



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

## Evaluación Inicial

COMPONENTES DE UN EXAMEN CLÍNICO MENTAL POR EL SECTOR SALUD			
COMPONENTE	DEFINICIÓN	EXPLORACIÓN	POSIBLES TRASTORNOS
<b>PORTE Y APARIENCIA</b>	Características generales de la presentación personal de la persona entrevistada y la impresión inicial que deja en quien entrevista.	Se explora mediante la observación directa de la persona entrevistadora sobre la entrevistada en cuanto a: el vestuario que lleva, las facies y otras características de su presentación personal.	Se describen los aspectos observados, buscando poner en evidencia si existe facies depresiva, ansiosa, eufórica, indiferente, apropiada o inapropiada a la situación, etc. Así como, vestido limpio y en orden o por el contrario sucio o en desorden, roto, extravagante, inapropiado para la circunstancia, meticulosamente pulcro, etc.
<b>ACTITUD</b>	Caracterización general de la impresión dejada por la o el paciente ante quien examina al ingresar al sitio de entrevista.	Se explora mediante la observación directa de la persona entrevistadora sobre la entrevistada en torno a las características de su marcha, la confianza con que saluda, el grado de seguridad en sí mismo/a, las diferentes posiciones que adopta, la mímica y elementos preverbales del lenguaje que resulten evidentes a primera vista.	Se describen los aspectos observados, indicando si hay: ataxia, andar rápido, gran familiaridad al saludar, temor, agresividad o indiferencia, grados superlativos o disminuidos de seguridad en sí misma/o, etc.
<b>CONCIENCIA</b>	Función mental necesaria para llevar a cabo la integración entre aspectos sensitivos, sensoriales, intelectuales y afectivos. Permite el conocimiento del sí mismo/a y de la ubicación espacio – temporal.	En personas sin alteración del estado de conciencia es suficiente la observación durante el examen clínico. En quienes tienen alguna alteración, se hace necesaria la exploración mediante una serie de estímulos verbales, táctiles o incluso dolorosos.	<b>CUANTITATIVOS:</b> somnolencia, estupor, coma superficial, coma profundo, hipervigilancia. <b>CUALITATIVOS:</b> obnubilación, confusión, estado crepuscular, perplejidad.

<b>ORIENTACIÓN</b>	Función mediante la cual la persona puede tener conocimiento de sí misma, en relación con el tiempo y el espacio.	Se exploran dos aspectos fundamentales: orientación en persona (autopsíquica) preguntando su nombre, edad, ocupación, etc. y orientación temporo – espacial (alopsíquica), indagando preferiblemente de manera indirecta, por ejemplo, preguntando cuánto tiempo lleva en la sala de espera o hace cuántos días pidió la cita. Si las respuestas no son precisas, acudir a la exploración directa, indagando, por ejemplo, el día de la semana en que se está, el nombre del lugar, etc.	Desorientación en persona, tiempo o lugar.
<b>PENSAMIENTO</b>	Función mental expresada como una experiencia que obedece a un propósito definido, permitiendo la construcción, elaboración y comunicación de los símbolos mediante los cuales se estructuran conceptos, creencias e ideologías.	Se explora en el contexto de la entrevista clínica mediante la observación de lo que la persona habla espontáneamente o de sus respuestas a las preguntas del examinador o examinadora para análisis del contenido y progresión del discurso.	EN LA PRODUCCIÓN DEL PENSAMIENTO: Trastornos en la forma de asociación (tales como pérdida de asociaciones, asociaciones idiosincrásicas, tangencialidad, circunstancialidad o prolijidad, perseveración). Trastornos en la velocidad de la asociación (tales como bradipsiquia, bloqueo y taquipsiquia). EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: Trastornos cuantitativos (urgencia del pensamiento, restricción del pensamiento); Trastornos cualitativos (delirios de diversos tipo, ideas obsesivas, ideas fóbicas, ideas hipocondriacas, ideas sobrevaloradas, ideas fijas.
<b>ATENCIÓN</b>	Función mental mediante la cual se seleccionan entre múltiples estímulos, tanto internos como externos, los que van a ser procesados para lograr una apropiada integración mental.	Comienza desde el inicio mismo de la entrevista mediante la observación sobre las respuestas dadas a las preguntas de la persona examinadora y de la adaptación a las condiciones generales de entrevista.	Dittractibilidad, hipoprosexia, hiperprosexial.
<b>SENSOPERCEPCIÓN</b>	Función mental que permite la integración de los estímulos sensoriales en un	Se puede realizar mediante observación detenida de la persona durante la entrevista.	NEUROLÓGICOS: agnosias, acromatopsias, prosopagnosia, amusia, alteraciones del

	<p>contexto significativo basado en experiencias pasadas, mediante la cual la persona se da cuenta de objetos, cualidades y relaciones entre objetos del mundo externo y de su propio cuerpo.</p>	<p>Estar atento a actitudes de observación o escucha en ausencia de estímulos. También se puede complementar mediante preguntas que exploren los diversos órganos sensoriales, por ejemplo: ¿Qué ve a su alrededor?, ¿Escucha la voz de personas no presentes, fallecidas o extrañas?, ¿Escucha sus pensamientos en voz alta?, ¿Ha tenido visiones o apariciones?, ¿Alguna parte de su cuerpo se mueve contra su voluntad?, ¿Percibe como extrañas las personas y cosas que lo rodean?, entre otras.</p>	<p>funcionamiento de los órganos perceptuales. ALUCINACIONES: negativas, hipnagógicas, hipnopómpicas, auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, cinestésicas o motrices, cenestésicas. De cada una de ellas describir si son congruentes o no con el estado de ánimo. DISMORFOPSIAS: macropsias, micropsias, ceguera y visión tubular. ILUSIONES.</p>
<b>AFECTO</b>	<p>Función de relación, puede ser considerado como una sensación placentera o displacentera originada en percepciones tanto del mundo interno como del mundo externo, que la mayor parte de las veces se acompaña por un componente cognoscitivo congruente con esas percepciones, el cual, no obstante, también puede ser no congruente.</p>	<p>La valoración clínica se realiza mediante observación de manifestaciones verbales y preverbales de la persona entrevistada, como a través de la percepción subjetiva de la persona entrevistadora a lo largo de la entrevista.</p>	<p>TRASTORNOS DEL ORIGEN: afecto inapropiado o paratimia, labilidad afectiva, anhedonia. TRASTORNOS DE LA EXPRESIÓN: Según la intensidad se describen la hipertimia, afecto constreñido o restringido, afecto embotado, afecto plano o atimia. Según el tono se describen trastornos del sentimiento de tristeza (tipo: depresión y melancolía), trastornos del sentimiento de alegría (tipo: euforia, júbilo, exaltación, afecto expansivo, éxtasis), trastornos del sentimiento de temor (tipo: angustia y pánico), y trastornos del sentimiento de enojo (tipo: irritabilidad e ira).</p>
<b>SUEÑO</b>	<p>Estado biológico y conductual del organismo, regular, rítmico y transitorio, caracterizado por aparente quietud y reposo y por una disminución de la respuesta a estímulos ambientales.</p>	<p>La exploración se realiza sobre la base de lo referido por el o la paciente y sus acompañantes, así como mediante lo observado en el transcurso de la entrevista.</p>	<p>Insomnio (de conciliación, intermitente, de despertar temprano), hipersomnio, disminución de la necesidad de sueño, desincronización del ciclo de sueño, parasomnia (tipo terror nocturno, sonambulismo, enuresis nocturna, pesadillas y otros).</p>
<b>MEMORIA</b>	<p>Capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia ubicándola en el tiempo.</p>	<p>De forma habitual se explora en el contexto clínico sin necesidad de emplear pruebas psicométricas. En</p>	<p>Hipermnesia, amnesia, paramnesia.</p>

		ocasiones en que se evidencie alteración, se puede recurrir a éstas. Se debe explorar la memoria en sus componentes inmediato, reciente y remoto.	
<b>INTELIGENCIA</b>	Capacidad de la persona para resolver situaciones nuevas de la vida cotidiana de forma adecuada e independiente, logrando niveles apropiados de adaptación en diferentes áreas. Involucra la habilidad para comprender, idear y manejar ideas y símbolos abstractos o mecanismos, y para actuar congruente y racionalmente en las relaciones interpersonales y asuntos sociales.	Debe hacerse teniendo en cuenta los datos de la anamnesis, las características de la conducta adaptativa, los hallazgos clínicos y los resultados de pruebas psicométricas cuando se tengan a mano. Puede hacerse una valoración aproximada haciendo en la entrevista clínica preguntas que tienen la finalidad de conocer: amplitud de sus conocimientos generales, su comprensión general, su capacidad de razonamiento aritmético, su capacidad para encontrar semejanzas entre dos cosas, su capacidad para interpretar refranes.	Con una evaluación clínica por aproximación, se recomienda registrar solamente <u>la impresión clínica</u> sobre posible presencia de: retardo mental, demencia, inteligencia que impresiona por debajo del promedio, inteligencia que impresiona sobre el promedio o inteligencia promedio. Para mayor precisión, cuando se requiera, debe solicitarse una valoración psicométrica.
<b>LENGUAJE</b>	Sistema de signos susceptibles de servir para la comunicación entre las personas y que, además, permite el almacenamiento y la disposición de la información, influye en el pensamiento y es determinante para la vida relacional.	Se explora en el contexto de la entrevista clínica mediante la observación y análisis detallado de lo que la persona comunica en forma espontánea y como respuesta a preguntas de la examinadora o examinador. Se toman en cuenta características de la articulación, emisión, contenido y progresión del discurso, así como el lenguaje mímico. En algunas circunstancias clínicas, se explora también lenguaje escrito.	<b>TRASTORNOS DEL LENGUAJE VERBAL:</b> disartria, dislalia, afasia, habla altisonante o elevada, habla baja o musitación, disprosodia, discurso lentificado, taquialia, verbigeración, logoclonía, mutismo, tartamudez, fragmentación, neologismos, pararrespuestas, ecolalia, coprolalia. <b>TRASTORNOS EN EL LENGUAJE MÍMICO:</b> hipermimia, hipomimia, amimia, ecomimia. <b>TRASTORNOS EN EL LENGUAJE ESCRITO:</b> disgrafía, agrafía, dislexia.
<b>CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	Conjunto de actos mediante los cuales la persona obtiene los elementos nutricionales esenciales para la preservación del equilibrio y existencia de su organismo.	Durante la entrevista clínica se evalúan mediante preguntas dirigidas al entrevistado o entrevistada y/o sus acompañantes sobre el modo en que maneja la alimentación en su vida cotidiana.	<b>TRASTORNOS CUANTITATIVOS:</b> hiporexia, bulimia, potomanía, dipsomanía. <b>TRASTORNOS CUALITATIVOS:</b> mericismo o rumiación, pica, coprofagia.
<b>CONDUCTA SEXUAL</b>	En este contexto, conjunto de	Se basa tanto en la observación directa del	En el caso de víctimas de violencia sexual es

	<p>comportamientos personales e interindividuales que se desarrollan en torno a la función genital, el placer, la identidad de género, la orientación sexual y que tienen como propósito el establecimiento de vínculos sociales e interpersonales y, en algunos casos, fines reproductivos.</p>	<p>paciente, como a través de preguntas dirigidas a explorar el funcionamiento personal en esta área.</p>	<p>especialmente útil estar pendientes de posibles alteraciones en esta área debido a la victimización, tales como: deseo sexual inhibido, aversión sexual, vaginismo, dispareunia, inhibición orgásmica, frigidez, entre otros. En niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual se ha descrito que de manera secundaria a la victimización, por ejemplo, se pueden desarrollar conductas sexualizadas no acordes con su edad cronológica.</p>
<p><b>CONDUCTA MOTORA</b></p>	<p>Hace referencia a aspectos motores del comportamiento que permiten el desempeño de la persona en el medio.</p>	<p>La exploración se realiza sobre la base de lo referido por la o el paciente y sus acompañantes, así como mediante lo observado en el transcurso de la entrevista.</p>	<p>TRASTORNO EN LA CONCIENCIA: abulia, hiperbulia, obediencia automática, discontrol de impulsos. TRASTORNOS EN LA EJECUCIÓN: agitación psicomotora, fatigabilidad, compulsión, hiperquinesia, hipoquinesia, bradiquinesia, alteraciones catatónicas, automatismo, estereotipia, perseveración motora, manierismo, ecopraxia, bloqueo motor, ambitendencia, tic, cataplejía, acatisia, trastornos conversivos.</p>
<p><b>JUICIO DE REALIDAD</b></p>	<p>Actividad psíquica mediante la cual la persona realiza una síntesis mental que le permite extraer conclusiones a partir de la realización y comparación de las ideas o del conocimiento de la realidad externa y que le permite autodeterminarse en consecuencia.</p>	<p>El juicio de realidad intacto requiere de: una conciencia íntegra, un pensamiento normal, un afecto adecuado y una inteligencia promedio.</p>	<p>El juicio de realidad puede estar conservado, debilitado o perdido.</p>
<p><b>RIESGO AUTOAGRESIVO Y RIESGO HETEROAGRESIVO</b></p>	<p>Hace referencia a la potencialidad actual de una persona para efectuar un acto que le autolesione, que lesione a otras personas, y que inclusive, pueda causar su propia muerte o la</p>	<p>Evaluar la presencia o ausencia de: a) ideación de autolesión o presencia de lesiones autoinducidas, b) ideación heteroagresiva estructurada, c) presencia de psicosis, d) capacidad de</p>	<p>Riesgo de autoagresión alto, medio o bajo. Riesgo de heteroagresión alto, medio o bajo.</p>

	de otros.	autocuidado deteriorada, e) insuficientes redes de apoyo social disponibles, f) síntomas depresivos y g) impulsividad manifiesta.	
<p>Fuentes: Sánchez, R; López, P (1993) "Entrevista y semiología psiquiátrica". Bogotá, FEPARMED. 133 p.  Taborda, L; Burgos, C; Tellez, J; Vásquez, R (1991) "Principios de semiología psiquiátrica". Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 160 p. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2008) "Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud". Bogotá. Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).</p>			