequeñas y respiración deprimida.
 - Abstinencia de opioides: ansiedad, pupilas dilatadas, calambres abdominales, bostezos, nariz goteante y piloerección. ("piel de gallina").
 - Intoxicación por benzodiazepinas: sedación, lentitud al hablar y lenguaje mal articulado, respiración deprimida.
 - Abstinencia de benzodiazepinas: ansiedad y agitación, calambres musculares, calambres abdominales, aumento del pulso y de la presión arterial, insomnio y (cuando es grave) convulsiones y delirio.
 - Intoxicación por estimulantes: hiperactividad, habla rápida y pupilas dilatadas. – Abstinencia de estimulantes: inicialmente fatiga, aumento del apetito, irritabilidad, depresión emocional y ansiedad.
 - Intoxicación por marihuana: conjuntivas rojas, reacciones retardadas y pupilas de tamaño normal.
 - Abstinencia de marihuana: cambios en el estado de ánimo, ansiedad y calambres musculares (puede no haber ninguna característica observable).
- » Apariencia física y estado mental. La apariencia física es una guía útil para verificar la capacidad de cuidado personal.
- » Complicaciones médicas comunes por el uso de drogas inyectadas: puede haber evidencia de infección VIH y enfermedades relacionadas, hepatitis B o C, infecciones en los sitios de la inyección o tuberculosis.
- » Otras condiciones médicas frecuentes asociadas con el uso de drogas: pobre salud bucodental, infecciones cutáneas parasitarias (piojos, sarna), infecciones de transmisión sexual, desnutrición.

Investigaciones que se deben considerar:

- » Prueba de detección de drogas en orina: puede ser una forma conveniente de verificar una historia de consumo de drogas, especialmente si la persona gana algo por no decir la verdad. Se debe realizar antes de comenzar con la TSO y los resultados deben estar listos antes de empezar la tercera dosis (para prevenir una sobredosis accidental en personas que empiezan TSO sin ser dependientes de opioides). Se puede usar una prueba rápida de orina, aunque sea menos fiables.
- » Serología para virus de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis B y C).
- » Pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS).
- » Prueba de esputo (cuando hay sospecha de tuberculosis).

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

2.2 Técnicas de intervención breve

Formas de hablarle a la persona sobre el uso de sustancias:

- » Involucre a la persona en una discusión sobre su consumo de sustancias de tal manera que pueda hablar sobre los beneficios percibidos y el daño real y / o potencial por el consumo de sustancias, teniendo en consideración las cosas que son más importantes en la vida de esa persona.
- » Dirija la discusión hacia una evaluación equilibrada de los efectos positivos y negativos de la sustancia, cuestionando los beneficios alegados, y traiga a colación algunos de los aspectos negativos que tal vez estén siendo subestimados.
- » Evite entrar en conflicto con la persona y, si encuentra resistencia, trate de expresarse en una forma diferente – tratando, en la medida de lo posible, de que ella llegue a entender el impacto real del consumo de la sustancia en su vida en ese momento.
- » Motive a la persona a decidir por sí misma si desea cambiar su patrón de uso de sustancias, especialmente después de haber hecho un análisis equilibrado de los pros y los contras del actual patrón de consumo.
- » Si la persona todavía no está lista para suspender o reducir el consumo de sustancias, entonces pídale que regrese, tal vez con un familiar o amigo para analizarlo en más detalle.

2.3 Grupos de autoayuda

Considere aconsejar a las personas que tienen dependencia de drogas a formar parte de un grupo de auto ayuda, por ejemplo, Narcóticos Anónimos. Considere facilitar el contacto inicial, por ejemplo, concertando la cita y acompañando a la persona a la primera sesión.

2.4 Abordar las necesidades de vivienda y empleo

- » Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para ofrecer empleo con apoyo a aquellas personas que necesitan ayuda para regresar al trabajo o para encontrar un empleo, y para permitir el acceso a oportunidades locales de empleo (o educativas), basado en las necesidades y nivel de habilidades de la persona.
- » Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para encontrar residencias asistidas o residencias de apoyo, así como también centros de vida independiente, si fueran necesarios. Al aconsejar y facilitar el modo óptimo de residencia, considere detenidamente la

capacidad de la persona y la disponibilidad de alcohol u otras sustancias.

2.5 Apoyo a las familias y los cuidadores

Analice con las familias y los cuidadores el impacto que el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas tienen sobre ellos mismos y otros familiares, incluyendo los niños. Basado en la retroalimentación de las familias:

- » Ofrezca una evaluación de sus necesidades personales, sociales y de salud mental.
- » Ofrezca información y educación acerca del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas.
- » Ayude a identificar las fuentes de estrés relacionadas con el consumo de drogas; explore métodos de afrontamiento y promueva conductas de afrontamiento efectivas.
- » Informe a la persona y ayúdela a acceder a grupos de apoyo (por ejemplo, grupos de auto ayuda para familias y cuidadores) y a otros recursos sociales.

2.6 Estrategias de reducción de daño

- » Aconseje sobre los riesgos de la inyección de drogas.
- » Ofrezca información sobre las técnicas de inyección de menor riesgo y la importancia de utilizar un equipo de inyección estéril.
- » Ofrezca información sobre cómo tener acceso a programas de intercambio de agujas y jeringuillas, si existieran, o a otras fuentes de equipos de inyección estéril.
- » Siempre que sea posible, promueva y ofrezca pruebas para enfermedades virales de transmisión sanguínea.
- » Ofrezca apoyo psicosocial y tratamiento para complicaciones por el uso de drogas y para otros problemas médicos y psiquiátricos, aún si en este momento la persona no desea dejar de consumir sustancias.
- » Cuando se haya establecido una relación a lo largo del tiempo, se deben intensificar los esfuerzos para animar a las personas que se inyectan drogas a recibir tratamiento para sus trastornos por consumo de drogas.

2.7 Mujeres, embarazo y lactancia

- » Indague acerca del ciclo menstrual e informe a las mujeres que el consumo de drogas puede interferir en el ciclo menstrual, creando algunas veces la falsa impresión que no es posible quedar embarazada.
- » Aconseje y apoye a las mujeres que están embarazadas a que

- suspendan por completo el consumo de sustancias psicoactivas. Se debe informar a las mujeres embarazadas que tienen dependencia de opioides, que deben usar un reemplazo de agonista opioide, por ejemplo, metadona.
- » Explore a los bebés de madres con trastornos por consumo de drogas para detectar síntomas de abstinencia (también conocido como el síndrome de abstinencia neonatal). El síndrome de abstinencia neonatal debido al uso materno de opioides se debe tratar con dosis bajas de opioides (tal como morfina) o barbitúricos.
 - » Aconseje y apoye a las mujeres que están amamantando a no consumir ninguna droga psicoactiva.
 - » Aconseje y apoye a las madres con trastornos por uso de sustancias a amamantar exclusivamente por lo menos los 6 primeros meses, a menos que un especialista recomiende que no debe amamantar.
 - » Se debe ofrecer a las madres con uso de sustancias perjudiciales y a los niños pequeños, los servicios de apoyo que estén disponibles, incluyendo visitas adicionales después del parto, capacitación en buenas prácticas de crianza y el cuidado del niño durante las visitas médicas.

GUÍA DE LA RUTA INSTITUCIONAL DE INTENTO DE SUICIDIO

RESPONSABILIDAD

Responsabilidad de la institución prestadora de salud (IPS)

- Garantizar la atención integral del caso y asegurar las intervenciones individuales y familiares que se requieran de acuerdo a su competencia.
- Realizar unidad de análisis institucional a la totalidad de los eventos y enviar esta información a la Dirección local de Salud y Departamental.
- Diligenciar la ficha de notificación.
- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación en medio físico (cara A y B) a la Dirección local de Salud.
- Realizar los ajustes de información
- Permitir a las autoridades locales, departamentales o nacionales de Salud el desarrollo de investigaciones necesarias para ampliar el caso.

Responsabilidad de la Dirección Local de Salud o Unidad Notificadora Municipal.

- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación en medio físico (cara A y B) a la Secretaría de Salud Departamental.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo a la totalidad de los eventos.

- Asegurar atención psicosocial y seguimiento a la totalidad de los eventos, diligenciar la batería de seguimiento y enviarla a la Secretaría de Salud Departamental.
- Realizar Comités de vigilancia a la totalidad de los eventos que se presenten en el municipio y enviar la información a la Secretaría de Salud Departamental.
- Realizar acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la ley 715 de 2001

Responsabilidad de la Secretaría de Salud Departamental.

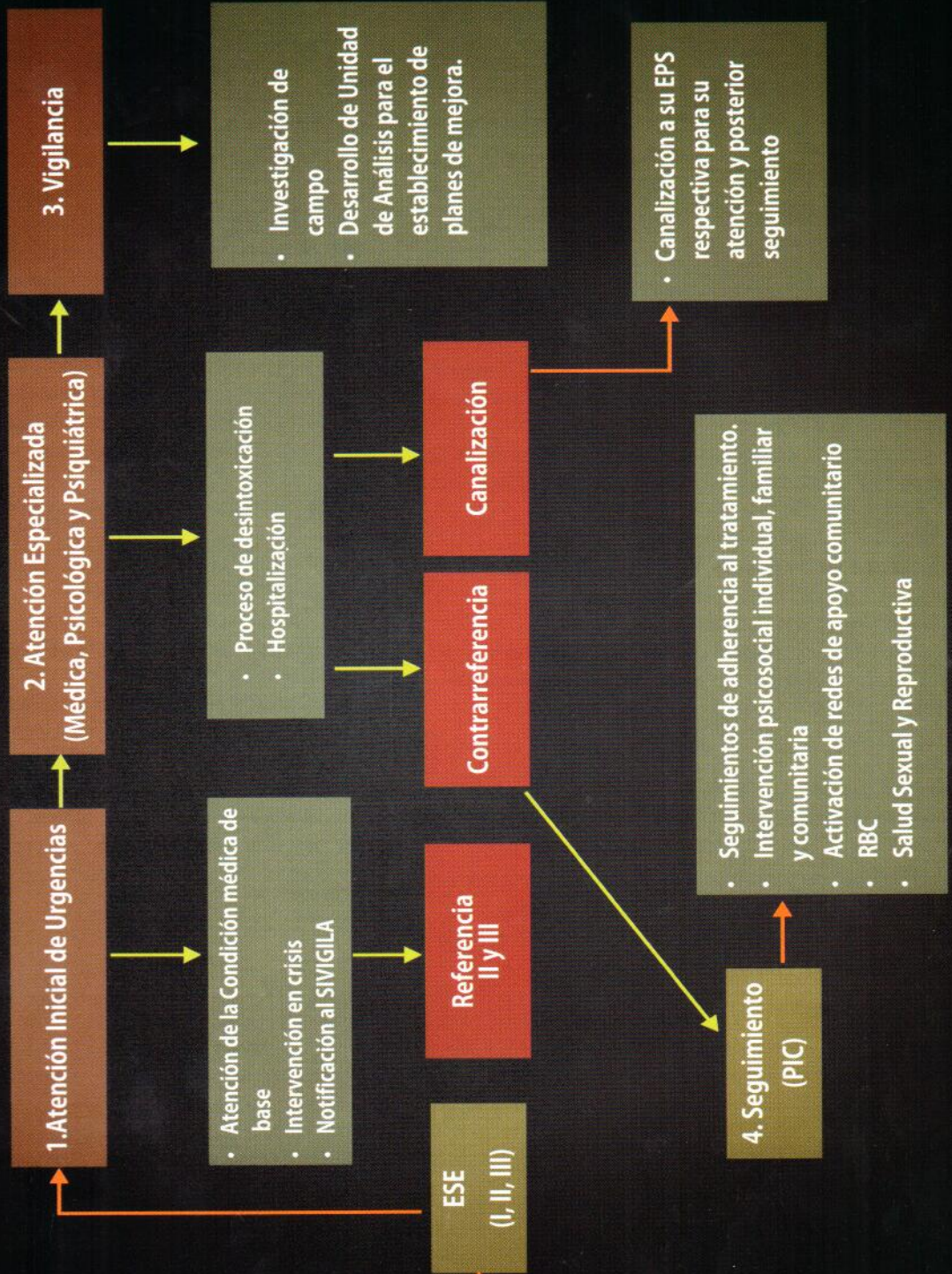
- Realizar asistencia técnica y capacitación requerida a las Direcciones locales de Salud.
- Concurrir con la Dirección Local de Salud en la realización de los comités de vigilancia dado para los eventos presentados en el municipio.
- Apoyar a los municipios en la implementación del sub-sistema de vigilancia en Salud mental y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando se requiera.
- Articular con la Dirección Local de Salud en las acciones de promoción, prevención y control.
- Realizar análisis epidemiológico de la situación de salud, de los entes municipales y Departamental.

CRITERIOS PARA LA NOTIFICACIÓN

NOTIFICACIÓN	RESPONSABILIDAD
Notificación Semanal	Todos los casos probables y confirmados de suicidio e intento de suicidio deben reportarse semanalmente de acuerdo a la estructura y contenidos de este protocolo y asumiendo las responsabilidades que se enuncian.
Ajustes por periodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos probables y corrección de cualquier información se deben realizar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso.
Investigación de campo	La Dirección Local de Salud del municipio de residencia compila la documentación existente del caso desde las diferentes instituciones y sectores. La DLS será la encargada de realizar la investigación de campo y enviarla a la Secretaría de Salud Departamental en el transcurso de tiempo de un periodo epidemiológico luego de notificado el caso.



RUTA INSTITUCIONAL – INTENTO DE SUICIDIO GOBERNACIÓN DEL HUILA



GUÍA DE MANEJO DE INTENTO DE SUICIDIO

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida. La autolesión es un término más amplio que concierne al envenenamiento o lesión intencional autoinflingida, la cual puede o no tener un objetivo o resultado fatal. A toda persona de más de 10 años de edad que tenga alguna de las siguientes condiciones, se le debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y acerca de actos de autolesión en el último año:

- Cualquier otro trastorno prioritario (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP);
- Dolor crónico;
- Alteraciones emocionales agudas.

Evalúe los pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y de allí en adelante en forma periódica, según se requiera. Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.

NOTA: Las preguntas sobre autolesión NO provocan actos de autolesión. A menudo reducen la ansiedad asociada con los pensamientos o actos de autolesión y ayudan a la persona a sentirse comprendida. Sin embargo, trate de establecer una relación de confianza con la persona antes de hacerle preguntas sobre autolesión. Pida a la persona que explique cuáles son sus razones para causarse daño.

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

2.1 Cuidado de la persona con problemas de autolesión

- Coloque a la persona en un ambiente seguro y con apoyo en el centro de salud (no la deje sola). Si una persona con problemas de autolesión debe esperar por el tratamiento, ofrézcale un ambiente que minimice el malestar, si fuera posible en un área tranquila y separada con supervisión. Debe estar en contacto constante con un miembro designado del personal o un familiar para garantizar la seguridad.
- Elimine los métodos de autolesión.
- Consulte a un especialista de salud mental, si estuviera disponible.
- Si un especialista de salud mental no está disponible, acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas o a los servicios comunitarios para que monitoreen y apoyen a la persona durante el período de riesgo inminente. »SUI 2.2
- Trate a las personas que tienen problemas de autolesión con la misma atención, respeto y privacidad que se ofrecen a otras personas, y sea sensible al posible malestar emocional asociado con los actos de autolesión.

- Incluya a los cuidadores si la persona desea contar con su apoyo durante la evaluación y el tratamiento, aunque la evaluación psicológica generalmente debe incluir una entrevista individual entre la persona y el profesional de la salud para ayudar a explorar inquietudes o asuntos privados.
- Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan.
- Garantice la continuidad de la atención.
- Con el fin de prevenir actos de autolesión, no se recomienda la hospitalización en unidades no psiquiátricas de hospitales generales.

Si para atender las consecuencias médicas de un acto de autolesión es necesario la internación en un hospital general (no psiquiátrico), monitoree estrechamente a la persona para prevenir actos de autolesión durante su estancia en el hospital.

» Si prescribe medicación:

- Use medicinas que sean las menos peligrosas en caso de sobredosis;
- Entregue prescripciones de corta duración (por ejemplo, para una semana a la vez).

2.2 Ofrecer y activar el apoyo psicosocial

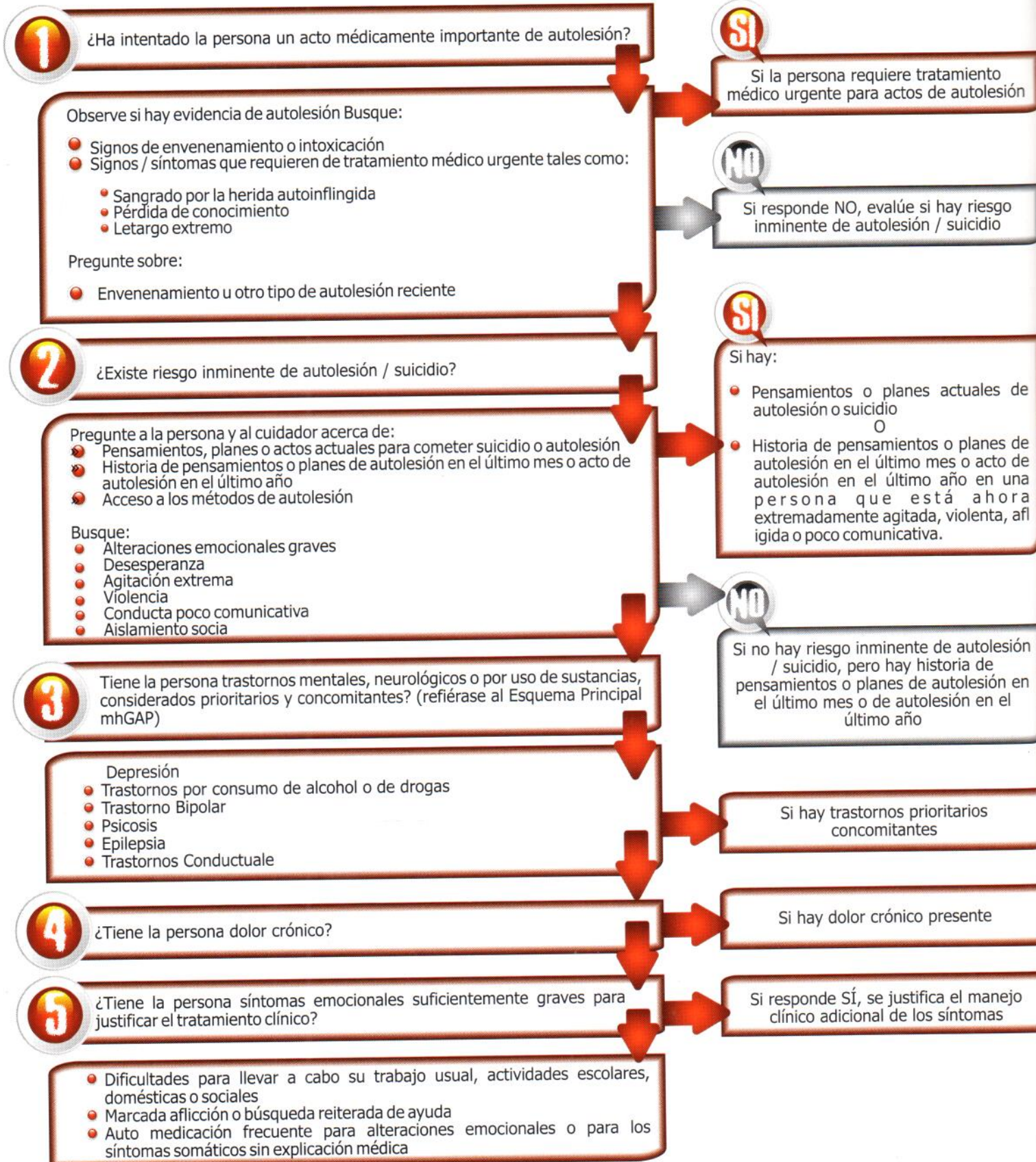
Ofrezca apoyo psicosocial

- Ofrezca apoyo a la persona.
- Explore las razones y formas de permanecer con vida.
- Céntrese en las fortalezas positivas de la persona permitiéndole hablar acerca de cómo se han resuelto los problemas previos.
- Si se contara con suficientes recursos humanos disponibles, considere la terapia de solución de problemas para tratar a las personas que han cometido actos de autolesión durante el último año. »INT

Active el apoyo psicosocial.

- Incorpore a la familia, los amigos y las personas interesadas y a otros recursos disponibles para asegurar que la persona esté siendo estrechamente monitoreada mientras persiste el riesgo.
- Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.
- Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales

GUÍA DE EVALUACIÓN Y MANEJO



- Trate médicamente la lesión o el envenenamiento.
- Si hay intoxicación aguda por pesticidas, siga el programa de Manejo de la Intoxicación por Pesticidas. » SUI 2.3
- Si se necesita hospitalización médica, continúe monitoreando estrechamente a la persona para evitar el suicidio.

En todos los casos:

Coloque a la persona en un ambiente seguro y con apoyo dentro del centro de salud (no la deje sola).

- Atienda a la persona con problemas de autolesión. » SUI 2.1
- Ofrezca y active el apoyo psicosocial. » SUI 2.2
- Consulte a un especialista de salud mental, si está disponible.
- Mantenga contacto constante y brinde seguimiento. » SUI 2.4

- Tome las siguientes precauciones:
 - Elimine los métodos de autolesión;
 - Cree un ambiente seguro y con apoyo; si fuera posible, ofrezca un área separada y tranquila mientras espera.
 - No deje a la persona sola.
 - Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad.
 - Atienda el estado mental y la angustia.
- Ofrezca y active el apoyo psicosocial. » SUI 2.2
- Consulte a un especialista de salud mental, si estuviera disponible.
- Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento. » SUI 2.4

- Ofrezca y active el apoyo psicosocial. » SUI 2.2
- Consulte a un especialista de salud mental, si estuviera disponible.
- Mantenga contacto regular y de seguimiento. » SUI 2.4

Maneje las condiciones concomitantes (refiérase a los módulos respectivos) en conjunto con las acciones antes mencionadas.

Trate el dolor y cualquier enfermedad médica relevante.

Refiérase al módulo Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica. »OTR

- como centros de crisis y centros locales de salud mental.
- Informe a los cuidadores y a otros miembros de la familia que preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida.
- Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan.
- Informe a los cuidadores que aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

2.3 Manejo de la Intoxicación por Plaguicidas

- » Si el establecimiento de atención médica tiene un conjunto mínimo de capacidades y recursos, entonces intente utilizar el documento de la OMS sobre el manejo clínico de la intoxicación aguda por pesticidas (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf) (solo en inglés). De otra forma, transfiera a la persona inmediatamente a un establecimiento que tenga los siguientes recursos:
 - capacidad y conocimientos acerca de cómo reanimar a las personas y evalúe para determinar las características clínicas de envenenamiento por pesticida;
 - capacidad y conocimientos para manejar la vía respiratoria, en particular para intubar y asegurar la continuación de la respiración hasta que se pueda colocar un ventilador;
 - atropina y métodos para su administración intravenosa (i.v.) si se presentan signos de envenenamiento colinérgico;
 - diazepam y métodos para su administración i.v. si la persona presenta convulsiones.
- » Considere dar carbón activo si la persona está consciente, si da su consentimiento informado y si acude dentro de una hora después del envenenamiento.
 - No se recomienda la emesis forzada.
 - No se deben administrar líquidos por vía oral.

2.4 Mantener contacto constante y ofrecer seguimiento

- Inicialmente mantenga contacto (a través del teléfono, visitas al domicilio, cartas o tarjetas de contacto) con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en 2 – 4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.

- Ofrezca seguimiento mientras persista el riesgo de suicidio. En cada contacto, evalúe rutinariamente los pensamientos y planes suicidas. Si el riesgo es inminente, refiérase a la sub-sección Riesgo de autolesión / suicidio en la sección Evaluación y Manejo de este módulo. » SUI 1

2.5. Prevención del suicidio

Además de la evaluación y el manejo clínico de los trastornos prioritarios, los directores de salud a nivel de distrito y los profesionales de atención sanitaria pueden tomar las siguientes acciones para prevenir el suicidio:

- » Restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (tales como pesticidas, armas de fuego, lugares altos).
- Involucrar activamente a la comunidad para encontrar formas localmente factibles de implementar las intervenciones a nivel de la población con el fin de reducir el acceso a los métodos de suicidio.
- Establecer la colaboración entre el sector salud y otros sectores relevantes.
- » Diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio, particularmente en las poblaciones con alta prevalencia de consumo de alcohol.
- » Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.
- Evitar emplear un lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

GUÍA DE LA RUTA INSTITUCIONAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL

RED INTERINSTITUCIONAL

SECTOR SALUD

Entidades de Salud (Privadas y Públicas)

- Garantizar la atención integral del caso y asegurar las intervenciones individuales y familiares que se requieran de acuerdo a su competencia.
- De acuerdo a la valoración del caso, asegurarse de la canalización del evento a un nivel de complejidad superior (proceso de contrarreferencia) y de referencia a otro sector (Justicia y Protección).
- Realizar unidad de análisis institucional a la totalidad de los eventos y enviar esta información a la Dirección local de Salud y Departamental.
- Toma de muestras para el examen sexológico forense
- Diligenciar la ficha de notificación.
- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación en medio físico (cara A y B) a la Dirección local de Salud.
- Permitir a las autoridades locales, departamentales o nacionales de Salud el desarrollo de investigaciones necesarias para ampliar el caso.
- En el caso que la víctima sea niño, niña o adolescente la Institución de Salud deberá notificar inmediatamente al centro Zonal del ICBF más cercano, o la Comisaría de Familia, y a la Policía de Infancia.
- Realizar seguimiento del caso.

Dirección Local de Salud (DLS)

- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación en medio físico (cara A y B) a la Secretaría de Salud Departamental.
- Realizar la investigación epidemiológica de campo a la totalidad de los eventos.
- Asegurar atención psicosocial y seguimiento a la totalidad de los eventos, diligenciar la batería de seguimiento y enviarla a la Secretaría de Salud Departamental.
- Realizar Comités de vigilancia a la totalidad de los eventos que se presenten en el municipio y enviar la información a la Secretaría de Salud Departamental.

- Realizar acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la ley 715 de 2001.

Secretaría de Salud Departamental (SSD)

- Realizar asistencia técnica y capacitación requerida a las Direcciones locales de Salud.
- Concurrir con la Dirección Local de Salud en la realización de los comités de vigilancia dado para los eventos presentados en el municipio.
- Apoyar a los municipios en la implementación del sub-sistema de vigilancia en Salud mental y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando se requiera.
- Articular con la Dirección Local de Salud en las acciones de promoción, prevención y control.
- Realizar análisis epidemiológico de la situación de salud, de los entes municipales y Departamental.

SECTOR PROTECCIÓN

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

- Identifica y recibe el caso cuando sean niños, niñas y adolescentes.
- Verifica garantía de derechos.
- Brinda atención en crisis.
- Puede remitir a una Institución de Salud, para su atención médica.
- Gestiona de inmediato la denuncia ante la Fiscalía.
- Acompaña y apoya a la víctima.
- Remite y gestiona atención en servicios especializados (nutrición, psicología, trabajo social, educación y salud)
- Realiza investigación sociofamiliar.
- Toma medidas de restablecimiento de derechos.
- Realiza seguimiento del caso.
- Representa a niños, niñas y adolescentes en las actuaciones judiciales y administrativas cuando no esté presente o carezcan de representante legal.
- Ejerce la secretaría técnica del comité intersectorial para el abordaje de la violencia sexual en el municipio.

Comisaría de Familia

- Recibe denuncia y orienta a la víctima sobre acciones a instaurar.
- Tiene autoridad de policía judicial.
- Apoya a la familia y acompaña a las víctimas.
- Practica rescates para darles fin a situaciones de peligro.
- Brinda atención en crisis con equipo psicosocial.
- Remite a Instituciones de Salud para atención de urgencias.
- Remite caso a Fiscalía.
- Solicita dictamen de Medicina Legal.
- Toma medidas de protección
- Brinda apoyo a la familia y acompaña a la víctima.
- Realiza investigación sociofamiliar.
- Remite y gestiona atención en servicios especializados.
- Realizar seguimiento del caso.

Policía de Infancia y Adolescencia

- Presta la ayuda necesaria a personas e instituciones en caso de que se requiera la acción inmediata por inminente peligro.
- Lleva a la persona afectada por violencia intrafamiliar-VIF o violencia sexual-VS hasta el centro asistencial más cercano.
- Acompaña a la víctima hasta un lugar seguro o hasta su hogar para el retiro de las pertenencias personales, en caso de considerarse necesario para su seguridad.
- Recibe denuncia, remite a Fiscalía y solicita diagnóstico a Medicina Legal.
- Protege escena del delito.
- Apoya a las demás autoridades.
- Para evitar la comisión de una conducta punible por actos de violencia, maltrato o agresión, la policía está facultada para:
- Acompaña a la víctima a un lugar seguro y protegido o hasta su casa para retirar sus pertenencias.
- Capturar a la persona sorprendida en flagrancia y ponerla inmediatamente a disposición de la autoridad judicial correspondiente.
- Penetrar en un domicilio previa autorización de cualquiera de sus moradores.
- Allanar un domicilio en caso de flagrancia sin orden escrita de autoridad judicial.

SECTOR JUSTICIA

Fiscalía

- Recibe denuncia e investiga judicialmente.
- Ordena pruebas (policía judicial – CTI)
- Aplicación de la cadena de custodia.
- Solicita diagnóstico a Medicina Legal.
- Realiza visita a la escena.
- Ordena medidas de protección, inclusive atención en servicios especializados.

- Orienta a la víctima.
- Dispone judicialización y captura a la persona agresora.
- Investiga el delito penal; Comisarías de Familia dictan medidas de protección ante situaciones de emergencia.
- Investiga los delitos contra la vida y la integridad personal, la autonomía personal, la familia y contra la libertas y formación sexuales.
- Cuando la Fiscalía recibe un caso con un informe del sector salud o protección, la evaluación del caso parte de este, para no revictimizar al usuario ni duplicar acciones institucionales.
- CAIVAS centro de atención integral para la Violencia y el Abuso Sexual.

CTI, SIJIN, DIJIN: Apoya Fiscal, investiga, compila pruebas, captura y adelanta la iniciativa.

SECTOR EDUCATIVO

Instituciones Educativas

- Identifica casos.
- Notifica y denuncia casos al sector Justicia
- Notifica los casos a ICBF y/o Comisaría de Familia.
- Activa las redes intersectoriales para el restablecimiento de derechos.
- Gestiona el traslado a otra institución educativa de ser necesario.
- Gestiona la inclusión de la víctima a programas de revinculación al sistema educativo.
- Realiza seguimiento a los casos.

CRITERIOS PARA LA NOTIFICACIÓN

Notificación Semanal: Todos los casos sospechosos de VIF y Violencia Sexual deben reportarse semanalmente de acuerdo a la estructura y contenidos de este protocolo y asumiendo las responsabilidades que se enuncian.

Ajustes por periodos epidemiológicos: Los ajustes a la información de casos probables y corrección de cualquier información se deben realizar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso.

Investigación de campo. La Dirección Local de Salud del municipio de residencia compila la documentación existente del caso desde las diferentes instituciones y sectores.

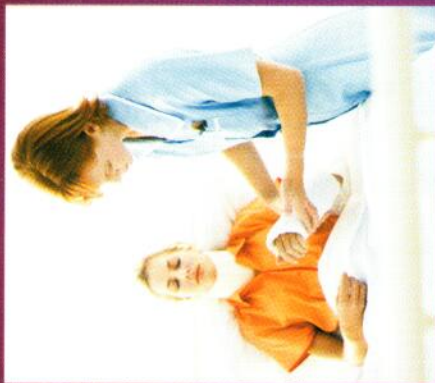
La DLS será la encargada de realizar la investigación de campo y enviarla a la Secretaría de Salud Departamental en el transcurso de tiempo de un periodo epidemiológico luego de notificado el caso.



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL



Nota: La notificación del caso al SIVIGILA la puede realizar cualquiera de las entidades que reporten con sus respectivas fichas diligenciadas (cara A y B)



- Brinda Atención inicial de urgencias
- Realiza Intervención en Crisis
- Remisión a la EPS de su competencia y ésta brinda atención y seguimiento
- Remisión a un nivel mayor de complejidad

Detección del caso

Remisión de caso



JUSTICIA

- Recepción denuncia para adoptar medidas legales

SALUD

Detección del caso

Detección del caso

Remisión de caso



PROTECCIÓN

Remisión de caso

- Recepciona y orienta sobre garantía de derechos y acciones legales
- Brinda orientación psicosocial

MODELO AJUSTADO DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

GUÍA DE ATENCIÓN PARA LAS VIOLENCIAS

Definición de los eventos

Violencia Física: signos físicos derivados del uso intencional de la fuerza física con potencial para causar muerte, discapacidad, lesión, daño o sufrimiento. Si la ocurrencia se relaciona con agresor (es) pertenecientes al núcleo familiar, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar física. (HAZ PAZ).

Violencia psicológica: acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal (Ley 1257, 2008). Si la ocurrencia se relaciona con agresor (es) pertenecientes al núcleo familiar, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar psicológica.

Privación y Negligencia: acciones orientadas a la privación de los elementos básicos necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral de los miembros de la familia, tales como: alimentación, educación, salud, cuidado, seguridad, afecto entre otros (OPS).

Violencia Sexual: toda acción que vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su personalidad. Se configura con o sin contacto. Se refiere a obligar a una persona a tener contacto físico o verbal de tipo sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas (Ley 1257, 2008). Si la ocurrencia se relaciona con agresor (es) pertenecientes al núcleo familiar, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar sexual. Los distintos subtipos son:

- **Abuso sexual:** utilización de un niño o niña, por una persona sexualmente madura, para una actividad de naturaleza sexual que no comprende, para la cual no está en capacidad de dar su consentimiento, o no está preparado evolutivamente (El Standing Committee on Sexually Abused Children, ley 1146/07). En Colombia se considera la edad de consentimiento a partir de los 14 años, no obstante la capacidad de dar ese consentimiento debe ser evaluada a la luz del contexto. El abuso sexual incluye

muchos comportamientos que involucran o no el contacto físico. En este último puede ser con la boca, los pechos, los genitales, el ano, o cualquier otra parte corporal, tanto a nivel de tocamientos caricias, como la penetración genital, anal u oral.

- **Acoso sexual:** El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona (Ley 1257)
- **Asalto sexual:** Se entiende como una modalidad específica de agresión caracterizada por actos de violencia física y/o psicológica ejercidos por un actor conocido o desconocido (perpetrador), sobre una víctima de cualquier edad o sexo, por el cual persigue un propósito sexual definido. Puede o no estar acompañado de otro delito como robo o secuestro, pero no de homicidio, pues este evento se denominaría "homicidio asociado a delito sexual". En nuestro medio se asimila al término "violación sexual", (INMLCF)
- **Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes:** menores de 18 años a quienes se utiliza como objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies (Ley 1336 de 2009).
- **Turismo sexual:** utilización de una niña, niño o adolescente en actividades sexuales por personas que viajan de su país o ciudad de origen a otro u otra. Se da en el contexto del turismo por lo tanto, predomina en los lugares cuya economía depende de este sector (Ley 1336 de 2009)
- **Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes):** producción, distribución y tenencia de "toda representación, por cualquier medio de comunicación, de un niño o niña menor de 18 años de edad, o con aspecto de niño o niña, involucrado en actividades sexuales reales o simuladas, de manera explícita o sugerida, con cualquier fin" (UNICEF y Ley 1336 de 2009). Ésta se divide, según los materiales o contenidos, en pornografía blanda y dura. La primera hace referencia a imágenes desnudas y seductoras de niños o niñas, mientras que en la segunda se exhiben imágenes de acceso carnal y actos sexuales con niños o niñas
- **Trata de personas para explotación sexual:** captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra con fines de explotación. Esta explotación incluiría, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual (Convención de la ONU contra la Delincuencia Organizada Transnacional, ley 679/01)

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

- Estructuras inequitativas.
- Poderes económicos que utilizan a la infancia y las mujeres como objeto de consumo.

CULTURALES

- Modelos autoritarios que privilegian el poder masculino y basan la identidad masculina en el dominio.
- Falta de reconocimiento de los niños, las niñas, las mujeres, y las personas LGTB, entre otros grupos humanos vulnerables, como sujetos de derechos
- Creencias erróneas y mitos sobre el abuso sexual, la violencia sexual, la sexualidad, la niñez, y la condición femenina.

FAMILIARES

- Familias en donde hay violencia crónica de diversos tipos hacia mujeres, niñas, niños y otras personas especialmente vulnerables (repetición transgeneracional de la violencia).
- Familias en donde la madre tiene un bajo nivel académico y un alto nivel de dependencia económica con respecto al padre o a quien hace sus veces.
- Familias altamente tradicionales, que funcionan dentro de roles de sexo/género rígidos, e intolerantes con la diversidad y el ejercicio democrático del poder.
- Familias altamente tradicionales, que generan y sostienen imágenes de género facilitadoras de ejercicios de poder y control en contra de mujeres, niñas, niños, y adolescentes.
- Roles materno y paterno confusos, de dominio, de dependencia.
- Falta de límites y autoridad justa.
- Ausencia de figuras protectoras, que brinden seguridad al niño o niña.
- Falla en el vínculo y apego padres/madres-hijos/hijas.
- Familias cerradas, aisladas, con poco contacto social y pobres redes sociales.

Los profesionales de la salud tendrán que estar atentos a la presencia de síntomas, signos, indicios físicos, emocionales, comportamentales o condiciones particulares que lo orienten para detectar y tratar lo más tempranamente posible los distintos tipos de violencia sexual, y tener claridad sobre cuando la violencia sexual es evidente, cuando es altamente sugestiva, cuando existe la sospecha, y cuando incluso puede llegar a descartarse.

Signos, síntomas y factores de riesgo que deben alertar la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual.

A continuación se plantean signos, síntomas y condiciones que han

sido identificados como factores de riesgo y vulnerabilidad frente a las violencias sexuales. La identificación de estos factores debe generar en el sector salud, acciones de prevención en la población y seguimiento activo de los mismos para detectar posibles eventos de violencia sexual y el inicio de acciones de salud, protección y acceso a justicia.

Niños ó Niñas:

- Conductas sexuales que no son habituales para la edad y nivel de desarrollo del NNA
- Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.
- Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana
- Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal
- Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y/o no judicializados
- Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente
- Quienes conviven personas que tienen dependencia o abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.
- Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes
- Conducta suicida. De acuerdo con los datos del Forensis 2009 el 85% de los informes periciales son realizados a menores de 18 años, principalmente en los grupos de 10 a 14 años y de 5 a 10 años, y el 85% de todos estos le ocurren a niñas y adolescentes mujeres.
- Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- Dificultades en el aprendizaje o en el proceso de adaptación y rendimiento escolar.
- Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
- Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

Adolescentes:

- Embarazos tempranos (menor de 14 años)
- Conducta suicida
- Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual.
- Comportamiento bulímico
- Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas
- Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- Aquellos aislados y con escasa red de soporte social
- bajo rendimiento escolar
- Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno

- nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
- j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc.)
- k. Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja
- l. Desconocimiento de los Derechos Sexuales Reproductivos (DSR)
- m. Con poca red de apoyo social y familiar
- n. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.
- f) niños, niña, adolescente o adulto en condición de discapacidad con expresiones de hipersexualidad o por el contrario rechazo al contacto corporal afectivo,
- g) con intentos de suicidio y depresión de aparición súbita no relacionados con la cotidianidad alrededor de la situación de discapacidad,
- h) aquellas confinadas en hospitales mentales

Persona en condición de desplazamiento forzado o habitantes civiles de zonas sometidas a efectos del conflicto armado interno nacional-CAIN:

Mujeres:

- a. Síntomas depresivos, de ansiedad, de alteración del sueño, o de disfunciones sexuales.
- b. Evidencia de otras formas violencia basada en género contra las mujeres o sufridas durante la infancia.
- c. Dolor pélvico crónico sin causa aparente
- d. Aquellas con dependencia económica de su pareja
- e. Aquellas aisladas y con escasa red de soporte social
- f. Quienes ejercen la prostitución
- g. Quienes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol.
- h. Usuaris de servicios de control prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales.
- i. Quienes refieren antecedentes de abortos, o consultan por atención del aborto incompleto.
- j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc.)
- k. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.
- a. Mujer, niña o adolescente sometida a falta de garantía de satisfacción de las necesidades básicas en zona receptora de desplazados, en zona sometida a confrontación armada o con presencia activa de cualquier actor armado.
- b. Mujer de cualquier edad con cualquier motivo de consulta, en especial aquellos relacionados con violencia de cualquier índole.
- c. Niña, adolescente o mujer embarazada.
- d. Vivienda en condición de hacinamiento.
- e. Ejercicio de prostitución en zona receptora de desplazados o dentro de zona con presencia de actores armados de cualquier tipo.
- f. Personas LGBTI, niños, niñas y adolescentes con cualquier motivo de consulta.
- g. Antecedentes de abortos, o solicitud de atención médica del aborto incompleto.
- h. Embarazos no deseados.
- i. ITS/VIH
- j. Trabajo doméstico o precario.
- k. Testigo de masacres o incursiones militares por parte de cualquier actor armado.
- l. Testigo de combates.
- m. Mujer, niña o adolescente que fue obligada a preparar alimentos o a realizar labores domésticas para cualquier actor armado dentro de una zona de combate.
- n. Persona de género femenino y de cualquier edad que ha habitado dentro de comunidades sometidas a confinamiento forzado.
- o. Síntomas depresivos, ansiedad, o alteración del sueño.
- p. Signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo.

Personas en condición de discapacidad:

- a. Embarazo en menor de 14 años con algún tipo de discapacidad
- b. Embarazo en adolescente o adulta con limitación cognoscitiva o con enfermedad psiquiátrica
- c. Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal, c) menores de edad con cualquier tipo de limitación sensitiva, motora, física o cognitiva que manifiesten temor a la socialización con adultos,
- d) adultos que muestren situación de sobreprotección con menores con cualquier tipo de limitación y/o que teman dejar el menor a cargo de algún miembro específico de la familia o cercano al núcleo familiar,
- e) niño, niña o adolescente que manifieste rechazo a la evaluación por parte de profesionales de la salud,

Personas que se identifican como LGTBI

- a. Personas quienes son muy pobres y viven en condiciones de exclusión social.
- b. Quienes ejercen la prostitución.
- c. Quienes tienen problemas de abuso a sustancias psicoactivas o han tenido procesos desintoxicación aguda por SPA en condiciones no seguras.
- d. Personas viviendo en hoteles o piezas de pago diario

Actores armados activos o excombatientes de cualquier fuerza

- a. Niño, niña, adolescente, o mujer combatiente o excombatiente.

- b. Síntomas depresivos, ansiedad, o alteración del sueño.
- c. Mujeres embarazadas o con abortos.
- d. Conducta suicida.
- e. Anticoncepción con DIU o implantes de Levonorgestrel no deseados.

Persona habitante o con antecedente haber habitado la calle y/o Persona perteneciente a un grupo étnico indígena o afrodescendiente

- a. Usos y costumbres que validan la violencia sexual.
- b. Participación de fiestas colectivas con altos niveles de alcoholización.
- c. Habitantes en zonas sometidas a efectos del CAIN, con presencia de cualquier tipo de actor armado.
- d. Embarazos tempranos (menor de 14 años).
- e. Quienes realizan trabajo doméstico particularmente niños, niñas y adolescentes.
- f. En situación de desplazamiento forzado o migración interna.
- g. Con signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo.

Personas privadas de la libertad

- a. Personas reconocidas e ingresadas como agresores sexuales.
- b. Que se identifica como perteneciente a la población LGBTI.
- c. Ingreso reciente a la prisión o privaciones prolongadas de la libertad.

Proceso de Intervención Clínica

“La atención inicial de urgencias debe ser brindada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción de cualquier título valor que garantice el pago. (Decreto 126 de 2010: ARTÍCULO QUINTO. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Que modifica el parágrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007)”.

Recibir y atender de forma INMEDIATA: De cualquier forma se atenderá de forma inmediata activando acciones integrales de atención médica y mental.

Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente: Si se encuentra que la vida del/la paciente está comprometida se dará inicio al procedimiento médico indicado para la atención y estabilización del paciente. Una vez el paciente se encuentra estable ante esos riesgos vitales, se dará inicio al resto del protocolo de atención en violencia sexual.

Consentimiento informado: solicitar el consentimiento para llevar a cabo los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médicos legales y los exámenes de VIH/SIDA.

Proceso de atención médico legal: Establecer que la toma de muestras forenses desde el sector salud está recomendada para los casos de asalto sexual en los que el tiempo transcurrido desde el evento y el examen no sea mayor de 72 horas, y donde no se tenga garantía de que Medicina Legal puede atenderlo en ese lapso de tiempo. Cuando este tiempo es mayor a 72 horas se recomienda que las pruebas sean tomadas por medicina Legal del municipio o región.

Anamnesis: En la Historia Clínica deben quedar claramente consignados los datos clínicos, mentales y físicos, que se requieren dentro de una valoración clínica inicial a una víctima de violencia sexual; así como los detalles que el sobreviviente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar.

Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS: No en todos los casos es necesario realizar examen físico sexológico, debe prestarse atención al relato realizado en la anamnesis y de allí determinar la pertinencia del examen físico, en la mayoría de los casos es importante contar inicialmente con la valoración del equipo psicosocial donde se cuente con este recurso. El examen genital es parte del examen corporal completo y no un procedimiento único, aparte descontextualizado. (Es importante registrar la presencia y la ausencia designos físicos que sean relevantes en el proceso Investigativo).

Anticoncepción de emergencia (AE) – Profilaxis para embarazo: Utilización del PEP – KIT antes de las 72 horas de ocurrido el evento.

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual: Después de 5 días y teniendo en cuenta las 3 opciones de IVE: Malformaciones genéticas que pongan en riesgo la vida del feto y/o la madre y personas víctimas de violación

Dar manejo integral a otras patologías alternas
Consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial.

Remitir hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral.

Brindar orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo.

Seguimiento y vigilancia epidemiológica.

Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención.

Realizar el proceso de cadena de custodia: Debe seguirse el procedimiento establecido por el sector justicia para garantizar la autenticidad de las evidencias encontradas, recordar que es responsabilidad de toda persona y en especial de los servicios de salud.

Entrega de materiales probatorios a policía judicial: Debe establecerse a través de la red interinstitucional cómo se hará la entrega de estas evidencias a la policía judicial o quien ejerza estas funciones.

Proceso de seguimiento: Se hará seguimiento tanto de la adherencia al tratamiento médico establecido de acuerdo con el caso, como a la atención psicosocial y ajuste de la persona sobreviviente y la familia a la superación del evento.

Abordaje Psicosocial e Intervenciones Colectivas

Incluyen 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 y VIF. 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 las violencias, 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.

Intervención en Crisis: La intervención debe ser apropiada y eficaz, en la situación de crisis la persona está principalmente vulnerable, lo que refuerza aún más el impacto de la intervención.

- Aumentar la seguridad personal del agredido (niño, niña, adulto). No permitir el acceso o el contacto de ningún tipo de personas que considere amenazantes.
- Retomar su equilibrio emocional, su seguridad psicológica.
- Permitir la expresión de sentimientos y emociones durante la entrevista. Mediante la validación verbal y gestual de estas expresiones y de esta manera, la persona no sienta inadecuada y se dé inicio a un proceso de resignificación acerca de los hechos.
- Evitar la culpabilización del paciente impidiendo la doble victimización. Se debe procurar en la persona un mínimo de referencias acerca del acontecimiento, ya que en el caso de abuso sexual se considera dentro de los factores de riesgo para llegar a una conducta suicida.
- 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.

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 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 las violencias.

Entre los modelos de intervención grupal el más oportuno en el marco de las violencias 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 vivida.
- Desarrollar planes auto-protectores.
- Comprender que no son las únicas y los únicos que han sido víctimas de la violencia.
- Explorar las pérdidas personales por la violencia.
- Compartir experiencias con el grupo trascenderlo a la familia.

Visita domiciliaria. Es muy importante integrar al proceso, la intervención domiciliaria, 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.

Trabajo a nivel comunitario

- Detectar y poner en conocimiento situaciones de reincidencia de violencia o identificar y canalizar otras personas de la comunidad afectadas por situaciones de violencia (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
- 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

Generar proceso de referencia y contrarreferencia. Atención médica general, así como psicoterapia breve para intervención en crisis para brindar dentro de la misma atención inicial de la urgencia. Esto puede realizarse por medio de los procedimientos de consulta de 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 en el contexto de la atención de la urgencia médica.