



# Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

## Intervención en crisis

<b>Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia sexual</b>	
<b>Objetivo</b>	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 hace parte integral de la atención de la urgencia médica derivada de una victimización sexual.
<b>Momento en que debe realizarse</b>	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto tranquilo y privado.
<b>Duración</b>	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
<b>Periodicidad</b>	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 multis Sesiones, se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
<b>Profesional a cargo</b>	Profesional de la psicología clínica o de la medicina con especialidad en psiquiatría con entrenamiento adicional específico para el manejo psicoterapéutico de víctimas de violencia sexual, ya que se trata de un procedimiento especializado que requiere conocimiento y experticia clínica.
<b>Tipo de paciente</b>	Toda persona víctima de violencia sexual perteneciente a cualquier grupo de edad, género o modalidad de

	<p>victimización que esté siendo atendida por tal motivo en el marco de la atención de la urgencia médica, y que haya otorgado su consentimiento informado para la acción clínica integral en salud, incluyendo los componentes de atención en salud mental especializada.</p>
<b>Formato</b>	<p>Psicoterapia breve centrada en solución de problemas de tipo individual o en diada víctima – persona adulta protectora en casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, si se considera terapéutico y dicho acompañamiento es aceptado. En ningún caso la víctima y el agresor pueden estar en un mismo contexto terapéutico.</p>
<b>Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconsulta médica especializada de urgencias o ambulatoria por médica/o psiquiatra.</li> <li>• Consulta de urgencias por medicina especializada – psiquiatría.</li> <li>• Procedimiento de psicoterapia individual por psicólogo/a.</li> <li>• Procedimiento de psicoterapia individual por psiquiatra.</li> <li>• Traslado de pacientes para completar valoraciones y procedimientos necesarios dentro del manejo integral de la urgencia médica.</li> <li>• Es obligatoria la atención médica especializada por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, o psicología con entrenamiento en clínica.</li> </ul> <p>En casos de mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno y especialmente en el contexto del desplazamiento forzado, se requiere acompañamiento por profesionales expertas en intervención psicosocial, así como para sus familiares de acuerdo con la Sentencia T-045 de 2010 de la Corte Constitucional.</p> <p>Igualmente, los psicofármacos que puedan ser requeridos como parte integral de la atención en salud mental.</p> <p>La Ley 1257 de 2008 en el artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C – 776 – 10 de 2010, establece que las Empresas Promotoras de Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, serán: <i>“las encargadas de la prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas”</i>.</p>
<b>Garantizar la habitación y alimentación de la víctima en el</b>	<p>Ley 1257 de 2008, artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C – 776 – 10 de 2010: <i>“las prestaciones de alojamiento y alimentación suministradas a la mujer víctima de violencia, hacen parte de las medidas de</i></p>

<p><b>sitio donde se remita para intervención especializada en salud mental, incluyendo el servicio de transporte de la víctima y de sus hijos e hijas ( y de un acompañante por víctima, independientemente de la edad de ésta)</b></p>	<p><i>protección y atención propias de su derecho integral a la salud, siempre y cuando sean proporcionadas dentro de las condiciones previstas (i) en la Constitución Política; (ii) en la Ley 1257 de 2008, (iii) en el reglamento que deberá expedir el Ministerio de la Protección Social; y (iv) en esta providencia. La concesión de alojamiento y alimentación amparan el derecho a la salud de la agraviada, en cuanto procuran su estabilización física y emocional, permitiéndole gozar de un periodo de transición al cabo del cual podrá continuar con la ejecución del proyecto de vida por ella escogido”.</i></p> <p>Existe también el antecedente de amparo constitucional de estos derechos para mujeres, adolescentes, y niñas afectadas por violencia sexual en el marco del conflicto armado interno y especialmente quienes se encuentran en situación de desplazamiento forzado, en caso de que no sean hospitalizadas; con trasporte para un acompañante por víctima (Sentencia de la Corte Constitucional T – 045 de 2010).</p> <p>Relacionado con el derecho a la salud como concepto integral que ha sido explicado por la Corte, entre otras, en las sentencias T-248 de 1998, T-414 de 1999, T-409 de 2000, T-307 de 2006 y T-508 de 2008.</p>
<p><b>Estrategias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Partir de una definición de esos problemas que sea compartida por la persona consultante y que permita visualizar como viable la solución de los mismos.</li> <li>• Enfocarse en el presente y el futuro, no en el pasado.</li> <li>• Resaltar que la violencia sexual obedece a características del contexto cultural y social que favorecen las inequidades de poder entre las personas, principalmente por género y edad, antes que en consideraciones de índole intrapsíquica.</li> <li>• Enfocarse más en los recursos que en los déficits.</li> <li>• Enfocarse sobre lo posible y no sobre lo perfecto.</li> <li>• Partir de las características particulares del caso.</li> <li>• Tener en cuenta la etapa del ciclo de vida individual y familiar, y el contexto social en que se produjo el acto violento.</li> <li>• Contemplar los recursos disponibles en los distintos</li> </ul>

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prever los posibles efectos positivos y negativos.</li> <li>• 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.</li> <li>• Evaluar contextualmente la presencia de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, así como la 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 u hospitalario según necesidades de la víctima.</li> <li>• Asegurar confidencialidad y privacidad, al igual que en el resto de la ruta de atención.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Fases</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se parte y se centra en el motivo de consulta.</li> <li>• Se intenta evidenciar y entender el problema.</li> <li>• Se facilita la descarga emocional, la expresión de sentimientos y la normalización de síntomas.</li> <li>• Movilizar recursos y habilidades personales, familiares y sociales.</li> <li>• Evaluación del estado mental de la víctima, recontextualizando los síntomas como reacciones esperables ante la victimización sufrida que, no obstante, pueden ser superados mediante acciones específicas.</li> <li>• Recomendaciones y sugerencias generales.</li> <li>• Acuerdos terapéuticos específicos.</li> <li>• Resumen final con retroalimentación por parte de la víctima consultante.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Técnicas terapéuticas específicas</b></p>	<p>Para facilitar que la víctima retome la percepción de control sobre sí misma y sobre sus circunstancias, se recomienda durante la entrevista permitirle hacer elecciones, como las siguientes:</p> <p>Ofrecer un vaso de agua. Permitir que elija el sitio donde quiere sentarse. Indicar que en cualquier momento puede</p>

suspender 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.* Respetar el 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, dibujarlos o expresarlos 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 utilizar expresiones como: *Puedo ver que..., Por lo que dices, parece que te sientes...* Se debe evitar decir: *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, para que faciliten la comunicación, por ejemplo: *¿Cómo ves la situación?* Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y para darle la oportunidad de 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 delante y acercándose a la persona. 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, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal; al respecto también tenga en cuenta lo

	<p>que socialmente se considera aceptable en el lugar (por ejemplo, en la mayor parte de los contextos colombianos suele ser comúnmente aceptado éste tipo de contacto entre dos mujeres o desde una mujer hacia una niña o niño, pero no desde un hombre hacia otro hombre). 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, entre otros) y detectar cuáles de estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza severas). Trabajar conjuntamente para entender los hechos. Para dar apoyo emocional a las víctimas de violencia no se necesita saber la “verdad”, ni conocer detalles de lo ocurrido.</p> <p>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, se requiere: Ayudar a construir un marco comprensivo que ubique la agresión sexual en un contexto relacional enmarcado por estructuras de poder hegemónicas que pusieron en desbalance 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 desarrolladas por la misma víctima y su grupo de apoyo primario.</p> <p>Para técnicas terapéuticas mínimas aplicables a niños, niñas y adolescentes: ver los Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual del Consejo Distrital para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, Bogotá, año 2004, pág. 48 – 62. Disponible en: <a href="http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1251/1/LINEAMIENTOS%20para%20la%20atencion.pdf">http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1251/1/LINEAMIENTOS%20para%20la%20atencion.pdf</a></p>
<p><b>Acciones y actitudes NO terapéuticas que debe</b></p>	<p>No se debe: Decir <i>le entiendo perfectamente</i> o <i>imagino por lo que está pasado</i>, porque aparte de inadecuado, es falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención o aplicar rígidamente programaciones</p>

<p><b>EVITAR durante la consulta</b></p>	<p>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: <i>creo que deberías... ¿Cómo es que no...?</i>. Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: <i>ánimese ¡no es para tanto!</i> Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella. Instruir con frases como: <i>esto puede ser una experiencia interesante si....</i> Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: <i>¿Cuándo empezó todo? No, esto no fue así.</i></p>
<p><b>Disposición final de la víctima de violencia sexual</b></p>	<p>De acuerdo con las características de la víctima, su disposición y posibilidad de acudir a una psicoterapia, y las características del profesional que atiende y del contexto de ayuda en que actúa, al finalizar la primera sesión de psicoterapia breve podrá disponerse que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta sea la única sesión que se realizará, remitiendo desde allí a la víctima para continuar con una atención interdisciplinaria por parte del equipo de salud mental, en contexto ambulatorio y hospitalario, acorde con las necesidades de la persona y las características de la ayuda disponible.</li> <li>• 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 la persona a continuar atención interdisciplinaria por equipo de salud mental en formato ambulatorio u hospitalario, como se describió antes.</li> <li>• Que se detecte la necesidad de iniciar algún tipo de farmacoterapia específica por presencia de una psicopatología instaurada de la cual se conoce que el pronóstico mejora a partir de un abordaje bimodal combinando psicoterapia más farmacoterapia específica. Si el profesional que conduce la consulta inicial de psicoterapia breve es psiquiatra, deberá iniciar de inmediato la medicación necesaria, explicando su uso como un elemento más dentro de las estrategias de afrontamiento indicadas. Si se trata de una psicóloga o psicólogo clínico, deberá efectuar la misma resignificación de</li> </ul>

	la farmacoterapia, derivando para continuar manejo conjunto o exclusivo por médico o médica psiquiatra, de acuerdo con las circunstancias que rodean a cada caso.
Construido a partir de las siguientes fuentes: Lipchik, Eve (2004) "Terapia Breve Centrada en la Solución". Buenos Aires, Amorrortu, p. 320. Zeig, J (2004) "Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas", Buenos Aires, Amorrortu, p. 552. Talmon, M (1990) "Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter", San Francisco. Jossey – Bass Inc, p. 146. Médicos Sin Fronteras – España (2010) Protocolo de consulta única y consejería en salud mental. MSF – OCBA, Colombia, p. 18. Equipo de Salud Mental Hospital del Sur E.S.E. (2003) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", p. 56. Velásquez, Susana (2003) "Violencias Cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar". Barcelona. Ed. Paidós. P. 334.	