

 Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña - Colombia Vigente Mirejueción	UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA			
	Documento FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO	Código F-AC-DBL-007	Fecha 10-04-2012	Revisión A
Dependencia DIVISIÓN DE BIBLIOTECA	Aprobado SUBDIRECTOR ACADEMICO		Pág. 1(173)	

RESUMEN - TRABAJO DE GRADO

AUTORES	MARÍA SUSANA ARÉVALO RAMÍREZ CECILIO HUMBERTO GOMEZ TOVAR		
FACULTAD	FACULTAD DE EDUCACION, ARTES Y HUMANIDADES		
PLAN DE ESTUDIOS	DERECHO		
DIRECTOR	RAUL RUEDA ASCANIO		
TÍTULO DE LA TESIS	LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COMO PARTE DE LA REPARACIÓN INTEGRAL EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN OCAÑA N.S., PERÍODO 2010 – 2015.		
RESUMEN (70 palabras aproximadamente)			
ES FUNDAMENTAL ACTUAR CON LA DEBIDA DILIGENCIA, EN EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN OCAÑA, PARA NO VULENRRAR LOS DERECHOS HUMANOS, A FIN DE RESTABLECER, PROTEGER EFECTIVAMENTE Y OFRECER VÍAS DE REPARACIÓN INTEGRAL, DE TAL MANERA QUE AL MISMO TIEMPO SE PROPENDA POR INVESTIGAR Y CASTIGAR A LOS CULPABLES.			
CARACTERÍSTICAS			
PÁGINAS: 185	PLANOS:	ILUSTRACIONES:	CD-ROM: 1



Vía Acolsure, Sede el Algodonal, Ocaña, Colombia - Código postal: 546552
 Línea gratuita nacional: 01 8000 121 022 - PBX: (+57) (7) 569 00 88 - Fax: Ext. 104
 info@ufpso.edu.co - www.ufpso.edu.co

LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COMO PARTE DE LA
REPARACIÓN INTEGRAL EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE
LA VIOLENCIA SEXUAL EN OCAÑA N.S., PERÍODO 2010 – 2015.

AUTOR:

MARÍA SUSANA ARÉVALO RAMÍREZ

CECILIO HUMBERTO GOMEZ TOVAR

Monografía de Grado para Optar el Título de Abogados

Director

RAUL RUEDA ASCANIO

Especialista

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD DE EDUCACION, ARTES Y HUMANIDADES
DERECHO

Ocaña, Colombia

Junio de 2018

Índice

Introducción.....	ix
Capítulo 1. La eficacia del tratamiento psicológico como parte de la reparación integral en los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual en Ocaña N.S., período 2010 – 2015.	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Objetivos.....	13
1.3.1 General.	13
1.3.2 Específicos.....	13
1.4 Justificación.....	14
1.5 Delimitaciones	15
1.5.1 Conceptual.....	15
1.5.2 Operativa.	16
1.5.3 Temporal.....	16
1.5.4 Geográfica.	16
Capítulo 2. Marco referencial	17
2.1 Marco conceptual	17
2.1.1 Violencia sexual.	17
2.1.2 El abuso sexual.	18
2.1.3 Protección integral para niños, niñas y adolescentes.....	21
2.1.4 Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.....	22
2.1.5 Atención integral de la violencia sexual en el sector salud.	69
2.1.5.1 <i>Lineamientos generale</i>	71
2.1.6 El cuidado integral de la salud mental.....	79
2.1.7 Procesos y ruta de atención intersectorial.	96
2.2 Marco teórico.....	106
2.2.1 Factores de riesgo de la violencia sexual	108
2.2.2 Formas de violencia sexual.	111
2.2.3 Consecuencias del abuso sexual.....	112
2.2.4 Tipos de tratamiento e intervención en abuso sexual.....	113
2.3 Marco legal.....	114
Capítulo 3. Diseño metodológico	130
3.1. Tipo de investigación	130
3.2. Población	131
3.3 Instrumentos	131
Capítulo 4. Resultados.....	132
4.1 Aplicación de la normatividad.....	132
4.1.1 Recopilación de la normatividad vigente.	132
4.1.1.1 <i>Normas internacionales</i>	133
4.1.1.2 <i>Normas nacionales</i>	134

4.2 Verificar si las entidades gubernamentales.	140
4.2.1 Recepción, atención y manejo de los casos.	141
4.2.2 Fases de atención.	144
4.2.3 Competencias institucionales.	146
4.2.4 Remisión y acompañamiento.	149
4.2.4.1 Atención integral de la violencia sexual en el sector salud.	149
4.2.5 Estructuración del tratamiento psicológico.	151
4.2.5.1 Acompañamiento psicosocial.	151
4.2.5.2 Tratamiento psicológico víctimas.	153
4.2.6 Seguimiento.	159
4.2.7 Situación de violencia sexual en Ocaña.	161
4.3 Falencias encontradas en el tratamiento psicológico.	164
4.4 Estrategias a implementar.	165
Capítulo 5. Conclusiones.	167
Capítulo 6. Recomendaciones.	169
Referencia.	171

Lista Tablas

Tabla 1. Preparativos y procesos de tipo institucional.....	26
Tabla 2. Códigos del CIE utilizados.....	35
Tabla 3. Códigos del CIE utilizados.....	36
Tabla 4. Esquema anticoncepción de emergencia hormonal.....	42
Tabla 5. Componentes para una atención adecuada de la IVE.....	44
Tabla 6. Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico	50
Tabla 7. Características de la primera consulta de psicoterapia	52
Tabla 8. Preparación institucional para la implementación del modelo de atención integral.....	72
Tabla 9. . Entrevista a víctimas de violencia sexual.....	75
Tabla 10. Elementos específicos de la entrevista a víctimas de violencia sexual.....	76
Tabla 11. Pautas para el desarrollo de intervenciones psicosociales.....	85
Tabla 12. Características de la primera consulta de psicoterapia	89
Tabla 13. Competencias institucionales.....	101
Tabla 14. Principales dificultades en su funcionamiento.....	107
Tabla 15. Mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual infantil.....	111

Lista figuras

Figura 1. Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual.....	23
Figura 2. La violencia sexual en las primeras 72 horas.....	29
Figura 3. Nivel de desarrollo según la edad.....	31
Figura 4. Examen clínico general.....	33
Figura 5. Sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual.....	65
Figura 6. Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.....	145
Figura 7. Estadística violencia sexual en la ciudad de Ocaña.....	162

Introducción

Siendo nuestro país, un Estado social de derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, garante del bienestar de sus ciudadanos; debe trabajar fuertemente en la implementación de políticas, programas y proyectos encaminados a la protección de los niños, niñas y adolescentes.

En tal sentido, se hace necesario iniciar una introspectiva en la aplicación de políticas de reparación integral a las víctimas de violencia sexual; las cuales se ejecutarán a través de la implementación, evaluación y seguimiento una vez constatado el daño psíquico, la lesión psicológica, la secuela psicológica como consecuencia de la violencia sexual con el fin de garantizar el restablecimiento de sus derechos, conocer la historia, los hechos para sanarlos, transformarlos y principalmente, reparar los daños físicos y psicológicos causados a los menores quienes en la mayoría de los casos se encuentran en un alto grado de vulnerabilidad e indefensión.

Para tal fin, se busca responder a los requerimientos del Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), que tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de niños, niñas y adolescentes. Así mismo, se pretende dar cumplimiento a los derechos y libertades consagrados en la Constitución Política, la cual establece que la responsabilidad de su protección, es compartida entre la familia, la sociedad y todas las entidades del Estado.

La pugna por la protección, la seguridad de niños, niñas y adolescentes, el interés de asistirlos de la manera adecuada, con un trato equitativo y digno de su propia condición, permitirá garantizarles, la integridad de todos sus derechos; el respeto en su condición individual y su dignidad humana, además de una adaptabilidad a un entorno diferente, que permita crecer

en mejores condiciones partiendo de que son el futuro de una Nación que por cientos de años ha traído arraigado tanto dolor y sacrificio de personas inocentes.

La presente investigación es de tipo jurídico, por consiguiente se precisa de un trabajo de análisis e investigación de fuentes documentales; así como un trabajo de campo en las instituciones estatales encargadas de la protección y restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Ocaña, tales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Fiscalía. El objetivo es abordar diferente material que sirva como derrotero para estructurar la presente investigación académica, para la consolidación del presente trabajo de investigación.

Capítulo 1. La eficacia del tratamiento psicológico como parte de la reparación integral en los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual en Ocaña N.S., período 2010 – 2015.

1.1 Planteamiento del problema

La violencia sexual en niños, niñas y adolescentes es un problema universal que está presente en todos los estratos sociales, la cual se da por el resultado de falencias en los factores familiares, culturales, sociales y educativos de las familias que afectan de manera negativa la conducta de sus integrantes, la cual trae consigo la violación de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.

Por la misma condición en que se ejecuta la agresión sexual en los niños, niñas y adolescentes sin distinción de clase social y las repercusiones a corto y largo plazo tanto para la víctima, su familia y la sociedad, es que el Estado debe implementar estrategias tanto jurídicas como sociales, acordes a la magnitud del problema para minimizar los riesgos a los cuales están expuestos día a día nuestros niños, niñas y adolescentes.

De acuerdo a las investigaciones y estadísticas de la Fiscalía General de la Nación y el ICBF, podemos afirmar que los autores de la violencia sexual de los niños, niñas y adolescentes son personas que conforman su núcleo familiar o allegado de la víctima, factor que es aprovechado por el abusador, poniendo en vulnerabilidad a la víctima, produciendo en ella un encapsulamiento de la información, del no decir nada, contribuyendo a que se presente una cultura del encubrimiento, siendo en muchos casos el silencio el peor enemigo del menor, quien por temor a represalias y a la reacción de sus padres, prefiere no expresar lo que está sucediendo. Por la misma condición de las víctimas (Niños, niñas y adolescentes) y las secuelas que produce este delito a corto y largo plazo, es que el tratamiento especializado

que deben utilizar las entidades estatales, debe enfocarse en la reparación integral de la víctima.

Situación que hace parte de la realidad de muchos niños, niñas y adolescentes en nuestra región, haciéndose necesario y urgente, no sólo enfatizar en la investigación y proceso penal, sino en la utilización de procedimientos especializados enfocados en la reparación integral de las víctimas, realizando con ellos un proceso integral que permita la recuperación física, social y psicológicamente, el cual debe ser objeto de un control y seguimiento por parte del Estado, la sociedad y la familia, para verificar su cumplimiento.

Como referente jurídico de la propuesta de investigación, contamos con el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), el cual tiene como objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de niños, niñas y adolescentes, para velar por la seguridad e integridad de los menores y la protección de sus derechos, así mismo se acudirá a las normas rectoras como la Constitución Política y los instrumentos internacionales para la protección de los derechos humanos.

El Estado es quien tiene el deber de garantizar cada uno de sus derechos, compartiendo esta responsabilidad con la sociedad y la familia. Es importante destacar que la Ley de Infancia y Adolescencia reconoce a los niños, niñas y los adolescentes como sujetos de derechos, lo cual los hace merecedores de un trato equitativo y digno, capaces de participar en la construcción de su vida individual y colectiva.

El cambio de orientación de la sociedad respecto a la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes será un hecho en la medida en que alcancemos un fortalecimiento en la protección y la garantía del respeto por los derechos de la niñez y la adolescencia colombiana.

1.2 Formulación del problema

Es o no eficaz el tratamiento psicológico como parte de la reparación integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual en Ocaña N.S., período 2010 – 2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 General. Determinar si la intervención realizada por las entidades en general encargadas de brindar atención psicológica a los niños, niñas y adolescentes de Ocaña N.S., víctimas de violencia sexual, han sido eficaces, como forma de reparación integral en el periodo comprendido entre 2010 a 2015.

1.3.2 Específicos. Analizar la aplicación de la normatividad vigente que regula la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro del margen de la violencia sexual.

Verificar si las entidades gubernamentales encargadas de brindar el tratamiento psicológico como parte de la atención integral en los niños, niñas y adolescente víctimas de violencia sexual, están cumpliendo con lo establecido normatividad vigente.

Establecer las falencias encontradas en el tratamiento psicológico como parte de la atención integral en la atención a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual de Ocaña N.S.

Diseñar estrategias que permitan realizar un control y seguimiento efectivo del tratamiento que reciben los menores como parte del proceso de reparación integral y resocialización para identificar, priorizar y restablecer sus derechos.

1.4 Justificación

Una de las causas de vulneración a los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes es la violencia sexual, frente a esta forma de agresión, es el Estado quien tiene la responsabilidad del restablecimiento de los derechos que han sido vulnerados y al mismo tiempo garantizar la reparación del daño en un pronto y eficaz proceso que se llevará a cabo a través de los entes estatales destinados para tal fin.

En la ciudad de Ocaña y su zona circundante la violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes se genera en la familia, a manos de un padre/madre, un padrastro, hermano u otro pariente; o fuera de la casa, por ejemplo, por un amigo, un vecino, la persona que lo cuida, un maestro o un desconocido. Las consecuencias que producen este tipo de delitos es el silencio y el reproche mismo que el menor víctima se hace en muchas ocasiones al sentirse culpable por el agravio que han sufrido, ocasionando secuelas que de adultos pueden reflejarse en una situación similar, ósea pasar de víctima a victimario.

Con la realización del presente proyecto se pretende conocer el grado de efectividad del tratamiento psicológico que se brinda a los niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales de Ocaña N.S., como forma de reparación integral, teniendo en cuenta que en nuestro país está consagrando Constitucionalmente el interés superior del niño y la prevalencia de sus derechos sobre los demás y la jurisprudencia establece una serie de mecanismos todos encaminados a la protección de los niños, niñas y adolescentes.

Así mismo existen disposiciones especiales que sirven de marco para nuestra investigación como son la ley 1098 de 2006 “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, la ley 1146 de 2007 “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes

abusados sexualmente”, en especial el decreto 459 de 2012 “Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual” y la ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”

Dentro de este marco se hace necesario el seguimiento y control de los tratamientos psicológicos que emplean las instituciones gubernamentales para la reparación integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales. Los estudios de pertinencia son considerados un medio apropiado para concretar procesos de evaluación, seguimiento y control, a partir de la propia realidad de las víctimas de evaluar los servicios que proporcionan las instituciones estatales.

Por consiguiente se hace necesario realizar una evaluación de la pertinencia de los procedimientos realizados por las entidades estatales encargadas de brindar atención psicológica a los niños, niñas y adolescentes de Ocaña N.S., víctimas de violencia sexual, como forma de reparación integral en el periodo comprendido entre 2010 a 2015, que sirva como medio de información puntual para el beneficio tanto de los ciudadanos, la comunidad académica y demás instituciones interesadas en el tema.

1.5 Delimitaciones

1.5.1 Conceptual. En cuanto a su nivel de contenido, este trabajo comprende la realización de la evaluación de la efectividad del tratamiento psicológico como parte de la reparación integral en los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual en Ocaña N.S., período 2010 – 2015, razón por la cual se acudirá a un esquema temático así: violencia sexual, formas de violencia sexual, derechos de los niños, niñas y adolescentes, ley

1098 de 2006, proceso psicológico como parte de la reparación integral, la atención integral a una víctima de violencia sexual, el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

1.5.2 Operativa. La presente investigación es de tipo jurídico, por consiguiente se precisa de un trabajo de análisis e investigación de fuentes documentales; así como un trabajo de campo en las instituciones estatales encargadas de la protección y restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Ocaña, tales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Fiscalía. El objetivo es abordar diferente material que sirva como derrotero para estructurar la presente investigación académica, para la consolidación del presente trabajo de investigación.

1.5.3 Temporal. Para la realización del trabajo se contara con un tiempo de ocho semanas.

1.5.4 Geográfica. El proyecto se realizara en el área urbana de la ciudad de Ocaña Norte de Santander.

Capítulo 2. Marco referencial

2.1 Marco conceptual

La violencia sexual es una acción mucho más lamentable que el maltrato infantil. En este tipo de situaciones, los niños o las niñas son usados para satisfacer los impulsos sexuales de los adultos, quienes desconocen su grado de desarrollo psicosexual y dejan secuelas permanentes sobre el desarrollo social y afectivo. Si el maltrato físico deja huellas a nivel psicológico, social y físico que pueden ser irreversibles, las del abuso sexual pueden llegar a constituirse en serios trastornos del desarrollo físico, afectivo y psicosocial, pues generalmente se acompañan de violencia física, intimidación, exposición a enfermedades de transmisión sexual y conllevan a la experimentación de inseguridad, impotencia y abandono, entre otras situaciones que profundizan los efectos negativos del abuso.

2.1.1 Violencia sexual. Según la UNICEF (2008) define la violencia sexual como: “Todas las relaciones o actos sexuales no deseados, ni aceptados por la otra persona sea hombre o mujer, es decir, que se hacen utilizando la fuerza y la coacción física o psicológica”. En este tipo de violencia se incluyen las amenazas, la intimidación, las palabras, actitudes y comportamientos que ofenden, humillan, asustan o atentan contra la autoestima de las personas.

La violencia sexual es la situación de vulnerabilidad en el tema de la salud sexual y reproductiva contra los niños la cual es una grave violación de sus derechos, sin embargo, es una realidad en todos los países y grupos sociales.

La UNICEF (2008) afirma: “La violencia sexual toma la forma de abuso sexual, acoso, violación o explotación sexual en la prostitución o la pornografía. Puede ocurrir en los

hogares, instituciones, escuelas, lugares de trabajo, etc.". El uso de la tecnología sin un control adecuado produce una exposición de los niños, niñas y adolescentes cada vez más al peligro, debido a que las redes sociales facilita a que sean víctimas de la violencia sexual, a través de los engaños que algunos adultos utilizan para buscar y tener relaciones sexuales con niños.

Según Kempe (1982) plantea la definición sobre violencia sexual, la cual se encuentra dentro de las definiciones clásicas así: "La implicación de un niño o de un adolescente en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades y por lo tanto de dar consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión por la violencia, la amenaza, el chantaje o la seducción y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares."

Escartín (2003) afirma:

La violencia sexual en todas sus formas, es una violación a los derechos humanos de las personas que la padecen. Esto significa que las víctimas (niños, niñas y mujeres) son sujetos de protección jurídica por el Estado, dada su doble condición de ser víctimas de un delito y víctimas por la violación a un derecho fundamental según la Constitución Nacional. Y cuando son menores de 18 años, se aumenta la protección por sus derechos prevalente.

2.1.2 El abuso sexual. Los principales problemas de los niños, niñas y adolescentes están relacionados con el abuso sexual, por lo tanto es necesario comprender el impacto del problema, teniendo en cuenta tanto sus implicaciones físicas como psicológicas, y así mismo vislumbrar la necesidad de intervenir para salvaguardar su integridad, es importante destacar los posibles factores que pueden ocasionar tal problema como son la situación socio –

económica, los bajos niveles de comunicación, las secuelas de violencia generacional, la pertenencia a familias compuestas o recompuestas, la ausencia de límites, la falta de perspectiva sobre sus proyectos de vida y, así mismo, las problemáticas sociales.

Por ser una responsabilidad de todas y todos, interesa aquí describir lo que se debe entender por abuso sexual, con el fin de acercarnos al tema teniendo claro el concepto. “El **abuso** ocurre cuando un adulto a alguien mayor usa su poder o autoridad, o se aprovecha del respeto o la confianza, para involucrar a una niña o a un niño en actividades sexuales, con o sin contacto físico”. (Escartín, 2003, p11)

El abuso sexual “incluye manoseos, besuqueos y penetraciones vaginales o anales con los dedos, el pene u otro objeto. También el exhibicionismo y los comportamientos y comentarios provocativos” (Escartín, 2003, p11)

El abuso sexual infantil implica la transgresión de los límites íntimos y personales del niño, niña o adolescente. Supone la imposición de comportamientos de contenido sexual por parte de una persona (un adulto u otro menor de edad) hacia un niño, una niña o un adolescente, realizado en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación. Puede incluir contacto sexual, aunque también actividades sin contacto directo como el exhibicionismo, la exposición de niños o niñas a material pornográfico, el grooming o la utilización o manipulación de niños o niñas para la producción de material visual de contenido sexual. La violencia sexual puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves a corto y largo plazo, no sólo para las niñas o niños, sino también para sus familias y comunidad en general. Esto incluye los riesgos de padecer enfermedades, embarazos no deseados, trastornos psicológicos, estigma, discriminación y dificultades en la escuela.

Ahora bien, según el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño, la violencia es “(...) toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.” Aunque en el lenguaje corriente la violencia hace referencia usualmente al daño físico intencional, para efectos de la aplicación de la Convención, como precisó el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General 13, comprende también formas de violencia no físicas y no intencionales, como el descuido o trato negligente, y los malos tratos psicológicos. Además, según el Comité, la frecuencia y la gravedad del daño tampoco son requisitos previos para establecer la existencia de violencia, de modo que cualquier castigo corporal es una forma de violencia.

La violencia sexual en particular, entendida como abuso y explotación sexual, para el UNICEF (2008) comprende hipótesis como:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal o psicológicamente perjudicial, lo cual cubre cualquier actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este último tiene derecho a la protección del derecho penal.
- b) La utilización de un niño con fines de explotación sexual comercial.
- c) La utilización de un niño para la producción de imágenes o grabaciones sonoras de abusos sexuales a niños.
- d) La prostitución infantil, la esclavitud sexual, la explotación sexual en el turismo y la industria de viajes, la trata (dentro de los países y entre ellos) y la venta de niños con fines sexuales y el matrimonio forzado.

Según Hernández (2005), existe mayor riesgo de ser víctimas cuando:

- a) Aquellos que presentan una capacidad reducida para resistirse o para categorizar o identificar correctamente lo que están sufriendo, como es el caso de los niños que todavía no hablan y los que tienen retrasos del desarrollo y minusvalías físicas y psíquicas.
- b) Aquellos que forman parte de familias desorganizadas o reconstituidas, especialmente los que padecen falta de afecto que inicialmente, pueden sentirse halagados con las atenciones del abusador.

- c) Aquellos en edad pre púber con claras muestras de desarrollo sexual.
- d) Aquellos que son, también, víctimas de maltrato.

Es común que la mayoría de las veces en que se genera una situación de violencia sexual no sea denunciada frente a las autoridades competentes por los niños, niñas y adolescentes respectivamente, sin embargo debemos saber que la edad del niño, niña y adolescentes influye en tomar la decisión para denunciar, pues en la mayoría de los casos no hay la suficiente edad para comprender lo que está sucediendo, no sabe expresar con palabras lo sucedido, es persuadido o amenazado para que no hable, por vergüenza o culpa de creer que ellos lo han provocado, generalmente piensan que nadie les va a creer”.

2.1.3 Protección integral para niños, niñas y adolescentes. Este es el escenario ideal en relación con la garantía de derechos, ya que la protección integral para una población específica propuesta por el Estado, que se realiza llevando a cabo un ejercicio de intersectorialidad, un sistema de relaciones de corresponsabilidad entre familias, sociedad y Estado; un escenario en el cual la políticas estén ubicadas en un contexto en el que niños, niñas y adolescentes, se desarrollen plenamente y de manera integral, y en el cual además se conjuguen las políticas en sus diferentes niveles, con miras a la protección, garantía y restitución de los derechos.

Según Ruiz (2001) se entiende por Protección Integral, a aquella categoría que:

Hace referencia entonces a la garantía efectiva de los derechos, a un sistema de relaciones sociales, culturales, familiares y políticas orientadas a garantizar el desarrollo armónico e integral del niño y de la niña y que involucra la promoción de las políticas sociales básicas, la prevención y políticas de asistencia, la protección de las víctimas cuyos derechos han sido amenazados o vulnerados.

Así mismo, además de la protección integral existen dos categorías más que contribuyen a sustentar el tema de la garantía de los derechos de los niños; estas

categorías o enfoques a tener en cuenta a la hora de intervenir a favor de niños y es la de **prevalencia e interés superior**.

Se ha de entender la prevalecía como “aquel dispositivo que reconoce y establece la primacía de los derechos de la niñez sobre los derechos de los adultos y la obligación de respetar esta prioridad”. Por su parte, el interés superior, será “aquel límite y orientador de las actuaciones de los adultos en relación con los niños y las niñas”... “Como sujetos privilegiados a quienes se les deben garantizar por todos los medios posibles la satisfacción de sus derechos”. p.48

Por lo tanto la protección integral surge como una respuesta para que niños, niñas y adolescentes sean tenidos en cuenta por parte del Estado, no solo cuando enfrentan una situación irregular, sino que se les tenga en cuenta en el momento de llevar a cabo políticas públicas a favor de ellos, en virtud de que han sido reconocidos como sujetos de derecho y ciudadanos.

2.1.4 Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, mediante la resolución 0459 del año 2012 adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, con el fin de brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 0459 del año 2012 adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia Sexual, establece:

El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contiene los procesos y los procedimientos contemplados en la normatividad vigente para los actores del SGSSS y de aplicación a nivel nacional por los prestadores de servicios en salud.

El Protocolo ha sido diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud debidamente entrenados en el manejo de víctimas de violencia sexual en las diferentes IPS y, principalmente en sus servicios de urgencias, en todo el territorio nacional. Además, ofrece a los sectores de protección, justicia y educación, información pertinente sobre los procesos de articulación intersectorial, que deben contemplarse en la atención integral de víctimas de violencia sexual

Paso 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual

Implementar de manera permanente acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), dirigidas hacia la comunidad en general, en torno a los siguientes temas

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.

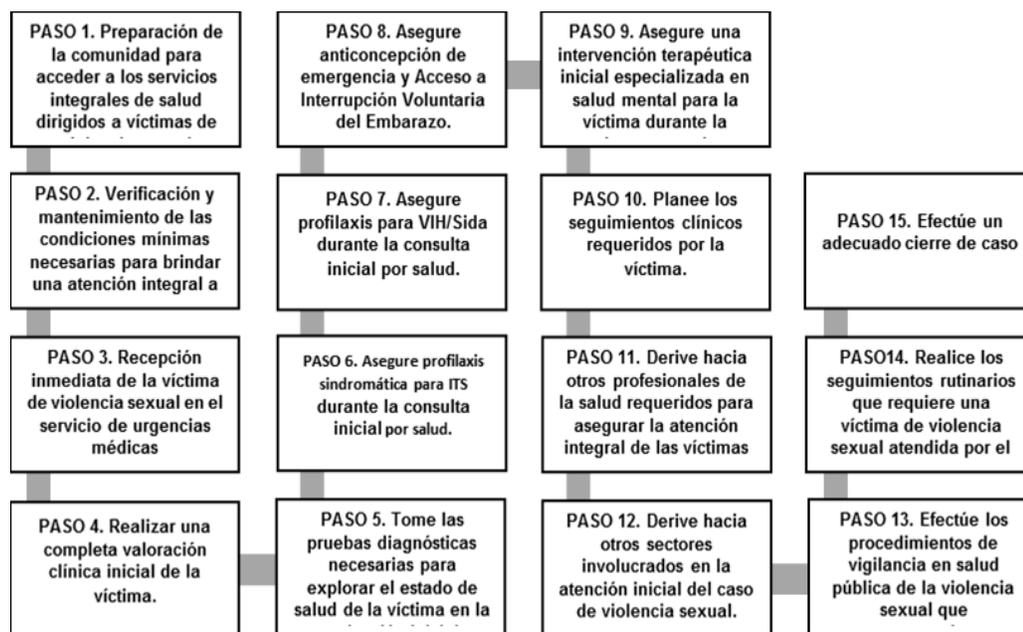


Figura 1. Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual.

Fuente: El Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 0459 del año 2012

a) El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima

- b) de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
- c) La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
- d) Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual, a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre estos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
- e) Los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.
- f) Los horarios de atención de esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.
- g) Los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada.

La necesidad de que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos. Además debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:

- a) Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR);
- b) Usuarias de programas de control prenatal;
- c) Personas usuarias de Programas de Atención Integral en ITS-VIH/sida;
- d) Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes;
- e) Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados;
- f) Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría;
- g) Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud;
- h) Mujeres y otras personas con discapacidad;
- i) Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios;
- j) Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural;
- k) Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas;
- l) Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes;
- m) Personas migrantes y refugiadas.

Son derechos de las víctimas de violencia sexual (ley 360 de 1997):

- a) Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social;
- b) Ser informadas acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible;

- c) Ser informadas de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito;
- d) Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado;
- e) Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:
 1. Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.
 2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
 3. Recopilación de evidencia médica legal.
 4. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito.

En cuanto a los Derechos de las y los pacientes, en Colombia, la Resolución número 13437 de 1991 establece que se deben adoptar como postulados básicos para propender a la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los derechos de los pacientes que se establecen a continuación, los cuales todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

- a) Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
- b) Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
- c) Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
- d) Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
- e) Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
- f) Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos a pagar por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
- g) Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

Paso 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud

Tabla 1

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

Actividades	Responsables
Delegar una persona responsable (profesional de las ciencias de la salud o sociales).	Directivas de la Institución.
Conformar el equipo institucional básico conformado por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área administrativa (de acuerdo con el tipo de institución).	Directivas de la Institución. Delegado responsable. Equipo institucional básico.
Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.	Las directivas de la institución tienen el deber de implementar acciones continuadas para informar y capacitar en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual.
Desarrollar flujogramas de atención en salud y procesos administrativos.	Equipo de atención en salud. De acuerdo con las características de cada entidad.
Adelantar procesos de información y capacitación al interior de la entidad	Las directivas de la institución tienen el deber de implementar acciones continuadas para informar y capacitar al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual en los flujogramas de atención interna y procesos administrativos desarrollados

Nota. La presente tabla muestra procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 1. “Continuación”

Actividades	Responsables
Garantizar insumos y dotación para la atención.	Directivas de la Institución. Equipo de atención en salud.
Seguir las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial	El equipo de atención en salud, apoyado por las directivas de la institución, debe garantizar el acceso directo a las víctimas, un espacio seguro y confidencial para su atención y los insumos adecuados para la atención, y evitar los procesos de victimización.
Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional.	Una persona delegada del equipo de cada institución debe entrar en contacto con los comités, redes, o mesas intersectoriales de atención a víctimas de violencia sexual que existan en el departamento o municipio, para el análisis y seguimiento de casos, a través del referente de la Secretaría de Salud Departamental para el tema.
	Diligenciar un directorio de actores e instituciones interesadas y comprometidas que incluya los sectores de protección, justicia y educación.

Los casos de explotación sexual, trata de personas, y violencia sexual en el marco del conflicto armado interno requieren que el personal sanitario y las instituciones desarrollen especificidades para su detección y manejo integral.

Paso 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas.

Recuerde que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo

tanto, se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.

Es inaceptable interponer cualquier barrera de acceso para la atención por el servicio de urgencias de las víctimas de violencia sexual

Es imprescindible que las víctimas de violencia sexual sean atendidas en un servicio de urgencias para poder garantizar la gratuidad, celeridad, oportunidad, integralidad y calidad de los servicios y procedimientos que requieren para atender su condición clínica. Además, la atención por urgencias amortigua barreras de acceso frecuentes a los servicios de salud, como aquellas mediadas por el régimen de aseguramiento o las listas de espera en servicios ambulatorios. También facilita el acceso oportuno a procedimientos generales, intervenciones especializadas en salud mental, y medicamentos requeridos por las víctimas de violencia sexual

Esto debe ser explicado claramente a cualquier víctima de violencia sexual que consulte inicialmente a servicios distintos del de urgencias, independientemente de que el evento de victimización sexual sea reciente o antiguo, de que se trate de una consulta directa o de una situación de violencia sexual detectada en alguien que consultó por otro motivo, y del tipo de servicio médico por el cual se detecte.

Un servicio de urgencia es la unidad que presta servicios las 24 horas en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de la Protección Social para esa unidad (Anexo Técnico 2 de la Resolución número 1043 de 2006)

Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia sexual fuera de un servicio de urgencias son: 1. Que se tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia sexual, o 2. Que la víctima se niegue a ser atendida en el servicio de urgencias.

La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias; luego de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará también prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

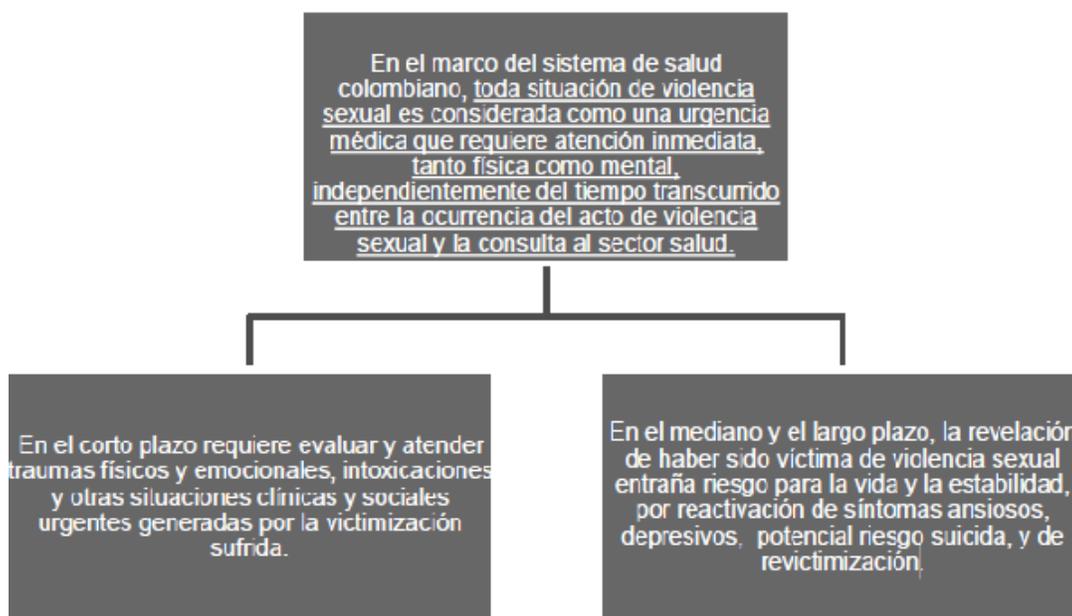


Figura 2. La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias.

Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Es indispensable que:

En el momento que detecte a una víctima de violencia sexual, se establezca emocionalmente y se remita de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes, o a aquellos servicios especializados para la atención inicial de urgencias de las víctimas de violencia sexual que se tengan dispuestos específicamente, donde la han de recibir y atender sin ningún tipo de demora, requisito u obstáculo para que se inicie su atención integral;

En el contacto inicial con el servicio de urgencias o el servicio especializado para la atención inicial de urgencias de la víctima de violencia sexual, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de los pasos del protocolo de atención integral en violencia sexual por el sector salud.

Paso 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima

Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso,

según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a: examen físico general, examen genital y examen mental.

El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual Atención de urgencia: inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física;

- Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual;
- Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida;
- Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 h);
- Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo;
- Recolección de evidencias;
- Orientación a la familia;
- Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos;
- Remisión a protección y reporte a justicia.

Es indispensable que:

- Asuma y atienda el caso como una urgencia médica;
- Evalúe y atienda de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona;
- Con la persona estabilizada, continúe aplicando el resto del protocolo, iniciando por la explicación de los derechos de las víctimas de violencia sexual y por la toma del consentimiento informado para la atención clínica integral.

Parte A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual

Se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta.

Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima.

Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual. En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo.

Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

Nivel de desarrollo según la edad y aspectos que pueden llegar a ser caracterizados respecto a un evento traumático relatado espontáneamente por una víctima menor de 12 años

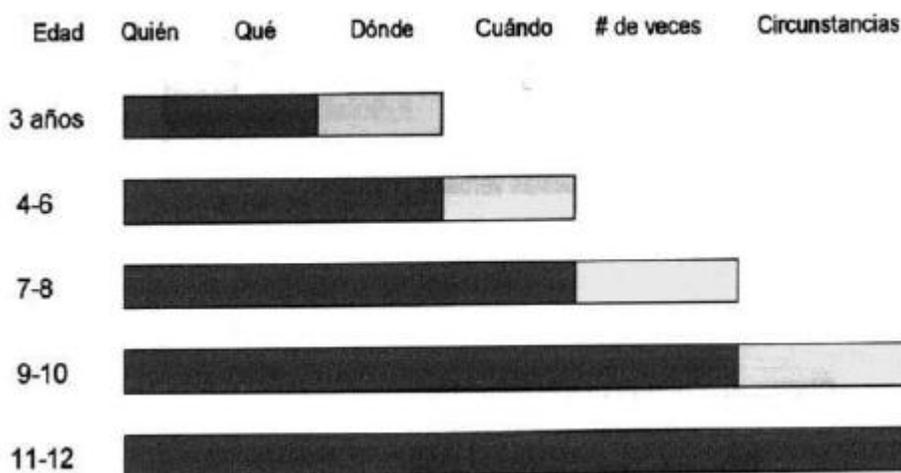


Figura 3. Nivel de desarrollo según la edad.

Fuente: Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Es indispensable que:

- Evite la re victimización de la persona que está siendo atendida;
- Evalúe la situación de seguridad de la víctima para tomar medidas que reduzcan el riesgo de sufrir un nuevo evento de violencia sexual;
- Asegure condiciones de confidencialidad y privacidad;
- Tome los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica;

En cuanto al incidente de violencia sexual, que ha originado la consulta que se está atendiendo, debe quedar caracterizado en la historia clínica de acuerdo con la

descripción libre y espontánea que realiza la víctima y/o sus acompañantes;

Registre también en la historia clínica algunas acciones de la víctima que pueden tener implicaciones médico-legales (acciones de lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas luego de la agresión sufrida). Consulte el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual” para complementar sobre este tema;

- a) Averigüe y registre sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la victimización sexual. No obstante, su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia;
- b) Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Es pertinente registrar, por ejemplo, si hay antecedentes de partos vaginales o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes de violencia sexual que incluso no estén relacionados con el episodio actual, entre otros. En cambio, no es pertinente preguntar ni registrar, para efectos de la valoración de víctimas de violencia sexual, el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio de las relaciones sexuales;
- c) Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización sexual sufrida, SOLAMENTE en casos en que se vayan a tomar muestras para análisis de DNA;
- d) Historia de mutilación sexual femenina. (Ablación del Clítoris);
- e) Estado vacunal ante hepatitis B y tétanos;
- f) Estado ante el VIH/Sida.

Parte B: El examen clínico general de la víctima de violencia sexual

Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado).

La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

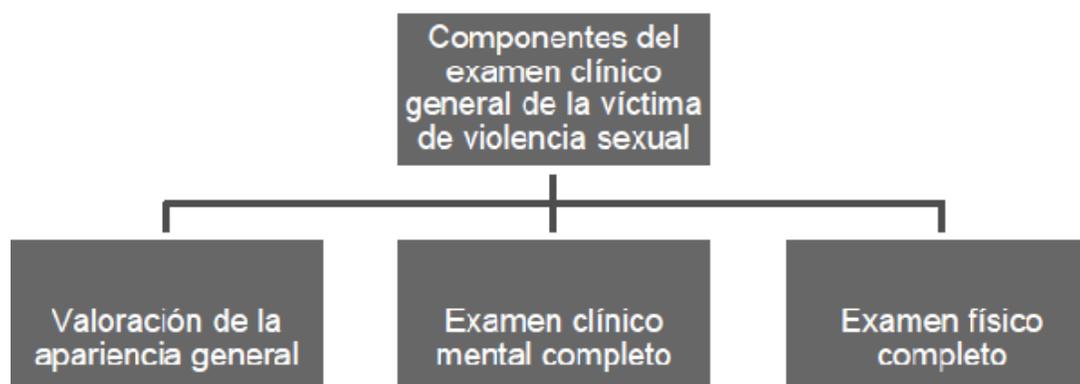


Figura 4. Examen clínico general.

Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente, dentro del contexto de la misma urgencia, se debe realizar la evaluación e intervención terapéutica de urgencias por parte de un profesional especializado en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico). Este profesional derivará a la víctima para que continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el corto, mediano y largo plazo, después de culminada la atención de la urgencia.

Es indispensable que:

Siempre se registren los siguientes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección;

Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y dibuje en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental;

Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados en el cuello y los senos (incluyendo sugilaciones de las cuales se deben tomar muestras para saliva), así como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuente de rastros de fluidos, de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuello adicionalmente, en busca de fluidos.

Durante todo el procedimiento de examen físico de la víctima de violencia sexual,

se le debe informar todo lo que se va a hacer, solicitando su permiso para hacerlo. Además, se le debe mantener cubierta con una bata y/o sábanas, de modo que solo se vaya descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada.

Parte C: El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual

Se recomienda valorar cuidadosamente, dependiendo de la edad, de la narración y vivencia que tenga la persona sobre los hechos, la pertinencia o no de realizar examen físico genital o anal, cuando el evento narrado se basa exclusivamente en tocamientos. Algunos de los pacientes piensan que algo quedó mal en el organismo; hacen somatización, en diferentes dolores pélvicos y el examen cuidadoso y explicado es tranquilizador y previene la presentación de las patologías enunciadas.

Cuando la consulta inicial se hace después de 72 horas, pero antes de una semana de transcurrida la agresión sexual, la valoración física y genital se debe orientar a documentar el tamaño y color de cualquier tipo de herida o cicatriz en cualquier parte del cuerpo. Igualmente, se registrará cualquier lesión en proceso de curación y cicatrices en el área genital. Si la consulta ocurre después de una semana de la agresión sexual, y no hay contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas, ni síntomas, hay poca indicación para un examen pélvico. Sin embargo, un examen físico general, genital y anal efectuado cuidadosamente en este tipo de personas, seguido por la explicación de que todo se ha encontrado sin alteraciones, puede resultar tranquilizador y con gran valor terapéutico para quien ha sobrevivido a una experiencia de violencia sexual. Debe también documentarse la edad gestacional, en caso de víctimas que resulten o estén previamente embarazadas.

Es indispensable que:

- a) Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por este, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración;
- b) Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados, tanto en el periné anterior, como en el área anal;
- c) En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal;
- d) En los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de estas, en el examen detallado del escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal.

Parte D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual

Diagnóstico clínicos específicamente relacionados con el evento de violencia sexual sufrido. Estos diagnósticos deben ser realizados de acuerdo con las características documentadas sobre la agresión sexual, que ha motivado la consulta. El diagnóstico siempre debe ser registrado tanto en la historia clínica, como en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a modo de diagnóstico principal. Los códigos del CIE – 10 a utilizar son los siguientes:

Tabla 2

Códigos del CIE utilizados

Código CIE –10	Nombre del Diagnóstico
T74.2	Abuso sexual.
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal.
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
Y05.1	Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.
Y05.2	Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
Y05.3	Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.
Y05.4	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
Y05.7	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.

Nota. La presente tabla muestra los códigos de CIE utilizados en el diagnóstico clínico de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados organizados de acuerdo con su importancia para la descripción del caso, y con los códigos CIE – 10 incluidos en el siguiente cuadro u otros adicionales necesarios:

Tabla 3

Códigos del CIE utilizados

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.
Y07.2	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo.
Y07.3	Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales.
Z60.4	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
Z65.1	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

Nota. La presente tabla muestra los códigos de CIE relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual. Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental. Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE – 10 que apliquen para el caso evaluado.

Diagnósticos clínicos de la esfera física. Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, aquellos que sean documentados durante la valoración efectuada, utilizando los respectivos códigos CIE – 10.

Diagnósticos de lesiones de causa externa. Además, en los registros RIPS de Consulta (AC) y de Urgencias (AU) en el apartado de causa externa utilizar los códigos:

- 9 sospecha de maltrato físico.
- 10 sospecha de abuso sexual.
- 11 sospecha de violencia sexual.
- 12 sospecha de maltrato emocional.

Para la ampliación de estos contenidos, puede revisar el Formato Único sugerido para la toma de esta historia clínica inicial que se incluye en la sección de ayudas didácticas contenidas en USB/CD. Además, se recomienda consultar los capítulos 5 y 6 del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Paso 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial

Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas, en la generalidad de las víctimas de violencia sexual incluyen:

1. Serología para sífilis (VDRL).
2. Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección de gonococo.
3. Frotis en fresco tanto para búsqueda de *Trichomona vaginalis*, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana.
4. Prueba de tamizaje para VIH.
5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra Hepatitis B.
6. Adicionalmente, se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas.

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS-VIH/SIDA en las primeras 72 horas. La prueba de toma de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual.

Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones por nivel de complejidad, ni por tipo de aseguramiento en salud, para que la víctima pueda recibir tanto los para clínicos, como los medicamentos y procedimientos que se requieren.

En cualquier niña o niño menor de 14 años, así como en Niñas, Niños y Adolescentes – NNA, entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, son indicativos de violencia sexual. La presencia de *Chlamydia* o *Trichomona* resulta altamente sugestiva de violencia sexual.

Teniendo en cuenta que existen algunas variaciones en cuanto al tipo de pruebas que han de ser solicitadas, en virtud del momento de consulta de la víctima y el tipo de victimización sufrida, se plantean los siguientes casos:

Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual

Es indispensable que:

- a) Se soliciten todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente;
- b) Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual o explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCENNA) que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o un contacto de riesgo, siempre debe ser solicitada una asesoría para prueba de VIH, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH;
- c) Para víctimas de otros tipos de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se realizará la asesoría para prueba de VIH practicada por personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH;
- d) En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes;
- e) Adicionalmente, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos médico – legales vigentes en Colombia. Ver el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual” del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCENNA que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual que consultan con la misma temporalidad (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

- a) Prueba de Embarazo;
- b) Asesoría para prueba de VIH;
- c) Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión sexual

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCENNA que consultan

después de cinco días de ocurrida la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

- Prueba de Embarazo;
- Asesoría para prueba de VIH;
- Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitadas durante la atención en salud de la víctima de violencia sexual

Independientemente del tipo de agresión sexual sufrida o del momento de consulta después de esta, la médica o médico debe solicitar todos aquellos exámenes diagnósticos que sean necesarios según la condición clínica de la víctima, con el objetivo de garantizar una atención integral en salud con calidad.

En todos los casos, en la historia clínica se debe dejar registro tanto de la solicitud como de los resultados e interpretaciones de las pruebas realizadas.

Paso 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud

Realizar profilaxis sindromática para ITS según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo).

Es indispensable que:

Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual;

Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección;

Se aplique la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. La EPS tiene la obligación de proveer la vacuna contra hepatitis B a las pacientes víctimas de violencia sexual. La gamaglobulina antihepatitis B se aplica si se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria.

Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas; Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual. Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad.

Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis única de GAMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B; la aplicación de la gamaglobulina puede prevenir el 75% de los casos, aunque su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.

1. Vacuna contra hepatitis b:

- Se debe iniciar antes de 24 horas.
- La dosis depende de la presentación disponible, en promedio se acepta 0.12 a 0.20 ml/kg.
- Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.
- Dosis adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta 19 años inclusive.
- Dosis adultos: de 20 ug, a partir de los 20 años.

2. Gammaglobulina antihepatitis-b (hbig)

Para profilaxis simultanea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultanea (inicialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.

Paso 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de profilaxis para VIH/Sida cuando está indicada²¹. La toma de exámenes de laboratorio no es pre requisito para iniciar la profilaxis descrita en las ayudas didácticas de este protocolo, a excepción de la prueba de VIH antes de iniciar tratamiento profiláctico con ARV. Las instituciones deben tener (en farmacia o urgencias) el Pep Kit completo, para personas adultas y para niñas y niños, incluyendo el listado de elementos que debe contener y sus fechas de vencimiento.

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

- a) Ordene o suministre la profilaxis para VIH/Sida. SIEMPRE está indicada en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión;
- b) La profilaxis para VIH/Sida está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan dentro de las primeras 72 horas) cuando se verifique que la prueba inicial es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.

Se pueden presentar condiciones de riesgo: luego del primer episodio de esos tipos de agresión sexual o de un contacto sexual con especial riesgo detectado para VIH/Sida.

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual

Es indispensable que:

En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario. Calificación del Riesgo para VIH/Sida para decidir suministro de Profilaxis en casos de abuso sexual crónico o ESCNNA que consultan en las 72 horas posteriores al contacto de alto riesgo.

Riesgo considerable para la exposición al HIV exposición de:

Vagina, recto, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo. Con: Sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre. Cuando: Es conocido que el agresor está infectado por HIV.

Riesgo insignificante para la exposición al HIV Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca, u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo. Con: Orina, secreciones nasales, saliva, sudor o lagrimas si no están visiblemente contaminadas con sangre. Cuando: Si se conoce o sospecha la situación de HIV del agresor

Paso 8. Asegure anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia indicada.

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual (asalto, abuso, ESCNNA u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual.

La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser

un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual.

Tabla 4

Esquema anticoncepción de emergencia hormonal

Anticoncepción de Emergencia (AE) Profilaxis para Embarazo.	<p>Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas).</p> <p>La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable.</p> <p>La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo.</p> <p>Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente lo decide, garantizar la IVE.</p>
--	--

Nota. La presente tabla muestra Esquema Anticoncepción de Emergencia Hormona.

Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual:

Es indispensable que:

a) Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo (asalto sexual, abuso sexual,

ESCENNA u otros tipos de violencia sexual), puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo pueda ser usado por la paciente (Ver: Resolución número 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social);

b) Se suministre la información sobre el derecho a la IVE; esta no debe estar supeditada a un resultado positivo en la prueba de embarazo, pues hace parte de los derechos que tienen que ser explicados a la víctima al inicio de la atención, y todo el equipo que atiende víctimas de violencia sexual debe estar en capacidad de darla;

c) La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que esta acuda a los servicios de salud y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCENNA, Trata de personas con fines de explotación sexual, y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una opción de las mujeres frente al embarazo resultante de violencia sexual y una intervención orientada a prevenir la morbi- mortalidad materna y los daños personales, familiares y sociales que genera. Su esquema de manejo debe ser integral y con perspectiva de género.

De acuerdo con la Sentencia C- 355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o este implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones

Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco días corridos entre la solicitud y la realización de una IVE a cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer ese derecho

Tabla 5

Componentes para una atención adecuada de la IVE.

Componentes	Descripción Mínima
Recepción	Tiempo de espera breve incluso sin cita previa. Ausencia de interrogatorios más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Respeto a la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que le sucedió.
Información inicial	Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución, explicación de pasos a seguir, programación de consulta médica y psicológica ese mismo día (si se trata de una víctima en crisis debe ser conducida primero a la valoración psicológica y desde allí, ser acompañada a la consulta médica). Definir qué tipo de ayuda ha pedido y de quién la ha recibido previamente
Consulta médica	Requiere una duración mucho mayor que otras consultas médicas. Se debe saludar empáticamente y proporcionar el nombre. En privado preguntar a la víctima si desea que su acompañante (si lo tiene) esté presente en la valoración. No se debe permitir la presencia de personas extrañas o las interrupciones durante el examen, evitar hacer contar nuevamente todo lo sucedido. Preguntarle cómo se siente en ese momento. Efectuar una toma de antecedentes médicos relevantes. Revisar los exámenes médicos que traiga. Sostener una conversación tranquila con la víctima mientras se le atiende, repitiéndole constantemente que no es culpable por lo sucedido. Explicar desde el inicio el tipo de examen que se realizará así como el uso del espejo o del examen bimanual, si es necesario, indicar cómo acomodarse en la mesa de examen

Nota. La presente tabla muestra Componentes para una atención adecuada de la IVE.

Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 5. "Continuación."

Componentes	Descripción Mínima
Consulta médica	<p>Si acepta que se realice un examen ginecológico, ser especialmente cuidadoso Tal examen está orientado primordialmente a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, es prioritaria la IVE, por lo cual este .. tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso), o establecer si debe ser derivada a otro tipo de prestador de servicios de salud.</p>
Orientación por profesionales de salud mental o ciencias sociales	<p>Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser obligada pues este no es un prerrequisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a la ecografía para establecer edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento. Solicitar de rutina los siguientes exámenes: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario Esta orientación debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticia tanto en temas de salud sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos. Quien atiende debe ser una persona amable, cálida y empática. El espacio de la consulta debe ser agradable y confidencial, sin presencia de familiares al menos al inicio de la entrevista, luego si la paciente lo desea, puede permitirse el acceso de un acompañante que ella quiera tener cerca. En caso de niñas, niños y adolescentes en este segundo momento de entrevista debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor, si ha sido violencia sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona en la entrevista siempre debe contar con el asentimiento informado de la niña, niño o adolescente. No se deben permitir las interrupciones. La actitud debe ser de escucha activa, respetando el ritmo narrativo de la víctima, des culpabilizando y sin ir más allá de lo que la consultante pueda manejar con facilidad. Debe familiarizarse a la víctima con posibles reacciones emocionales y su manejo acorde con recursos internos. Igualmente, se valorarán las</p>

Tabla 5. “Continuación.”

Componentes	Descripción Mínima
Información, autonomía consentimiento informado	<p>redes de apoyo y los riesgos de revictimización. Debe informársele sobre sus derechos, en particular a la IVE, junto con otras posibilidades ante el embarazo, y respetar las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ningún sentido.</p>
y	<p>Si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida para IVE en la misma institución donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de complejidad, se le deben facilitar todos los trámites administrativos, soportes de información y acompañamiento necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o trabajo social). Debe evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la IVE durante el proceso de remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser resuelta en los cinco días siguientes a la petición inicial y se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada.</p>
Procedimientos de IVE	<p>Las mujeres víctimas de violencia sexual que solicitan una IVE deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos a realizar, riesgos y efectos para su salud y su vida. Esta es una condición irrenunciable para solicitar la firma del consentimiento informado</p> <p>La guía de IVE construida por la OMS indica diferentes tipos de procedimientos recomendables según la edad gestacional. Los métodos preferidos según esa misma guía son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos, que pueden ser atendidos en el primer nivel por médicos generales. La dilatación y curetaje, lo que se conoce como “legrado uterino”, no se considera un método de elección. Deben ofrecerse métodos para manejo del dolor acordes con las características clínicas de la paciente, operar la cadena de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento, brindar cuidados de recuperación posteriores al procedimiento durante 30 – 40 minutos, programar una cita post –procedimiento para 7-15 días después de este. Debe hacerse la notificación y reporte de los casos, acogiendo los lineamientos del Ministerio de la Protección Social. Como la violencia sexual es una urgencia médica, cuando se practique una IVE por causal de violencia sexual la provisión de servicios.</p>

Tabla 5. “Continuación.”

Componentes	Descripción Mínima
Procedimientos de IVE	ESTÁ RESTRINGIDA por el régimen de aseguramiento o el nivel de complejidad.
Control y seguimiento	El objetivo de este control es evaluar la salud general de la mujer, la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de los signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento, y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial. En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Cuando se sospeche una falla del tratamiento o un aborto incompleto, se debe confirmar. En caso de confirmarse, se debe realizar un procedimiento de evacuación uterina por aspiración. Si se detecta una complicación debe iniciarse inmediatamente el tratamiento. La visita de control y seguimiento es una oportunidad para hablar con la mujer de sus experiencias, si es necesario, así como de ofrecer asesoramiento adicional.

Paso 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta.

El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporción a dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo. Al respecto, recordar que la Ley 1257 de 2008, en el artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776 de 2010, establece que ante las mujeres víctimas de violencia basada en género, incluyendo la violencia sexual, los servicios de salud: “contarán con sistemas de referencia y contra referencia para la atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad”.

En su conjunto, las acciones no especializadas y especializadas en salud mental que se deben ofrecer a las víctimas de violencia sexual son:

Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud.

Recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución sanitaria que entren en contacto con la víctima.

Una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores sanitarios, protege la salud mental de la víctima y resulta central para una resolución positiva de la victimización sexual.

Para ello, se requiere que TODO el personal de las instituciones de salud y las rutas de atención, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad, debe ser incluido.

Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos son brindados por la médica o el médico general de urgencias, junto con las demás personas del equipo de salud no especializado en salud mental, que atienden el caso con el objetivo de preparar el terreno para la posterior recuperación emocional de la víctima. Por lo tanto, es importante que las personas profesionales en medicina, demás personas profesionales y técnicas implicadas en la atención inicial en salud de la víctima de violencia sexual estén entrenadas para brindar los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

La médica o médico general de urgencias debidamente entrenado/a debe efectuar también la evaluación inicial en salud mental y el manejo de los riesgos de auto y heteroagresión que encuentre en la víctima. SIEMPRE se debe realizar una interconsulta médica especializada de urgencias con la o el psiquiatra, la o el psicólogo clínico o con entrenamiento en clínica, para que se garantice el cubrimiento de los aspectos especializados de la atención clínica inicial en salud mental.

Los primeros auxilios psicológicos NUNCA reemplazan a la atención especializada de salud mental que toda víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial de urgencias.

Los primeros auxilios psicológicos para las víctimas de violencia sexual involucran los siguientes componentes:

1. Orientación y apoyo a la víctima en torno a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
2. Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervenciones por la médica o el médico general.
3. Promover la desculpabilización de la víctima.

4. Permitir y promover que la víctima y sus acompañantes se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad.
5. No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
6. Se darán explicaciones sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.
7. Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
8. Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.
9. Activar estrategias y rutas de protección.
10. Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

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

La sedación a una víctima en riesgo de auto o heteroagresión –en los casos que se requiera– debe ser efectuada por el médico general a cargo del caso, entendiéndose como una acción previa a la llegada de la médica o médico psiquiatra. Una vez se verifiquen las condiciones médicas de base, cuya corrección ha de priorizarse antes de sedar y contando con una evaluación basal de signos vitales, el médico o médica general puede emplear alguno de los esquemas descritos en el capítulo 6 del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

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

Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base, relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o

heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Tabla 6

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas

Persona adulta	Niña, niño o adolescente
<p>Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que acepta vía oral: Loracepam 2 mg VO cada media hora. Mantener 6-12 mg día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias. Haloperidol 5 mg VO cada hora. Si no acepta vía oral, considerar la aplicación intramuscular descrita en la sección siguiente. Mantener entre 5-10 mg/día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.</p>	<p>Cuadros psicóticos con riesgo activo de auto o heteroagresión:</p> <p>Difenhidramina: 1-5 mg/kg niños. Adolescentes: 25- 50 mg/dosis (riesgo de desinhibición y tolerancia). Risperidona en solución 1 mg/ml, a dosis de 0.25 mg/ día en pacientes con peso menor de 50 kg, y de 0.5 mg/día si el peso del paciente es mayor que 50 kg.</p>
<p>Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que NO acepta vía oral: Haloperidol 5-10 mg cada 30 minutos hasta 30 mg. Mantener con dosis máximo de 20 mg/día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias. En cualquier caso, indicar monitoreo frecuente de estado general, tensión arterial y otros signos vitales.</p>	<p>En este grupo poblacional también es posible la sedación con Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml a dosis mínima durante cortos períodos de tiempo; máximo 4 semanas, para evitar efectos adversos. Por vía oral, con gotas que nunca deben suministrarse directamente en la boca, sino mezcladas con agua, té o jugo de frutas: Hasta los 10 años de edad o menos de 30 kg de peso corporal, iniciar 0.01 a 0.03 mg/kg/día. Aumentar gradualmente la dosis en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada tres a siete días hasta el control de la crisis o la aparición de las reacciones adversas. Entre</p>
<p>Si se encuentra alguna condición médica de base o asociada con los síntomas heteroagresivos o</p>	

Nota. La presente tabla muestra Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas.

Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 6 “Continuación”

Persona adulta	Niña, niño o adolescente
<p>suicidas, relacionada o no con la agresión sexual, y sin dejar de brindar el manejo médico específico correspondiente, se debe suministrar: Haloperidol 5-10 mg cada 1-3 horas, con tope máximo de 20 mg/día, hasta la valoración y continuación de manejo por el médico psiquiatra.</p>	<p>10 y 16 años de edad: la dosis inicial es de 1.0- 1.5 mg/día administrados en 2-3 dosis divididas. La dosis puede aumentarse en 0.25-0.5 mg cada tercer día hasta que se alcance la dosis individual necesaria (de 3-6 mg/día). Puede haber casos con agitación paradójica.</p>

Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud

La intervención especializada ha sido diseñada como un procedimiento de intervención en crisis que debe ser llevado a cabo por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico, debidamente entrenados. Posteriormente, si dichos profesionales lo consideran necesario, la víctima puede ser referida para continuar su atención ambulatoria para completar una psicoterapia breve por psiquiatría o psicología en consulta externa, o puede ser derivada para atención integral en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario. La decisión por alguna de estas dos opciones se puede tomar una vez terminada la valoración inicial de urgencias y la primera sesión de terapia breve por especialista orientada hacia la intervención en crisis.

Intervención en crisis propiamente dicha

La debe realizar un médico o médica psiquiatra o, una psicóloga o psicólogo clínico debidamente entrenados en psicoterapia breve. El siguiente cuadro describe sus características principales:

Tabla 7

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)

Objetivo	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.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto tranquilo y privado.
Periodicidad	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Duración	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.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto tranquilo y privado.
Periodicidad	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Duración	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

Nota. La presente tabla muestra 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. Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 7. “Continuación.”

Duración	con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
Objetivo	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.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto privado.
Periodicidad	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Duración	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.
Objetivo	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.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto tranquilo y privado.
Periodicidad	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Duración	La psicoterapia breve puede ser desarrollada en un formato de entre 1 y 10 sesiones, atendiendo a las necesidades de

Tabla 7. “Continuación.”

Duración	cada víctima y las posibilidades del contexto. Cuando se emplee un formato multisesiones, se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
Objetivo	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.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto tranquilo y privado.
Periodicidad	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Duración	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 multisesiones, se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
Objetivo	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.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto privado.
Periodicidad	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima

Tabla 7. “Continuación.”

Duración	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 multisesiones, se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
Profesional a cargo	Profesional de la psicología clínica o de la medicina con especialidad 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.
Tipo de paciente	Toda persona víctima de violencia sexual perteneciente a cualquier grupo de edad, género o modalidad de victimización que esté siendo atendida por tal motivo en el marco de la atención de la urgencia médica, y que haya otorgado su consentimiento informado para la acción clínica integral en salud, incluyendo los componentes de atención en salud mental especializada.
Formato	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 deben estar en un mismo contexto terapéutico.
Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS	Interconsulta médica especializada de urgencias o ambulatoria por médica/o psiquiatra. Consulta de urgencias por medicina especializada-psiquiatría. Procedimiento de psicoterapia individual por psicólogo/a. Procedimiento de psicoterapia individual por psiquiatra. Traslado de pacientes para completar valoraciones y procedimientos necesarios dentro del manejo integral de la urgencia médica. Es obligatoria la atención médica especializada por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, o psicología con entrenamiento en clínica.
	En casos de mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno y

Tabla 7. “Continuación.”

<p>Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS</p>	<p>especialmente en el contexto de 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. Igualmente, los psicofármacos que puedan ser requeridos como parte integral de la atención en salud mental. <i>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: “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> <p>Interconsulta médica especializada de urgencias o ambulatoria por médica/o psiquiatra. Consulta de urgencias por medicina especializada-psiquiatría. Procedimiento de psicoterapia individual por psicólogo/a. Procedimiento de psicoterapia individual por psiquiatra. Traslado de pacientes para completar valoraciones y procedimientos necesarios dentro del manejo integral de la urgencia médica. Es obligatoria la atención médica especializada por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, o psicología con entrenamiento en clínica. En casos de mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno y especialmente en el contexto de 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. Igualmente, los psicofármacos que puedan ser requeridos como parte integral de la atención en salud mental</p> <p><i>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: “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> <p>Ley 1257 de 2008, artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010: <i>“las prestaciones de</i></p>
---	---

Tabla 7. “Continuación.”

<p>Garantizar la habitación y alimentación de la víctima en el 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 esta)</p>	<p><i>alojamiento y alimentación suministradas a la mujer víctima de violencia, hacen parte de las medidas de 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 transporte para un acompañante por víctima (Sentencia de la Corte Constitucional T-045 de 2010).</p>
<p>Estrategias</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>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.</p> <p>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. Enfocarse en el presente y el futuro, no en el pasado. 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. Enfocarse más en los recursos que en el déficit. Enfocarse sobre lo posible y no sobre lo perfecto. Partir de las características particulares del caso.</p>

Tabla 7. “Continuación.”

Estrategias	<p>Tener en cuenta la etapa del ciclo de vida individual y familiar, y el contexto social en que se produjo el acto violento. Contemplar los recursos disponibles en los distintos contextos involucrados en la solución del problema identificados en torno a la violencia sexual y favorecer la manera de activarlos y ampliarlos.</p> <p>Proponer acciones directas e indirectas que sean hipotéticamente pertinentes para la solución de problemas concretos</p> <p>Prever los posibles efectos positivos y negativos. Tener en cuenta que el cambio requiere reorganización, reordenamiento, y reestructuración de las representaciones rígidas e inhibitorias que impiden el afrontamiento efectivo de la realidad. Evaluar contextualmente la presencia de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, así como 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. Asegurar confidencialidad y privacidad, al igual que en el resto de la ruta de atención</p>
Fases	<p>Se parte y se centra en el motivo de consulta</p> <p>Se intenta evidenciar y entender el problema. Se facilita la descarga emocional, la expresión de sentimientos y la normalización de síntomas. Movilizar recursos y habilidades personales, familiares y sociales.</p> <p>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. Recomendaciones y sugerencias generales. Acuerdos terapéuticos específicos. Resumen final con retroalimentación por parte de la víctima consultante.</p> <p>Para facilitar que la víctima retome la percepción de</p> <p>:</p>

Tabla 7. “Continuación.”

	<p>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.</p> <p>Indicar que en cualquier momento puede suspender la entrevista, si así lo desea. Efectuar preguntas del tipo <i>¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento?</i> Justificar la necesidad de las preguntas a través de indicaciones como: <i>Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber. No tiene necesidad de compartirtodo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar.</i> 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:</p>
<p>Técnicas terapéuticas específicas</p>	<p>Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos, dibujarlos o expresarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.</p> <p>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: <i>Puedo ver que..., Por lo que dices, parece que te sientes...</i> Se debe evitar decir: <i>lo comprendo.</i> 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: <i>¿Cómo ves la situación?</i> 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: <i>¿Estás diciendo que no puedes soportar tanta tensión.</i> Aceptar tranquilamente el silencio, la</p>

Tabla 7. “Continuación.”

<p>Técnicas terapéuticas específicas</p>	<p>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 que socialmente se considera aceptable en el lugar (por ejemplo, la mayor parte de los contextos colombianos suele ser comúnmente aceptado este tipo de contacto entre dos mujeres o desde una mujer hacia una niña o niño, 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</p> <p>Emplear técnicas de ubicación en un futuro en el cual ya se</p>
---	--

Tabla 7. “Continuación.”

<p>Acciones y actitudes NO terapéuticas que debe EVITAR durante la consulta</p>	<p>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 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</p>
<p>Disposición final de la víctima de violencia sexual</p>	<p>No se debe: Decir le entiendo perfectamente o imagino por lo que está pasado, porque aparte de inadecuado, es falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención o aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión. Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona. Fingir que se ha comprendido, cuando no es así. Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal. Aconsejar con frases como: creo que deberías... ¿Cómo es que no...?. Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: anímese ¡no es para tanto! Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella. Instruir con frases como: esto puede ser una experiencia interesante si.... Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: ¿Cuándo empezó todo? No, esto no fue así</p> <p>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"> • 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. • Esta sea la única sesión que se realizará, remitiendo desde

Tabla 7. “Continuación.”

Disposición final de la víctima de violencia sexual	<p>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. 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. 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.</p> <p>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 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.</p>
--	--

Derivación a intervención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental o a continuación de psicoterapia breve por psiquiatra o psicóloga/o.

Una vez terminada la primera consulta por psicoterapia breve realizada dentro del contexto de la atención médica de urgencia para la víctima de violencia sexual, la médica o el médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico deben decidir si la víctima requiere ser derivada a la consulta externa para continuar un proceso de psicoterapia breve por psiquiatría o psicología clínica, o si más bien amerita que se le remita directamente para atención integral en salud a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental, en un contexto ambulatorio u hospitalario. Ver sobre obligatoriedad de contar con sistemas de referencia y contra referencia apropiados para las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, según Ley 1257 de 2008 (artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010).

Los componentes y recomendaciones para la atención en salud mental de las

víctimas de violencia sexual en el mediano y el largo plazo pueden ser revisados en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual,

Paso 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima.

La médica o el médico general que atiende la consulta inicial de urgencia con una víctima de violencia sexual debe dejar debidamente programados todos los seguimientos que se requieren e informar sobre su importancia a la persona, y a su familia, cuando sea el caso. Es importante tener en cuenta el consentimiento previo de las víctimas adultas para hacer su búsqueda activa en caso de que no se presenten a los seguimientos. Este consentimiento o desistimiento informado debe quedar establecido en el contacto inicial, y registrado en la historia clínica. En los niños, niñas y adolescentes, es obligatoria la búsqueda activa ante pérdida del caso en los seguimientos.

Se tiene previsto que a cada víctima de violencia sexual le sean realizados un total de cinco consultas de control luego de efectuada la atención inicial de urgencia, con la siguiente periodicidad: a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses. Cada uno de esos controles cumple con unos objetivos muy específicos que deben ser comunicados a la persona desde la primera atención efectuada por el sector salud, junto con las fechas programadas para realizarlos.

El médico o médica de urgencias que atiende la consulta inicial de la víctima de violencia sexual es el responsable tanto de programar los seguimientos ambulatorios, como de efectuar durante la atención de urgencias el seguimiento a la realización de todos los paraclínicos, procedimientos, tratamientos e interconsultas que sean solicitadas a la víctima de violencia sexual como parte de esa atención urgente.

Paso 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual

La atención integral en salud de una víctima de violencia sexual puede requerir el concurso de otros profesionales sanitarios adicionales a los mencionados hasta ahora por este protocolo, hacia quienes debe ser remitida la víctima en virtud de sus necesidades clínicas²⁵. De manera rutinaria debe contemplarse, como mínimo, la remisión a los siguientes profesionales:

1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en
2. atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.
3. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA.
4. Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogas/os clínicos) expertos en psicoterapia breve con víctimas de violencia sexual, así como equipos interdisciplinarios especializados en salud mental que brinden otro tipo de atención integral requerida con posterioridad a la psicoterapia breve.

5. Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.

Paso 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual

Si el caso es identificado en primera instancia por el sector salud, es decir, ante la revelación directa o la detección de casos de violencia sexual, este sector debe activar inmediatamente al sector protección, si se trata de una víctima menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF, y si se trata de una víctima mujer adulta debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia, con el fin de dar inicio al proceso de restablecimiento de derechos y que se tomen las medidas de protección integral a las que tienen derecho las víctimas de violencia sexual.

De manera simultánea, el sector Salud debe activar el sector Justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial – Sijín, Dijín, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional – estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia²⁶ (ver sección normativa, resumen de modelos de gestión de la Fiscalía General de la Nación, y listado de contactos de la Fiscalía en el país, incluidos en las ayudas didácticas contenidas en CD/USB que complementa este protocolo).

En casos excepcionales, cuando por razones de seguridad las derivaciones a justicia o protección pongan en peligro la posibilidad de prestar los servicios sanitarios debidos, o arriesguen la salud y la vida de la víctima o los prestadores de salud, por ejemplo, cuando se atiende a víctimas en contextos fuertemente afectados por el conflicto armado interno, el personal sanitario puede cumplir con el deber de informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre los casos sin necesidad de efectuar denuncias formales, mediante el reporte anónimo efectuado a las sedes centrales del ICBF o la Fiscalía en Bogotá, en donde se indique el tipo de victimización encontrada, el lugar de ocurrencia, y datos generales sobre la víctima (por ejemplo, edad y sexo), de modo que nadie quede expuesto a nuevas victimizaciones.

De otra parte el caso puede ser recepcionado inicialmente por el sector Justicia (Fiscalía, Policía Nacional o Comisarías de Familia), quienes deberán remitir al sector salud preferiblemente al servicio de urgencias, para que se presten los servicios de atención integral.

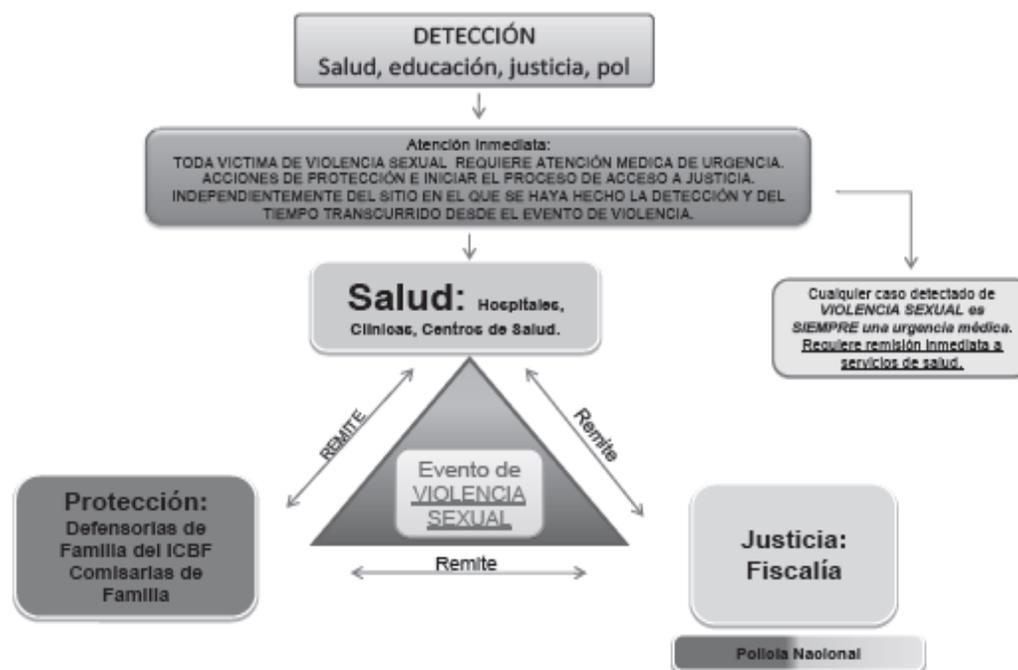


Figura 5 .Sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual.

Fuente: Resolución 0459 del 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Sobre el rol diferencial de psicólogas y psicólogos pertenecientes a diversos sectores implicados en la atención integral de la víctima de violencia sexual

Es necesario hacer las claridades pertinentes frente a los roles de psicólogas y psicólogos en los diferentes campos en que se deben desempeñar acorde con las competencias institucionales de los distintos sectores (protección, salud y justicia) que intervienen en el abordaje integral de la violencia sexual.

Las psicólogas y los psicólogos forenses o jurídicos, encargados a solicitud de la autoridad competente de la presentación del testimonio de las víctimas a través de la entrevista forense, tienen como campos de acción al Instituto de Medicina Legal, la Policía Judicial y los CAIVAS y en ausencia de estos últimos en el ICBF y en las Comisarías de Familia. Profesionales en psicología clínica son las personas encargadas de brindar psicoterapia a las víctimas, razón por la cual su campo de acción está en los contextos clínicos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo fundaciones o asociaciones expertas, así como organizaciones y misiones humanitarias expertas.

Las psicólogas y los psicólogos sociales realizan acciones de salud pública en salud mental y valoración psicosocial a las víctimas y sus familias, verificación de derechos, y pueden brindar primeros auxilios emocionales, así como efectuar

identificación de recursos individuales y de la red familiar y social, referencia a servicios especializados y seguimiento al restablecimiento de derechos. Su campo de acción está en el sector de protección del ICBF, Comisarías de Familia, Centros de Atención y programas de salud pública, entre otras. Cualquiera de estos profesionales con los perfiles mencionados anteriormente puede ser llamado a juicio para dar su concepto sobre la atención y las conclusiones de la atención que llevó a cabo con la víctima, hablando desde su experticia. Así mientras un profesional del campo social puede declarar sobre los hallazgos de su valoración psicosocial, el clínico puede aportar al juicio el estado de afectación en el que encontró a la víctima a través de su tratamiento terapéutico y el forense sobre las características del testimonio rendido por la víctima en el marco de una entrevista forense (protocolo SATAC).

Ninguno de estos profesionales debe negarse a asistir a un juicio, pues siempre y cuando declare sobre lo que conoce desde su perfil profesional, puede estar aportando elementos valiosos al juez para determinar que la mujer, la niña, el niño o adolescente es una víctima de violencia sexual. Es decir, su declaración debe estar basada en su área de experticia (social, clínica o forense) y no debe contestar preguntas sobre la culpabilidad del acusado o la veracidad del testimonio de la víctima.

Paso 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan.

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en conjunto con la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y otras instancias públicas del orden nacional, se encuentran en proceso de diseño, pilotaje e implementación de una serie de estrategias para la vigilancia en salud pública de la violencia sexual y otras formas de violencias basadas en género.

Algunas de las estrategias en desarrollo son: un sistema de vigilancia epidemiológica unificado para el país, ligado al Sivigila, que incorpore y amplifique las experiencias exitosas ya en funcionamiento en diversas regiones del país y un observatorio nacional de violencias basadas en género, en el cual la violencia sexual tendrá un lugar central. En apoyo de estos desarrollos, desde la atención clínica integral de las víctimas de violencia sexual, el personal sanitario a cargo debe realizar las siguientes acciones:

1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual que se encuentra en la USB/CD complementarios de este protocolo. La Historia Clínica Única recoge de manera unificada las variables necesarias para el seguimiento clínico y epidemiológico de cada caso de violencia sexual detectado por el sector salud. En un futuro próximo podría reemplazar a las fichas de vigilancia epidemiológica sobre el tema, servirá para el desarrollo de estrategias de vigilancia epidemiológica basadas en encuestas epidemiológicas nacionales, y podrá nutrir la información de las estrategias tipo observatorio.

2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en

el campo correspondiente a diagnóstico principal.

Realizando este registro, las diferentes formas de violencia sexual serán visibles para los sistemas de información en salud que en la actualidad funcionan desde el Ministerio de Salud y Protección Social, y se tiene previsto que alimentarán el observatorio de violencias basadas en género, que se encuentra en diseño. También se deben completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de modo que el caso quede adecuadamente caracterizado.

Una vez registrado como diagnóstico principal aquel que mejor describa el tipo de victimización sexual sufrida según los listados CIE – 10 presentados en el Paso 4 del presente protocolo (por ejemplo, anotando en el campo de diagnóstico principal el código Y05.0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”), recuerde caracterizar tanto el contexto de ocurrencia de la victimización sexual empleando los campos correspondientes a diagnóstico relacionado (por ejemplo, registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65.5 “Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades”, si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno o el código Y07.0 si ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión del esposo hacia la esposa o el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posible), como indicando otros diagnósticos clínicos asociados al principal de violencia sexual en los restantes campos de diagnóstico relacionad

3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial

Las estrategias de vigilancia epidemiológica de la violencia sexual que ya se encuentran en funcionamiento en muchos de los departamentos y distritos del país deben continuar su marcha en el marco de los procesos de unificación nacional que han sido emprendidos.

4. Atención y participación en las experiencias piloto y nuevos lineamiento nacionales que se construyan en el tema

A partir de febrero de 2012 se espera que entre en funcionamiento para el nivel nacional el protocolo y la ficha para la vigilancia epidemiológica de las violencias, incluida la violencia sexual, de manera integrada con los demás eventos de interés en salud pública del Sivigila.

Paso 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud

Es necesario delegar en un profesional de la medicina general el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea este el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias, las acciones por medicina general requeridas en

dichos seguimientos y los procedimientos, intervenciones e interconsultas especializadas que requiera la víctima para la estabilización de su salud en el corto, mediano y largo plazo.

La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados. Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, la médica o el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.

Las entidades de salud que atienden a las víctimas de violencia sexual deben implementar los formatos de seguimiento clínico, según lo indicado en las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este protocolo. Además, deberán implementar y diligenciar libros o sistemas de registro para consolidar la totalidad de los casos de violencia sexual que sean atendidos y que tengan seguimiento.

La comunicación entre la médica o médico general a cargo del seguimiento y los demás profesionales de la salud que atienden el caso (profesionales de psicología, psiquiatría, enfermería o trabajo social, entre otros), se realizará por medio de los formatos y procedimientos estandarizados de referencia y contra referencia, acorde con las normas vigentes para habilitación de IPS y EPS.

Paso 15. Efectúe un adecuado cierre de caso

El médico o médica general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento ambulatorio del caso de violencia sexual atendido por el sector salud es el responsable del efectuar el cierre de caso. Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos obtenidos (apóyese en las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este Protocolo y en los Capítulos I, II y III del Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual).

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

- a) Educación de la víctima en cuanto a sus derechos información a la víctima sobre promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas. Verificación de que han sido comprendidas por la víctima y sus acompañantes todas las indicaciones terapéuticas, así como la información sobre las rutas de atención integral a seguir, una vez abandonado el consultorio;
- b) Asesoramiento integral sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo prevención de embarazos.

2.1.5 Atención integral de la violencia sexual en el sector salud. El Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual establece:

La respuesta integral al problema de la violencia sexual significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos de éstas por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación. En el caso de la violencia sexual el abordaje integral compromete una mirada interdisciplinaria desde la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas y la sanción de los agresores. Dentro de ese contexto, la atención clínica de las víctimas de violencia sexual requiere trascender los procesos de atención individual, hacia la inclusión y activación de la red de apoyo: familiar, institucional y social, identificando los escenarios en los cuales se establecen vínculos significativos que afecten de forma positiva la sobrevivencia real al evento de violencia sexual. La violencia sexual es un problema social y de salud que tiene implicaciones jurídicas y no al revés.

Por eso la atención integral a las víctimas de violencia sexual y su familia tiene como objetivo asegurar su atención, recuperación y protección integral, desde una perspectiva de la restitución de derechos. Por tanto, lo primero es la víctima, no es su relato, o su familia, o la evidencia, o el juicio o la policía. Ninguna necesidad diagnóstica, terapéutica o investigativa justifica una nueva victimización dentro de la asistencia sanitaria.

Consideraciones sobre los procesos de atención integral La atención en salud incluye los siguientes objetivos:

- a) Dar apoyo emocional
- b) Tratar las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia sexual (emergencias médicas/psicológicas– trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc.), así como los cuidados médicos más específicos como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, IVE, etc.
- c) Toma de evidencias forenses cuando aplique
- d) Realizar las medidas de protección de las víctimas
- e) Tratamiento y rehabilitación de su salud mental
- f) Orientación a la familia
- g) Realizar la denuncia/reporte de la violencia sexual
- h) Activar las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral.

La atención integral se brinda, como lo contempla la ley 1164 de 2007, desde la humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y el secreto. La humanidad implica basar el acto de la atención en salud desde las necesidades biológicas, psicológicas, sociales e incluso espirituales de los consultantes¹⁶⁶. De acuerdo con la Ley 1257 de 2008, las víctimas de violencia sexual tienen derecho a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad, recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos, dar su consentimiento informado para los exámenes médicos y legales, escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio, recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva, ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia, recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas.

Revictimización. El sector salud no debe ahorrar esfuerzos para garantizar que las víctimas de violencia sexual NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención. En este sentido, una persona sobreviviente de violencia sexual, puede pasar por tres procesos de victimización:

- a. **Victimización primaria:** las consecuencias que sufre la persona sobreviviente como producto directo de la violencia sexual.
- b. **Victimización secundaria o revictimización:** sufrimientos que a los y las sobrevivientes de violencia sexual, a los testigos y a la familia les infieren las instituciones encargadas de los procesos de atención integral: salud (médicos, pediatras, ginecólogos, enfermeros-as, psicólogos-as, trabajadores sociales, personal administrativo entre otros), justicia (policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, entre otros), y otros sectores implicados al no tener claros procesos y procedimientos para la restitución de derechos.
- c. **Victimización terciaria:** producto de la estigmatización que la sociedad realiza sobre el o la sobreviviente de violencia sexual luego del evento.

La victimización secundaria es producida por las instituciones y sus funcionarios, mientras que la victimización terciaria se explica más por procesos sociales y culturales. El entendimiento y abordaje de las acciones, dinámicas y procesos que facilitan y producen tanto la victimización secundaria como la terciaria son estrategias que se deben incluir dentro del tratamiento integral a las víctimas de violencia sexual y a sus familias. Dentro de los procesos que generan victimización secundaria se han descrito:

- Ausencia o poca coherencia y complementariedad en los objetivos de los distintos sectores que participan en la atención a las víctimas. Así las metas jurídicas, sociales, psicológicas, pedagógicas o médicas se establecen sin un ordenamiento lógico y articulado de intervención.

- Poca claridad y definición de límites y/o competencias entre las distintas disciplinas o sectores implicados. Así, se presentan superposición y/o repetición de revisiones médicas, entrevistas, entre otras.
- Problemas de la infraestructura y espacios donde se practica la atención
- Falta o poca capacitación y/o entrenamiento en el tema por parte de los prestadores de salud. (p.105)

2.1.5.1 Lineamientos generales de la atención a las víctimas de violencia sexual. El

Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual establece:

Preparación institucional. Es indispensable que en todos los niveles del SGSSS se sepa que la violencia sexual es una URGENCIA y así debe ser intervenida:

La atención inicial de urgencias debe ser prestada 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)

Las distintas entidades de atención clínica en el SGSSS deben estar en capacidad de recibir y atender los casos de violencia sexual y deben realizar acciones a su interior que garanticen la atención integral. El primer paso de la preparación institucional es delegar a un responsable del tema e integrar un equipo institucional para el abordaje de los casos. Una de las primeras tareas de ese grupo es conocer con claridad los contenidos, procesos y procedimientos de este modelo y ajustarlos a la dinámica institucional, cuidando especialmente la dignidad, el respeto y la confidencialidad de las víctimas, así como la oportunidad para la atención.

El líder del equipo será un profesional del área social o de la salud quién coordinará las distintas intervenciones sobre los casos o sospechas de violencia sexual. Esa persona debe tener garantía de permanencia en la institución, conocimientos básicos en el tema, habilidades para el manejo de crisis, el trabajo en equipo y liderazgo.

El equipo de salud y/o grupo interdisciplinario es el que aplica el Modelo de Abordaje Integral a la Víctimas de Violencia Sexual según los procesos y procedimientos establecidos para la detección, atención, rehabilitación, protección, referenciación, seguimiento y activación de las redes de apoyo incluyendo la familiar. Ese equipo debe tener una persona del área administrativa que facilite los procesos de su área. El coordinador del grupo a su vez es quién establece contacto y participa dentro

del Comité Intersectorial de Abordaje a las Víctimas de Violencia Sexual de la ciudad, municipio, localidad o comuna que debe funcionar según lo establecido en la ley 1146 de 2007. Para facilitar el proceso de articulación de la red intersectorial e interinstitucional es deseable contar con un directorio de fácil acceso de las distintas instituciones y personas relacionadas y comprometidas con el tema. Esta actividad se inicia explorando la oferta institucional del sector de la salud, protección, justicia y educación del municipio, localidad o comuna y las personas responsables con sus respectivos datos de contacto, correos electrónicos, teléfonos direcciones, etc. Son funciones del comité institucional asegurar que el personal de atención sea capacitado en el Modelo incluyendo los procesos de articulación intersectoriales, especialmente con protección y justicia. Los procesos administrativos relacionados con la atención a las víctimas también se deben facilitar desde el comité especialmente el acceso directo e impedir los procesos que revictimizan a las personas. La institución tiene que designar un espacio físico adecuado, que garantice seguridad, privacidad y comodidad para la atención. La Institución debe garantizar los insumos y dotación necesarios para brindar una atención oportuna y de calidad. Contar con un espacio físico que ofrezca comodidad y confidencialidad, contar con los medicamentos para tomar muestras, brindar anticoncepción de emergencia, profilaxis para VIH/SIDA entre otros, y los elementos para la recolección de muestras forenses.

Tabla 8

Preparación institucional para la implementación del modelo de atención integral en salud para casos de violencia sexual preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del modelo

Actividades	Responsables
Delegar a un responsable	Profesional de la salud o de las ciencias sociales
Conformación de un equipo institucional básico	Profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, de la salud mental y del área administrativa (esto de acuerdo con el tipo de institución)
Capacitación y apropiación del equipo del Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual	Los profesionales deben cumplir a satisfacción con los estándares y procesos de capacitación que establezca el Ministerio de la Protección Social De acuerdo con las características de cada entidad.

Nota. La presente tabla muestra preparación institucional para la implementación del modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Fuente: Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Tabla 8. “Continuación “

Actividades	Responsables
Desarrollo de los Flujo gramas de atención en salud y administrativos Procesos de información y capacitación al interior de la entidad	Se debe informar y capacitar en el modelo y el flujo gramas de atención interna, al personal de salud y administrativo que puede llegar a estar en contacto con la víctima.
Garantizar insumos y dotación	

Atención clínica a las y los sobrevivientes de la violencia sexual. Los lineamientos de la atención que se describen seguidamente aplican para las víctimas de violencia sexual, sin embargo, los principios generales del proceso también son válidos para la evaluación de los casos de sospecha de abuso o violencia sexual. Los casos de sospecha deberán ser canalizados para que el equipo de base de cada institución de salud los evalúe, y según su capacidad de resolución, de acuerdo con el caso, experiencia o pertinencia:

- a) Descarte la sospecha.
- b) La difiera y le haga seguimiento.
- c) La ratifique e inicie el tratamiento integral

La sospecha de violencia sexual también se constituye en una sospecha de delito, las acciones que se desarrollan en el sector salud en la atención de las víctimas de violencia sexual tienen un doble componente, el de atención integral en salud y el de acceso al sistema de justicia. Por ello, el equipo de profesionales de salud debe conocer el alcance y la doble responsabilidad que el sistema de atención víctimas de violencia sexual va a exigir de sus acciones.

De allí, que a parte de la atención integral en salud que debe incluir todos los actos clínicos, quirúrgicos y en salud mental, también se iniciarán procesos como la toma de muestras forenses, el proceso de cadena de custodia, la utilización de técnicas

de entrevista que permitan documentar parte de los hechos, sin influir en el relato del sobreviviente y la estricta documentación de los relatos (entre comillas) y los procesos de atención, a que haya lugar con cada persona.

En el mismo sentido, con el sistema penal oral acusatorio, es factible que a partir de la atención de un caso sospechoso de violencia sexual, el profesional o los profesionales de salud sea citado a asistir a un juicio oral, donde deberá declarar sobre los procesos y procedimientos realizados en el paciente, y deberá respaldarlos con su conocimiento profesional.

Por lo tanto, seguir las indicaciones aquí planteadas y consignar todos los hallazgos y procedimientos de manera detallada en la historia clínica es fundamental para colaborar con el sistema de justicia y evitar futuros inconvenientes. De manera tal, que el personal de salud debe prepararse en su área disciplinar y en el proceso de presentación en juicio oral.

También, al conocer de un posible hecho de violencia sexual la institución de salud deberá dar conocimiento del hecho a la autoridad del municipio. Esto puede hacerse a través de múltiples mecanismos que faciliten la confidencialidad y seguridad de quien lo hace. La denuncia de carácter formal o no formal debe salir de la institución, pero el tratante dará inicio al proceso de denuncia en el flujo grama interno de la institución. La herramienta de trabajo para la atención de sus pacientes de los clínicos es la historia clínica. Esta se sintetiza en un documento que consigna el acto médico que se da dentro de la relación médico-paciente. Este acto usualmente se realiza siguiendo una secuencia de:

- a) entrevista,
- b) examen físico y mental,
- c) realización de pruebas diagnósticas o de control, y,
- d) cierre, acuerdos y plan de tratamiento y seguimiento.

Se presentan a continuación los elementos más importantes al respecto que deben realizarse para la atención a las víctimas de la violencia sexual. Los elementos básicos de la entrevista se consignan en las tablas que se presentan a continuación.

Tabla 9

Entrevista a víctimas de violencia sexual

Recomendaciones	
Realice la atención en un sitio que disponga de todas las condiciones y recursos necesarios. El lugar debe asegurar la seguridad, privacidad, pudor y confidencialidad del paciente	Incluye estar aislado, idealmente debe contener un espacio para la entrevista y otro para el examen físico, disponga de batas adecuadas para los pacientes, los Kits de toma de evidencias, entre otras.

Nota. La presente tabla muestra preparación institucional para la implementación del modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Fuente: Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual

Tabla 9 “Continuación”

Recomendaciones	
Disminuya dentro del espacio de atención la mayor cantidad de elementos simbólicos de poder.	No interponga un escritorio entre el médico y el paciente, ubique las sillas al mismo nivel tendiendo a formar un ángulo de 45 grados, si puede evite usar bata esto puede disminuir el miedo de los pacientes, especialmente en niños y niñas.
Si se dispone de medios y no se pone en riesgo la seguridad de la víctima idealmente la entrevista debe ser grabada, previa autorización de la víctima, y de su familia en casos de menores de 18 años.	Esto es aplicable para muy pocos sitios y la ausencia de dispositivos de registro no se debe constituir una barrera para la implementación del Modelo. En algunos contextos podría ser considerado amenazante o riesgosa para la víctima la grabación de entrevistas (por ejemplo, contextos sometido a los efectos directos del CAIN), por lo cual allí se desaconseja realizar grabaciones, sin que ello desaconseje la aplicación del Modelo en sus demás aspectos.
Sea respetuoso y sensible	Trate a los pacientes siempre por su nombre no utilice frases o palabras con diminutivos o cariñosas, por ejemplo “mamita”, “muñeca”, “linda”, etc. Asegure que nadie interrumpa el acto médico,
Eduque sobre los Derechos de las víctimas	Incluye los Derechos que aplican a la Justicia, Salud, Educación, Protección para la víctima y su familia
Haga asesoría para el consentimiento informado sobre todos los procedimientos, intervenciones y terapias a realizarse	Este es siempre cualificado, en algunos casos se puede requerir de uno informado persistente, o asistido y persistente, o sustituto (ver más adelante). El paciente debe conservar la autonomía sobre los distintos tópicos de la atención
Documente todo lo relacionado con el acto médico en la historia clínica	Recuerde que en estos casos la entrevista médico paciente puede hacer parte de las evidencias dentro de procesos judiciales

Tabla 10*Elementos específicos de la entrevista a víctimas de violencia sexual*

<p>Cuando NO hacer entrevista de detección con las víctimas Niños y niñas Menores de tres años</p>	<p>vez.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el niño o niña es menor de tres años, absténgase de realizarle el proceso de entrevista, solo explíquelo porque está allí, tranquilícelo, aclare que va a estar bien. • Para realizar la entrevista el profesional de la salud requiere ganar el interés del niño o niña y conocer su nivel de entendimiento, debe sentarse a su nivel, no detrás de un escritorio, y decirle la verdad al niño o niña al contarle el propósito de la misma, teniendo cuidado de hacerlo en los términos que la persona pueda entender de acuerdo con su nivel de desarrollo. Nunca prometerle cosas o premios que no se les pueda cumplir. En niños y niñas mayores o adolescentes hay que establecer que es una responsabilidad del prestador de salud hacer el reporte y la canalización de todo caso de violencia sexual a la justicia. El profesional de la salud nunca deberá utilizar términos técnicos para hablar con el niño o niña y debe indagar la forma en la que el niño llama a las diferentes partes de su cuerpo, para utilizar con él el mismo lenguaje. Es muy importante que la entrevista no contamine el relato de la víctima • Se debe preguntar al niño, niña si desean que su acompañante este presente durante la entrevista. Cuando él o ella así lo
--	---

Nota. La presente tabla muestra los elementos específicos de la entrevista para víctimas de violencia sexual. Fuente: Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en

su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Tabla 10. “Continuación”

Niños y niñas mayores de tres años:	<ul style="list-style-type: none"> • quieran, el acompañante deben situarse en un lugar del consultorio donde no estén al alcance de la vista del niño o la niña, advirtiéndoles que no deben intervenir en ningún momento hasta que se les solicite. • Debe recolectarse toda la información posible sobre el abuso de fuentes diferentes antes de la entrevista con el niño(a). • Haga las preguntas en el siguiente orden: a) generales, b) enfocadas, c) de elección múltiple d) preguntas de si o no, y no se recomiendan las inductivas o directivas • Tenga cuidado de no hacer repetir relatos que el niño o niña ya dijo, esto puede inducirle a creer que sus respuestas no eran correctas, a dar respuestas diferentes, a negar lo ocurrido o hablar sobre el tema. • Se recomienda entrevistar primero a los padres o acompañantes sin la presencia del niño o niña para establecer los antecedentes médicos, realizar una revisión de síntomas identificados por la familia que pudieran ser indicativos de abuso sexual. • Es importante establecer la red de soporte social con la que cuenta el niño, niña o adolescente, identificar factores de protección y factores de riesgo en la dinámica familiar. . • Es frecuente que al hacer estas indagaciones con la familia se encuentre ante una situación de estrés debido a la revelación de un posible abuso sexual, es de esperar que el acompañante reaccione con angustia, inquietud, culpa o en ocasiones haciendo una total negación a la posibilidad de que haya una vulneración contra el niño o niña.
-------------------------------------	---

Tabla 10. “Continuación”

s:	
Preguntas a la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante entender que el impacto de la sola posibilidad pone a la familia en una situación de estrés o inclusive de crisis. Por lo que esta indagación debe hacerse con respeto, sin juzgamientos y planteando la situación como una posibilidad mientras no se tenga más información de lo ocurrido. • Es muy importante que esta primera entrevista a la familia aporte información sobre las condiciones de retorno (<i>evaluación del riesgo de revictimización</i>) del niño o niña al medio familiar. Es responsabilidad del sector salud hacer lo necesario para garantizar la protección del niño, niña o adolescente hasta que sea establecida la medida de restablecimiento de derechos que estará a cargo del sector de la protección.
Adultos sobrevivientes de violencia sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la víctima es adulta, el personal de salud debe explicar la importancia de que haya asistido a la consulta, por qué se debe realizar el procedimiento completo (anamnesis, evaluación de documentos, examen físico, tomas de muestras, ...), recalando que todo el proceso de atención, acompañamiento y seguimiento hace parte de la atención integral que busca el restablecimiento de sus derechos. Que tiene el derecho a rechazar parcial o totalmente las distintas intervenciones y tratamientos sugeridos dentro del consentimiento informado. La información obtenida en las entrevistas familiar y) personal debe quedar registrada tal cual fue escuchada y entre comillas en la historia clínica, utilizando entre comillas las palabras usadas por ellos, puede ser de gran utilidad como evidencia en la investigación judicial. (p.107)

2.1.6 El cuidado integral de la salud mental desde el sector salud ante la violencia

sexual. El Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual establece:

1. El cuidado de la salud mental desde el sector salud

¿Qué entendemos por Salud Mental?

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

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

La salud mental integral solamente se logra cuando se asegura a las personas el disfrute de: “Bienestar subjetivo, uso óptimo y desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional); logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad ... que requieren las personas y los grupos para interactuar positivamente el uno con el otro” Definición de Salud Mental, Health and Welfare, Canada ,1988

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

¿Cómo se organiza el cuidado de la salud mental desde una perspectiva de Atención Primaria en Salud Mental Renovada?

La APS Renovada es la interpretación actual de los planteamientos sobre “Salud para Todos en el año 2000” efectuados en 1977, y aquellos de APS promulgados en Alma Ata durante el año 1978, a la luz de las lecciones aprendidas luego de evaluar las dificultades y logros conseguidos desde entonces en el alcance de las metas trazadas a las puertas de los años 80, tras veinte años de implementación de la estrategia

Los planteamientos de APS –R se iniciaron con la Conferencia de Madrid celebrada en el año 2003; para el ámbito regional de América Latina y El Caribe, la

OPS formuló el primer documento sobre el tema en el año 2005; finalmente, el documento de posición sobre la renovación de la Atención Primaria en Salud en el ámbito de Las Américas apareció en el año 2007. Todo éste proceso se desarrolló en estrecha relación con los desarrollos llevados a cabo por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS - OPS que funcionó entre los años 2005-2008, y con la publicación del Informe Mundial de OMS correspondiente al año 2008, bajo el lema “APS: más necesaria que nunca”¹⁸², . Tanto la APS en su versión de Alma Ata, como la APS – R, son comprendidas como una estrategia de acción integral emprendida desde el sector salud, que requiere la participación coordinada de recursos y tecnologías ubicados en distintos niveles de complejidad, desde las acciones de autocuidado y participación comunitaria en salud, hasta los servicios altamente especializados en psiquiatría y salud mental.

Un modelo de atención en salud mental basado en APS – R y con base comunitaria plantea una serie de requerimientos en términos del entrenamiento, la especificidad y la distribución de los distintos trabajadores sanitarios y agentes de participación comunitaria en salud, tal como es planteado por la OPS :

- Un volumen importante de profesionales de la salud entrenado en APS.
- Un conjunto de recursos humanos con perfiles planificados según las necesidades de la población.
- Un entrenamiento de los recursos humanos articulado con las necesidades de salud y la sostenibilidad del modelo.
- Un conjunto de políticas sobre la calidad del desempeño profesional en los distintos roles.
- Una caracterización de las capacidades del personal (perfil y competencias), de modo que el perfil de cada trabajadora o trabajador pueda ajustarse a una labor específica.
- Un proceso continuo de evaluación que permita adaptar las características de las y los profesionales a las necesidades de la población y los cambios en los escenarios sanitarios.
- La definición de personas que se desempeñan como trabajadoras de la salud implica incluir a quienes se desempeñan en tareas estadísticas, gerenciales y administrativas.

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

¿Qué tipo de acciones y de orientación esencial son requeridas para desarrollar un proceso de cuidado integral de la salud mental en personas y comunidades que sufren el impacto de la violencia sexual?

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

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

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

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

Una adecuada actitud por parte de los trabajadores sanitarios protege la salud mental de la víctima y resulta central para determinar la adecuada resolución de la victimización sexual. Para conseguirla, TODO el personal de las instituciones de salud y rutas de atención debe recibir periódicamente sesiones de sensibilización en el tema

de la violencia sexual, así como capacitación sobre derechos de la víctima, rutas de atención, y primeros auxilios psicológicos acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad de los servicios implicados debe ser incluido.

2. Implicaciones de la Violencia Sexual para la Salud Mental de las Personas y las Comunidades

¿Cuáles son las implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para las víctimas?

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

- *Experimentación del evento violento como un evento vital crítico.*
- *Fase aguda de impacto.*
- *Fase de reorganización.*

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

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

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

- Presencia de síntomas psicopatológicos que predisponen a una persona para ser victimizada sexualmente.
- Psicopatología previa al sometimiento a una victimización sexual que se ve agravada o resulta mantenida por ésta.
- Psicopatología que emerge como consecuencia directa de una victimización sexual especialmente traumatizante o indebidamente manejada por los servicios de salud y otras fuentes de respuesta social ante la víctima.

La problemática de violencia sexual es considerada, desde la perspectiva de salud como un “acontecimiento vital¹⁸⁹”. Esto supone que para aquellas personas que han tenido esta experiencia muchos eventos de su vida pueden llegar a estar asociados a las consecuencias emocionales de esa situación. Los casos de violencia sexual, en adultos como en menores de edad, son de gran complejidad, y tienen implicaciones desde el punto de vista de salud, protección e incluso legal. Los acontecimientos vitales, son

significativos para las personas en la medida en que se incorporan al escenario de sus propias vivencias.

El acontecimiento vital no toma valor por sí mismo sino a través de la experiencia emocional de quien lo vive, y quien experimenta de manera diferencial su impacto y consecuencias. Los acontecimientos vitales se pueden considerar como antecedentes potenciales o causas de cambios o modificaciones estructurales y funcionales en la vida de los sujetos (Salvador Porcar, 2008).

¿Cuáles son las implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para los grupos sociales de pertenencia de las víctimas?

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

¿Por qué es necesario para las personas víctima de violencia sexual y sus comunidades de pertenencia contar con atención psicosocial y en salud mental?

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

- *Porque la experiencia injusta impuesta a quien fue agredido exige de la sociedad una reparación para la víctima ante el sufrimiento emocional sufrido, independientemente de la presencia o no de una psicopatología.*
- *Porque éste tipo de atención puede prevenir la agravación, aparición o consolidación de psicopatologías en las víctimas.*
- *Porque se puede interrumpir el ciclo de la violencia en la comunidad – sociedad, dadas las características ecológicas que rodean la emergencia de un acto violento*

3. Abordaje Psicosocial e Intervenciones Colectivas para personas víctimas de violencia sexual: características específicas.

El abordaje psicosocial y las intervenciones colectivas a cargo de equipos de trabajadores de la salud o las ciencias sociales no especializados en salud mental, en conjunto con agentes comunitarios capacitado, puede incluir acciones grupales y primeros auxilios psicológicos individuales en terreno. También son recomendables los talleres en derechos humanos, derechos humanos de las mujeres, derecho internacional humanitario, derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, y derechos humanos de las personas LGBTI. Los grupos de autoayuda son una herramienta central para

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

¿Cuáles son las características de los primeros auxilios psicológicos generales para víctimas de violencia sexual brindados por el personal de abordaje psicosocial y otros trabajadores /as de la salud ubicados en ámbitos comunitarios?

En general, debe tomarse en cuenta lo siguiente en torno a los primeros auxilios psicológicos para una víctima de violencia sexual:

- Son muy diferentes a una entrevista psicológica, y no implica acciones de psicoterapia, aunque sirven para proteger de daños mayores a los sobrevivientes.
- Se debe proporcionar a los sobrevivientes oportunidad de que hablen sobre los hechos, pero sin presión.
- Se les ha de informar sobre su derecho de negarse a hablar sobre los hechos con los trabajadores de asistencia psicosocial o sanitarios, o con periodistas.
- Escuchar pacientemente, aceptando lo que se oye, pero sin emitir juicios.
- Transmitir una empatía auténtica.
- Determinar cuáles son las necesidades prácticas básicas y velar porque se satisfagan.
- Preguntar a las personas qué les preocupa y tratar de abordar esas situaciones.
- Desalentar maneras negativas de hacer frente a la situación, especialmente el consumo de alcohol y psicoactivos.
- Alentar la participación en actividades cotidianas normales y aprovechamiento de medios positivos para hacer frente a la situación.
- Alentar, pero no obligar, a buscar compañía en uno o más familiares o amigos.
- Según corresponda, ofrecer a la persona la posibilidad de regresar para obtener más apoyo.
- Según corresponda, remitir a la persona a los servicios de apoyo disponibles localmente, y a profesionales clínicos.

En el caso de victimización sexual más frecuente en Colombia, constituido por mujeres, niñas, o adolescentes femeninas en general, pero particularmente cuando éstas han sido victimizadas sexualmente en el marco del conflicto armado interno colombiano, han de tenerse en cuenta adicionalmente las siguientes pautas durante el desarrollo de intervenciones psicosociales, tipo orientación individual o familiar, no necesariamente realizada por personal experto en acompañamiento psicosocial

Desde una perspectiva de ciclo vital y género es importante también tener en

cuenta a las niñas y los niños que resultan victimizados directamente en el marco del conflicto armado interno, o que son testigos de violencia sexual hacia otras personas en dicho contexto. Por ejemplo, es una situación frecuente en las guerras que mujeres madres o adolescentes femeninas sean sometidas a victimización sexual delante de sus hijas e hijos menores, o de otras niñas y niños vecinos. La exposición a éste tipo de victimización sexual pública de otras es a la vez una forma de victimización sexual hacia la infancia bastante específica de los conflictos armados. Las intervenciones psicosociales dirigidas a facilitar la superación de la experiencia traumática por parte de estas pequeñas víctimas y testigos han de regirse por las siguientes pautas, independientemente de que sea efectuada por personal experto o no en atención psicosocial.

Tabla 11

Pautas para el desarrollo de intervenciones psicosociales dirigidas a niñas y niños víctimas de violencia sexual directa o por exposición a ser testigos de violencia sexual hacia otras, en el marco del conflicto armado interno

Niños y niñas de 0 a 9 años o mayores, que han sido víctimas directas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno; y sus familias.	
PAUTA	POR QUÉ HACERLO
Apoye a niños y niñas cuando han sido víctimas directas, y a sus familiares, en el contexto de reuniones con la víctima y una persona adulta que le genere protección.	Previene daños mayores en el futuro, y sienta el panorama de un desarrollo personal adecuado. Nunca pregunte al niño o niña sobre el hecho violento, ni muestre duda frente a lo que relata espontáneamente, más bien invítelo a participar en juegos y otras actividades que le permitan experimentar sensaciones de protección y le faciliten la expresión de emociones. Permite brindar a los adultos acompañantes información sobre las situaciones que les deben llevar a solicitar ayuda clínica.
Apoye a niñas y niños cuando han presenciado hechos de violencia sexual hacia personas adultas (han sido testigos).	Previene en el niño sentimientos de culpa, vergüenza y miedos que pueden llegar a afectar su desarrollo personal; previene daños mayores y traumas. Permite brindar a los adultos acompañantes información sobre las situaciones que les deben llevar a solicitar ayuda clínica.

Nota. La presente tabla muestra pautas para el desarrollo de intervenciones psicosociales dirigidas a niñas y niños víctimas de violencia sexual. Fuente: Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

¿Cuáles son los componentes mínimos que debe contener una atención integral en salud mental para víctimas de violencia sexual?

El personal encargado de recepcionar a las víctimas y a sus familias debe saber que los casos deben recibir un abordaje Interdisciplinario e Intersectorial, que por medio del engranaje con el sistema de atención integral debe garantizar la atención y el ejercicio de los derechos de las víctimas de violencia sexual en cada una de las intervenciones en salud.

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

- Primeros Auxilios Psicológicos por Médico General de Urgencias, como fase inicial no especializada de la intervención en crisis requerida. Es también muy importante que los demás profesionales y técnicos implicados en la atención médica de urgencias estén entrenados en primeros auxilios psicológicos para víctimas de violencia sexual y los apliquen a su campo disciplinar específico.
- Evaluación Inicial en Salud Mental y manejo de posibles riesgos inminentes para la salud y la vida de la paciente, por Médico General de Urgencias debidamente entrenado o, en su defecto, por Médico Psiquiatra que actúe dentro del contexto de la atención inicial de urgencias a través de interconsulta médica especializada de urgencias elaborada por el médico general.
- Intervención en crisis propiamente dicha, a cargo de especialista en salud mental (Médico Psiquiatra o Psicólogo Clínico), a través de formato de psicoterapia breve, con realización de primera sesión dentro del contexto de la atención de urgencias, y planeación o no de sesiones siguientes acorde con las condiciones y posibilidades de la víctima, y las características del contexto terapéutico.
- Intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental, una vez concluida la intervención en crisis por profesional especialista en salud mental

(Médico Psiquiatra o Psicólogo Clínico), quien deberá efectuar la derivación correspondiente.

¿Cuáles son las características generales de la intervención terapéutica inicial no especializada en salud mental dispensada por el médico general a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica?

En cuanto a la primera ayuda en salud mental brindada en el contexto de la atención médica general, que es la antesala no especializada para preparar las intervenciones especializadas en salud mental a impartir a toda víctima de violencia sexual, es mandatorio recordar que el trato que se dispensa a la víctima, las pautas de interacción y el apoyo emocional otorgado durante la entrevista médica, el examen físico y el abordaje médico general inicial son decisivos para apuntalar la capacidad de afrontamiento de la víctima de violencia sexual. Cualquier persona puede llegar a ser víctima de alguna de las formas en las que se expresa la violencia sexual, y puede sufrir sus consecuencias físicas, emocionales y sociales. El evento mismo de violencia generará inestabilidad y situaciones de crisis en la víctima y su familia. Cuando estas buscan ayuda en las instituciones de salud indistintamente de su nivel de complejidad, el personal de salud tiene la responsabilidad de contener y estabilizar esta situación de forma inmediata.

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

Este cambio repentino, producto de un evento desencadenador como la violencia sexual, origina crisis y con ella la necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo, visible en desequilibrios que pueden tener como consecuencias iniciales estrés, ansiedad, aislamiento, retraimiento, sentimientos de culpa, vergüenza, emociones incontrolables como miedo, rabia, culpa, vergüenza, ansiedad, cambios del estado de ánimo, pesadillas, trastornos de sueño, trastornos alimenticios, ideación, planeación y/o intentos de suicidio. Así mismo y como consecuencias posteriores se pueden vivenciar una amplia gama de procesos emocionales y psicológicos que afectaran la calidad de vida, la salud mental, la forma de relacionarse con los otros, la autoimagen y autoestima del individuo, su readaptación al medio familiar y social, así como el desarrollo de algunos tipos de trastornos mentales. A continuación se plantean algunas recomendaciones para brindar la primera ayuda en salud mental a una víctima de violencia sexual y a su familia. Deben tenerse en cuenta los siguientes parámetros, incorporados al quehacer cotidiano de la consulta médica general de urgencias:

Objetivo general:

- Proporcionar apoyo al sobreviviente y su familia en el contexto de la práctica de los procedimientos médicos generales propios de la atención integral en salud de una víctima de violencia sexual.

Objetivos específicos:

- Facilitar la realización humanizada de los procedimientos médicos generales propios de la atención del médico general a la víctima de violencia sexual, sentando bases que promueven una posterior recuperación emocional satisfactoria.
- Reducir el peligro de muerte (homicidio o conducta suicida) mediante la detección y manejo de éstos riesgos, como parte de la elaboración de un examen clínico inicial que involucre de manera ordenada la valoración general tanto del estado físico como del estado mental de la víctima.
- Reducir y contener los aspectos emocionales y subjetivos para facilitar el enfrentamiento de la situación realizando un inventario de apoyos, incluyendo en estos los institucionales, familiares y sociales, así como de conductas adaptativas ante la victimización sufrida.
- Vincular a la persona en crisis con los recursos de ayuda inmediatos de tipo clínico especializado, y otros apoyos institucionales requeridos

¿Cuáles son las características generales de la intervención psicoterapéutica especializada en salud mental dispensada a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica?

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

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

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

Tabla 12

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual

Objetivo

Reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático, a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, y la búsqueda de soluciones factibles ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica especializada en salud mental oportuna y de calidad, que haga como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual, en un contexto tranquilo y privado.

Parte integrante de la atención de la urgencia médica derivada de una victimización sexual
 Reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático, a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, y la búsqueda de soluciones factibles ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica especializada en salud mental oportuna y de calidad, que haga parte integrante de la atención de la urgencia médica derivada de una victimización sexual
 Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia.

Nota. La presente tabla muestra las características de la primera consulta de psicoterapia.

Fuente: Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual

Tabla 12. “*Continuación*”

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual	
	tomando en cuenta que se trata de un procedimiento especializado que requiere conocimiento y experticia clínica
Tipo de Paciente	Toda persona víctima de violencia sexual, perteneciente
Formato	Toda persona víctima de violencia sexual, perteneciente
Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS.	Interconsulta médica especializada de urgencias o ambulatoria por médico psiquiatra. Consulta de urgencias por medicina especializada – psiquiatría. Procedimiento de psicoterapia individual por psicólogo. Procedimiento de psicoterapia individual por psiquiatra. Traslado de pacientes para completar valoraciones y procedimientos necesarios dentro del manejo integral de la urgencia médica. Es mandatoria la atención médica especializada por profesionales médico psiquiatra y psicólogo clínico (así como por expertos en intervención psicosocial) en casos de Mujeres, adolescentes femeninas, y niñas afectada por VS en el marco del conflicto armado interno y especialmente en el contexto del desplazamiento forzado, así como para sus familiares, de acuerdo con antecedente sentado por la Sentencia de la Corte Constitucional T – 045 de 2010. Igualmente los psicofármacos que puedan ser requeridos en tal contexto de atención en salud mental que se acaba de describir.
Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS.	

Tabla 12. “Continuación”

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual	
Objetivo	<p>un acompañante por víctima (Sentencia de la Corte Constitucional T – 045 de 2010).</p> <p>Activar o reforzar mecanismos de ajuste apropiados ante el evento de violencia sexual, fomentando su adecuada resolución y previniendo la potencial aparición o agravación de psicopatología.</p>
Estrategias	<p>Tener presente que los objetivos de la intervención están siempre sujetos a las condiciones del contexto.</p> <p>Contemplar múltiples niveles de evaluación, e incluir a los diferentes actores familiares y sociales involucrados en los problemas derivados de la victimización sexual y en su solución. Partir de una definición tal de esos problemas, que sea compartida por la consultante y que permita visualizar como viable la solución de los mismos.</p> <p>Enfocarse en el presente y el futuro, no en el pasado. Enfocarse en la clarificación de los actos de violencia sexual como mediados por características del contexto social que favorece inequidades de poder entre las personas, que en consideraciones de índole intrapsíquica.</p> <p>Enfocarse sobre lo posible y no sobre lo perfecto. Partir de las características particulares del caso. Tener en cuenta la etapa del ciclo de vida individual y familiar, y el contexto social en que emergió el acto violento.</p> <p>Contemplar los recursos disponibles en los distintos contextos involucrados en la solución de los problemas identificados en torno a la violencia sexual y favorecer la manera de activarlos y ampliarlos. Proponer acciones directas e indirectas que sean hipotéticamente pertinentes para la solución de problemas concretos. Prever los posibles efectos positivos y negativos. Tener en cuenta que el cambio requiere</p>

Tabla 12. “Continuación”

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual	
Técnicas terapéuticas específicas	<p>reorganización, reordenamiento, reestructuración de las representaciones rígidas e inhibitorias que impiden el afrontamiento efectivo de la realidad. Evaluar contextualmente la presencia de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, así como de necesidad de tratamiento psicofarmacológico especializado; además de la necesidad de continuar con una psicoterapia breve en formato de múltiples sesiones, o considerar la primera como la única intervención psicoterapéutica especializada requerida inmediatamente antes de remitir para continuar manejo por equipo interdisciplinario de salud mental en contexto ambulatorio u hospitalario según necesidades de la víctima.</p> <p>Asegurar confidencialidad y privacidad, al igual que el resto de la ruta de atención.</p> <p>Se parte y se centra en el motivo de consulta. Se intenta evidenciar y entender el problema. Se facilita la descarga emocional, la expresión de sentimientos y la normalización de síntomas.</p> <p>Movilizar recursos y habilidades personales, familiares y sociales. Evaluación de estado mental de la víctima, recontextualizando los síntomas como reacciones esperables ante la victimización sufrida que, no obstante, pueden ser superadas mediante acciones específicas.</p> <p>Recomendaciones y sugerencias generales. Acuerdos terapéuticos específicos. Resumen final con retroalimentación por parte del consultante.</p> <p>Para Facilitar al otro retome una percepción de control sobre sí mismo y sobre sus circunstancias, permitiéndole hacer elecciones en torno a la entrevista: Ej</p>

Tabla 12. “Continuación”

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual

Ofrecer un vaso de agua, permitir que se elija el sitio en que quiere sentarse, indicar que en cualquier momento puede suspenderse la entrevista si así lo desea, efectuar preguntas del tipo *¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento?* Justificar la necesidad de las preguntas, a través de indicaciones como: *Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber. No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar.* Indicar respeto al ritmo impuesto a la entrevista por la víctima: mediante frases como: *En cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor.* Ofrecer opciones, a través de intervenciones tales como: *Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos o dibujarlos o sacarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.* Para facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos propios otorgados a lo ocurrido: Mostrar una actitud de comprensión con el cuerpo y utilizando expresiones como “puedo ver que...”, “por lo que dices, parece que te sientes...”, pero evitando “lo comprendo”. Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando. Observar la comunicación no verbal y considerar lo que está sintiendo la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice. Preguntar por sus necesidades, preocupaciones, ansiedades y dificultades. Formular las preguntas de manera abierta, que faciliten la comunicación, por ejemplo “¿cómo ves la situación?” Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y para darle la oportunidad

Tabla 12. “Continuación”

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual	
Técnicas terapéuticas específicas	<p>para corregirnos y, a la vez, profundizar en lo que está diciendo: “¿estás diciendo que no puedes soportar tanta tensión?”. Aceptar tranquilamente el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma o llenar el silencio con cualquier comentario. Tener una actitud corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin brazos o piernas cruzadas), hacia delante y acercándose al otro, aunque Tener contacto visual como signo de aceptación y de escucha; en ciertos momentos, no evitar el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal, y tomando en cuenta lo 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, que desde un hombre hacia otro). Poner el foco de atención en cómo se siente y se comporta la persona respecto a lo ocurrido más que en lo ocurrido: por ejemplo, en sus emociones y percepciones en torno a los hechos (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza, etc.) y detectar cuáles de estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza severas), trabajando conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos; para dar apoyo emocional a víctimas de violencia no se necesita saber la “verdad” ni conocer detalles de lo ocurrido. Para resignificar los sentidos y significados otorgado por la víctima a lo ocurrido, de modo que la adaptación y solución de modo que la</p>

Tabla 12. “Continuación”

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual	
Acciones y actitudes NO terapéuticas que debe EVITAR durante la consulta	<p>adaptación y solución de problemas resulte más fácil: ayudar a construir un marco comprensivo que ubique la agresión sexual en un contexto relacional enmarcado por estructuras de poder hegemónicas que pusieron 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 incluso desarrolladas por la misma víctima y su grupo de apoyo primario. Decir “le entiendo perfectamente” o “imagino por lo que está pasado”, porque aparte de inadecuado es falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención, o aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión. Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona. Fingir que se ha comprendido, cuando no es así. Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal. Aconsejar con frases como “creo que deberías...”, “¿cómo es que no...?”. Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: “ánimese ¡no es para tanto!”. Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella. Instruir con frases como “esto puede ser una experiencia interesante si...”. Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir,</p>

Tabla 12. “Continuación”

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para la víctima de violencia sexual	
Disposición final del/a paciente	<p>con frases como: “¿cuándo empezó todo?”, “no, esto no fue así.</p> <p>De acuerdo con las características de la paciente, su disposición y posibilidad de acudir a una psicoterapia, y las características del profesional que atiende, y de contexto de ayuda en que actúa, al finalizar la primera sesión de psicoterapia breve podrá disponerse que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta sea la única que se realizará, remitiendo desde allí la víctima para continuar atención interdisciplinaria por equipo de salud mental, en contexto ambulatorio y hospitalario, acorde con las necesidades de la paciente y las características de los contextos de ayudas disponibles. • Esta sea la primera de una serie de hasta 10 sesiones, de acuerdo con el formato de psicoterapia breve individual centrada en solución de problemas, luego de la cual se podrá referir o no al paciente a continuar atención interdisciplinaria por equipo de salud mental en formato ambulatorio u hospitalario, como se describió antes. (p.159)

2.1.7 Procesos y ruta de atención intersectorial. El Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual establece:

Las instituciones de salud deben iniciar el proceso de remisión hacia las instituciones de protección y justicia. Estas deben garantizar la protección de la víctima ante nuevas situaciones de violencia; las acciones de acceso a justicia para evitar la impunidad y repetición de eventos de violencia por parte del agresor, y el acceso a procesos de restitución de derechos y reparación de la víctima. Esto implica que para

los casos en los que las víctimas no vienen remitidas por instituciones de justicia o protección, los actores del SGSSS que la atienden deben activar las rutas de atención integral intersectorial de la violencia sexual del municipio y/o la localidad.

Para ello, es necesario que el prestador de Salud conozca:

- a) Qué entidades de salud, protección y justicia están presentes en el municipio o localidad.
- b)Cuál es la ruta de atención intersectorial definida en el Municipio o localidad.
- c) Cuáles son los datos de contacto de las entidades a las que tendrá que contactar e informar del caso sospechoso de violencia sexual:

Centros intersectoriales de atención que reúnen en un mismo lugar entidades de varios sectores involucrados en la atención a víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia, (por lo que sí existe uno en la ciudad o localidad será la primera opción de contacto):

- Centros de Atención Integral para la Violencia y el Abuso Sexual CAIVAS
- Casas de Justicia. En las ciudades o municipios donde no existan centros intersectoriales de atención se tendrán que identificar las instituciones de protección y Justicia a contactar.

Instituciones de protección

- ICBF (caso de NNA)
- Comisarías de Familia (casos de mayores de 18 años)
- Policía de Infancia y Adolescencia (caso NNA) para hacer acompañamiento al NNA.

Instituciones del sector justicia

- Fiscalía
- Policía Judicial: CTI, URI. En los lugares donde no hay Policía Judicial estas funciones las asume la Policía Nacional.

Definir quién será el profesional encargado de realizar los contactos institucionales, y cuál será la forma de remitir la información a las demás instituciones.

Debe tener definidos los elementos de información que dará a la víctima y a su familia acerca de sus derechos y la ruta intersectorial.

Definir los procesos de seguimiento al caso.

Activación de la ruta de protección:

En caso de que la víctima de violencia sexual sea NNA no se podrá dar de alta hasta que no se inicie el proceso de protección por parte del ICBF.

- Para ello, comuníquese con el ICBF (centro zonal, Casa de Justicia, CAIVAS) del municipio o localidad.
- Remita los datos del NNA, la impresión diagnóstica y solicite el acompañamiento del ICBF en el manejo del caso.
- En articulación con la Policía de Infancia y Adolescencia el ICBF asistirá al hospital y deberá acompañar a la víctima y su familia en el proceso de atención intersectorial.

Cuando por motivos de ubicación geográfica o por que no se cuente en el momento (fin de semana), con los servicios del ICBF, la institución de salud deberá garantizar la protección de la víctima de violencia sexual realizando una hospitalización por protección. Esto hasta que se garantice el inicio del proceso de protección.

Activación de la ruta de acceso a justicia:

De acuerdo con la normatividad vigente, es necesario que cuando cualquier prestador de salud identifique un caso sospechoso de ser un delito sexual, reporte a las autoridades competentes la ocurrencia del mismo. La institución de salud debe contar con los mecanismos de coordinación intersectorial con el sector justicia para garantizar que al recibir un caso de violencia sexual, se conozcan los procedimientos con los que se pondrá en aviso a la autoridad competente de la sospecha de delito sexual.

Esta coordinación debe hacerse a través del profesional o comité encargado de coordinar la atención en violencias, o en su defecto a través del representante legal del hospital. El reporte de la IPS o EPS debe hacerse de forma Institucional y no personal. Cuando quien detecta la situación de violencia sexual es un profesional independiente que hace la detección en su práctica privada deberá poner en conocimiento de la autoridad de manera directa (puede hacerse de manera formal o no formal).

Las Instituciones a las que se debe contactar e informar del posible caso de violencia en el municipio son: Fiscalía, Policía Judicial: CTI, URI. En los lugares donde no hay Policía Judicial estas funciones las asume la Policía Nacional.

- El/la profesional responsable de la coordinación del tema de violencias en la IPS:
- Identificará cuales son las entidades del sector justicia del municipio-localidad.
- Se pondrá en contacto con ellas para definir cuáles serán los procesos de reporte/denuncia del caso.
- Una vez se ha detectado el caso el médico tratante informará al profesional que coordina la atención a víctimas.

- El coordinador de los procesos de atención se pondrá en comunicación con la entidad de justicia (primer paso de la ruta), informará sobre el evento sospechoso y pondrá en marcha el mecanismo de reporte previamente establecido.

Es importante que se tenga claro que este paso no es necesario cuando la atención en salud se da por solicitud de cualquier entidad del sector justicia, para que se inicie el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, o cuando la víctima refiere que ya se ha establecido la denuncia.

Sectores que intervienen en el abordaje integral a víctimas de violencia sexual

Sector Salud

- Ministerio de la Protección Social
- Superintendencia de Salud
- Secretarías Departamentales de Salud
- Secretarías Municipales de Salud
- EPS y EPS-S
- IPS

Sector Justicia

- Fiscalía
- URI
- Instituto Nacional de Medicina Legal
- Policía Judicial
- Comisarías de Familia

Sector Educación

- Ministerio de Educación
- Secretarías de Educación
- Instituciones educativas

Sector Protección

- Instituto colombiano de Bienestar Familiar
- Comisaría de Familia

Competencias Institucionales de los otros sectores: Es muy importante que el sector salud conozca cuales son las competencias institucionales de otras entidades que participan en el proceso de atención integral a las víctimas de violencia sexual. Esto apoyará además el proceso de fortalecimiento de las redes interinstitucionales y las rutas de atención intersectoriales por las que la víctima de violencia sexual tendrá que conocer en el proceso de atención integral.

Tabla 13*Competencias institucionales*

Competencias Institucionales de los otros sectores	
Comisaría de Familia:	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene autoridad de Policía Judicial • Recibe denuncias • Practica rescates para darle fin a situaciones de peligro • Brinda atención en crisis con equipos psicosociales • Remite a salud para la atención de urgencias • Remite el caso a Fiscalía • Solicita dictamen a Medicina Legal • □□ Toma medidas de protección • Apoya a la familia y acompaña a las víctimas • Realiza investigación socio familiar • Remite y gestiona atención en servicios especializados • Realiza seguimiento del caso.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica o recibe el caso de violencia sexual cuando sean niños, niñas y adolescentes • Realiza investigación socio familiar • Remite y gestiona atención en servicios especializados: nutrición, psicología, trabajo social, educación en salud • Verifica garantía de derechos • Brinda atención en crisis • Hace remisión a salud • Gestiona de inmediato la denuncia ante fiscalía • Acompaña y apoya a la víctima

Nota. La presente tabla muestra las competencias institucionales en los casos de violencia sexual de niños, niñas y adolescentes. Fuente: Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual

Tabla 13. “Continuación”

Competencias Institucionales de los otros sectores	
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Debe ejercer la secretaría técnica del comité {e intersectorial para el abordaje de la violencia sexual en el municipio.
Sector Justicia	<p>FISCALIA GENERAL DE LA NACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe denuncia e Investiga judicialmente. • Ordena Pruebas (Policía judicial - CTI) • Solicita Diagnóstico a Medicina Legal • Realiza visita a la escena • Ordena medidas de protección, inclusive atención en servicios especializados. • Dispone judicialización y captura a la persona agresora • Fiscalía investiga un delito penal; Comisarías de familia dicta medidas de protección ante situaciones de emergencia. • La Fiscalía General de la Nación investiga los delitos contra la vida y la integridad personales, la autonomía personal, la familia y contra la libertad, integridad 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/a ni duplicar acciones institucionales. • CAIVAS centro de atención integral para la Violencia y el Abuso Sexual <p>INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza (Dx) examen sexológico, recomienda otros exámenes o actuaciones en materia de salud y remite resultados a Fiscalía • Acompaña técnicamente las capacitaciones al sector salud

Tabla 13. “Continuación”

Competencias Institucionales de los otros sectores	
Sector Justicia	<p>POLICIA JUDICIAL: CTI, SIJIN, DIJIN, (Comisarías de Familia en casos específicos)</p> <p>Presta la ayuda necesaria a personas e instituciones en caso de que se requiera la acción inmediata por inminente peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lleva a la persona afectada por VIF o 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 a Diagnóstico a Medicina Legal • Protege escena del delito • Apoya demás autoridades <p>Para evitar la comisión de una conducta punible por actos de violencia, maltrato o agresión, la policía está facultada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Educación	<p style="text-align: center;">CTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoya al Fiscal, investiga, compila pruebas, captura y adelanta la iniciativa • Identifica casos. • Notifica y denuncia casos al sector justicia. • Activa las redes intersectoriales para el restablecimiento de derechos. • Gestiona el traslado a otra institución educativa en caso de ser necesario. • Gestiona la inclusión de la víctima a

Tabla 13. “Continuación”

Competencias Institucionales de los otros sectores	
Sector Educación	programas de revinculación al sistema educativo.
Sector Justicia	<ul style="list-style-type: none"> Realiza el seguimiento de los casos.
Ministerio Público	<p>Personerías: Reciben quejas y asesoran legalmente a las víctimas Tramitan quejas y peticiones Abogan por una atención oportuna y de calidad Ejercen vigilancia y control sobre las instituciones para que se garantice la atención y protección integral de las víctimas en el restablecimiento de sus derechos. Promocionan y divulgan derechos humanos.</p>
Otras entidades	<p>Identifican casos Activan redes intersectoriales para la atención integral de casos Ponen el caso en conocimiento de la fiscalía y las entidades de protección.</p>

Redes intersectoriales de atención, redes de buen trato y comité interinstitucional consultivo para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual.

Desde los años 90 se ha impulsado en el país redes interinstitucionales para el abordaje de los diferentes tipos de violencia sexual y violencia intrafamiliar. Estas redes han adoptado diferentes nombres en cada una de las regiones, sin embargo, la mayoría de estas son conocidas como Redes de Buen Trato. Las instituciones de protección y salud, y la normatividad intersectorial han promovido la permanencia de estas redes, sin embargo su funcionamiento se da de manera desigual a nivel regional. El buen funcionamiento de las redes intersectoriales necesita del compromiso y la gestión de las y los profesionales delegados por las instituciones que la conforman. Trascender los obstáculos propios de las realidades regionales y laborales es fundamental para establecer acciones que mejoren los procesos de atención inter- intrainstitucionales dirigidos a las y los sobrevivientes de las violencias sexuales.

De tal forma que al pasar por cada una de las instituciones se establezca un trabajo en red que sume en la recuperación personal de quien ha sufrido estas violencias. En el país existen experiencias exitosas en las que el trabajo intersectorial ha logrado impactar positivamente los procesos de prevención, atención y seguimiento de casos de Violencia Sexual. Estas experiencias exitosas cuentan entre otras características con: Personal sensibilizado y formado en las problemáticas

- Personal con estabilidad laboral
- Reuniones constantes en las que se trazan planes de trabajo anuales
- Procesos de revisión y retroalimentación
- Sistemas de vigilancia epidemiológica en desarrollo o bien posicionados
- Participación de todos los sectores
- Gestión institucional apoyada por procesos comunitarios

Con la ley 1146 de 2007 se avanzó en el fortalecimiento del abordaje intersectorial de la Violencia Sexual a través del Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, a nivel nacional, y la creación de estos comités a nivel regional y municipal. En las entidades territoriales este Comité debe estar direccionado por las Secretarías o Direcciones de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y debe contar con la participación de todos los sectores y el ministerio público.

A continuación se presentan de manera breve algunas acciones que pueden contribuir al fortalecimiento de la red interinstitucional del abordaje integral de la violencia sexual donde ésta no se encuentra creada o donde su funcionamiento no es óptimo frente a las necesidades de la región

1. Identificar cual es la oferta de instituciones presentes en el municipio, por sectores y por competencias.
2. Establecer si existe o ha existido en el municipio la red para el abordaje intersectorial de la violencia sexual.
3. Definir líneas de acción de la red
4. Definir o ajustar una ruta de atención que garantice el abordaje integral del caso

Establezca un reglamento básico para el funcionamiento de la red, que contenga un directorio institucional y que acompañe los diagramas de la ruta.

- a) Definir directorio institucional, en el que se establezca el contacto con personas puntuales dentro de cada una de las instituciones que hacen parte de la red. Este directorio debe ser conocido por el personal de las instituciones y debe permanecer en lugares específicos y de fácil acceso.
- b) Diseñar la ficha de remisión, notificación de entidades y formatos de denuncia formal y no formal. Definir procesos y pasos ante la detección de casos y mecanismos de referencia interinstitucional
- c) Definir la información en derechos y orientación en ruta que se les dará a las personas víctimas de violencia y a sus familias.
- d) Establecer cuál va a ser la estrategia de acompañamiento a la persona y a su familia en el paso por las instituciones de la red.
- e) Establecer acciones y ruta de seguimiento al/la sobreviviente.
- f) Definir procesos de evaluación permanente del manejo de los casos

5. Identificar cuáles fueron las instituciones que atendieron el caso.
6. Cual fue la ruta utilizada
7. Identificar en que instituciones y partes de la ruta hubo dificultades
8. Determinar cuáles fueron las lecciones aprendidas.

Desarrollar un plan de mejoramiento para el funcionamiento de la red.

- a) Desarrollar un plan con tiempos y responsables.
- b) Retroalimentar y fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.

Rutas de atención intersectorial para las víctimas de violencia sexual

Las rutas de atención intersectorial se han constituido en mecanismo fundamental para el acceso a atenciones en salud, mecanismos de protección o restitución de derechos y acciones de acceso al sector justicia. Las rutas buscan orientar a las personas víctimas de violencia, a sus acompañantes y a los funcionarios de las diferentes instituciones que hacen la detección, a dichos servicios. Cuando la ruta funciona adecuadamente y se encuentra respaldada por procesos intersectoriales de trabajo en red y de procesos de atención con calidad, las víctimas cuentan con un soporte y un acompañamiento que favorece el acceso a servicios a los que tiene derecho y a procesos de recuperación e incluso de reparación. Cuando esto no se da, el paso por la institucionalidad se convierte para la víctima en un factor para empeorar la vulneración de sus derechos.

Se plantean elementos para fortalecer los procesos de atención con calidad, que incluyen la competencia y capacidad del recurso humano que interactúa con la víctima, el desarrollo de procesos institucionales y procesos intersectoriales, y las condiciones de las entidades frente a su infraestructura, insumos y dotación. Estos elementos de calidad en la atención a víctimas pueden extrapolarse a los otros sectores y constituyen necesidades de fortalecimiento que todas las entidades deben asumir para minimizar el riesgo de revictimización en sus interacciones con la víctima de violencia sexual y su familia. El país ha avanzado en la construcción de dichas rutas y muchos municipios e incluso localidades cuentan ya con ellas. Sin embargo, al hacer un análisis sobre su ajuste a las competencias institucionales y sobre su funcionamiento, se encuentran serias dificultades, que cobran gravísimas consecuencias sobre el bienestar y seguridad de la víctima de estas violencias.

A continuación se exponen algunas de las principales dificultades en su funcionamiento y algunas acciones sugeridas para resolverlas:

Tabla 14

Principales dificultades en su funcionamiento y algunas acciones sugeridas para resolverlas

Dificultades a resolver	Acciones a realizar
La ruta de atención no existe en el municipio	Construir la Ruta del municipio
La ruta es la ruta del departamento y no está ajustada al municipio	Construir la Ruta del municipio
Los funcionarios de las instituciones no las conocen.	Realizar procesos de divulgación a las entidades y comunidades
Los funcionarios de las instituciones no saben cuál es su función dentro de las rutas.	Realizar procesos de capacitación, mesas de trabajo. Solicitar asistencia técnica.
Una vez una víctima es detectada los funcionarios realizan la remisión a otras entidades sin cumplir con sus propias funciones frente a la misma.	Realizar la atención de la propia entidad y remitir posteriormente a los otros dos sectores responsables de la intervención.
La ruta se convierte en un diagrama que no está acompañada de acciones en red.	Realizar acciones de fortalecimiento red.
No se le brinda información a la víctima y esta desconoce sus derechos.	Desarrollar un volante con información básica sobre sus derechos y las entidades que realizaran atención, junto con las direcciones, teléfonos y datos de las personas a contactar.

Nota. La presente tabla muestra principales dificultades en su funcionamiento y algunas acciones sugeridas para resolverlas en los casos de violencia sexual de niños, niñas y adolescentes. Fuente: Ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en su modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual

2.2 Marco teórico

La violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, es un tema que amerita se le brinde

la importancia pertinente por parte de la comunidad en general y en especial del Estado, órgano que tiene la obligación de velar por los derechos de todas las personas. Es evidente que una situación como la violencia sexual, no es ocasionada por un solo elemento sino por varios que influyen en determinados momentos que dan como resultado una situación de abuso. Escobar (2006) a firma:

El Abuso Sexual Infantil (ASI) como todo acto sexual realizado por un adulto con un menor de edad sin consentimiento del niño, de manera violenta, es decir, por medio de coerción física o psicológica o por medio de seducción. Encontrando que los abusos a menores de edad se pueden dar en todos los ámbitos sociales y pueden suceder tanto fuera como dentro del círculo familiar siendo este el más frecuente. Como actividad sexual se incluye: Cualquier tipo de penetración, roces o caricias de órganos genitales en contra de la voluntad, o toque de los órganos genitales del abusador. Cualquier acción que inste al menor a presenciar contenido sexual impropio por ejemplo observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual, entre otros.

Orjuela y Rodríguez (2012), a firma que existen diferentes factores asociados al abuso sexual:

a) Los factores sociales, hacen referencia a la falta de concientización del niño o la niña como sujetos de derechos, debido a que los niños son considerados particularmente dependientes de los adultos encargados de su protección, los estereotipos de género, los modelos que promueven los medios masivos de comunicación, también la validación social de la violencia y el abuso del poder dentro de las relaciones cercanas, la tolerancia o validación social de ciertas formas de agresión física, de cierto tipo de relaciones sexuales con niños o niñas, las falsas creencias sobre la sexualidad infantil y de la sexualidad adulta, las costumbres culturales que promueven el matrimonio temprano y el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, estos factores han demostrado estar asociados al abuso sexual infantil.

b) Los factores familiares haciendo referencia a las relaciones familiares en donde se ejerce el poder de manera abusiva y no equitativa, dificultades en la comunicación, distancia emocional, incapacidad para responder a las necesidades del niño o la niña, asociados a la violencia de género, niños o niñas en situación de desprotección o presencia de otras formas de violencia como negligencia, maltrato físico.

c) Los factores individual de los infantes, los niños y niñas que presentan algún tipo de discapacidad son más vulnerables a ser víctimas de todas las formas de violencia, niños y niñas más pequeños, teniendo en cuenta que las niñas están en mayor

riesgo de ser víctimas de abuso sexual o de explotación sexual que los niños, y que sumado a su corta edad no presentan vínculos de apego seguro con sus cuidadores evidenciando carencias afectivas, niños o niñas que crecen en un entorno de violencia de género, además de no recibir información oportuna sobre situaciones de riesgo ignorando cualquier tipo de información sobre sexualidad.

Podemos destacar varias categorías dentro del abuso sexual y según la The National Center of Child Abuse and Neglect, (1978) estas son:

Abuso sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

Exhibicionismo: es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.

Explotación sexual infantil: es una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil. Dentro de explotación sexual infantil, existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia (Tráfico sexual infantil, Turismo sexual infantil, Prostitución infantil, Pornografía infantil).

El abuso sexual infantil sucede en la mayoría de los casos sin violencia física, pero sí emocional. Villanueva, (2005) afirma que “Se emplea la manipulación y el engaño, o la amenaza y el soborno. Los niños, sobre todo los más pequeños viven el abuso con sorpresa, como algo ocasional, no intencionado, casi accidental puesto que para ellos es impensable que ocurra otra cosa. Poco a poco, irán percibiendo el abuso como algo más intrusivo e intencional. Al principio es difícil que se den cuenta de lo que está ocurriendo, por lo que es muy difícil la revelación”.

2.2.1 Factores de riesgo de la violencia sexual. Según el ministerio de la Protección Social Colombia (2011) en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de

Violencia Sexual establece como factores los siguientes:

La prevención parte de la identificación del problema, en este caso la violencia sexual como situación que afecta todas las dimensiones del ser humano, por lo que a partir de la identificación de los riesgos y las vulnerabilidades se diseñarán e implementarán acciones para la prevención de este evento. Los siguientes factores de riesgo para la violencia sexual propuestos por el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud orientaran estas acciones:

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 LGBTI, entre otro grupos humanos vulnerables, como sujetos de derechos

Tabla 15

Mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual infantil y de adolescentes.

MITOS – FALSAS CREENCIAS	REALIDAD
Los agresores suelen ser personas desconocidas.	Importantes investigaciones coinciden en el hallazgo de que aproximadamente el 80% de los agresores sexuales son personas cercanas (familiares, amigos).
Los abusos sexuales suelen ser actos brutales con graves heridas físicas.	La mayoría de abusos sexuales son sutiles y no dejan mayores huellas físicas, además de desaparecer rápidamente.
Los abusos sexuales son incidentes aislados que ocurren en callejones oscuros	La verdad es que son más frecuentes de lo que se imagina y ocurren generalmente en los hogares o en sitios donde se cree que las personas están seguras (escuela y hogar)
Los niños y adolescentes varones son raramente abusados.	Las estadísticas muestran cómo los niños y los adolescentes hombres también sufren abusos sexuales, aunque en menor

Nota. La presente tabla muestra los mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual infantil y de adolescentes. Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual Ministerio de la Protección Social 2011.

Tabla 15 “Continuación”

MITOS – FALSAS CREENCIAS	REALIDAD
	proporción que las niñas y las adolescentes mujeres
Las niñas, los niños y adolescentes mienten acerca del abuso sexual	Es muy poco frecuente que un niño, niña o adolescente invente este tipo de relatos, por eso siempre se debe prestar atención a ellos-as y creerles.
Sólo se abusa de las-os adolescentes	Se abusa de niños y niñas de todas las edades
Las personas sobrevivientes de violencia sexual provocaron el evento y hubieran podido defenderse.	Ningún argumento justifica la violencia sexual en ninguna etapa del ciclo vital. Jamás un niño, niña, mujer, u otra persona provoca dicha situación; en el caso de los niños, niñas y adolescentes, por la etapa del ciclo vital que atraviesan están en estado de mayor indefensión que otras víctimas ante el poder, la autoridad, y la fuerza del agresor (p.196)

Familiares

- Familias en donde hay violencia crónica de diversos tipos hacia mujeres, niñas, niños y otras personas especialmente vulnerables.
- 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 género¹⁴¹ 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.

Trabajar sobre prejuicios y valores que perpetúan desequilibrios de poder entre

las personas y favorecen factores de riesgo, tales como “las mujeres son débiles” o “los niños y las niñas son objetos de los adultos”, deben ser contenidos transversales en las acciones de prevención. Propender por el armónico desarrollo social, académico y laboral de las mujeres resulta protector ante la violencia sexual para ellas y para sus hijas e hijos. (p80)

2.2.2 Formas de violencia sexual. Según Londoño (2001) a firma:

“Formas de violencia sexual; el incesto, la violación, el tocamiento o manoseo a un niño o niña con ropa o sin ella, alentar o permitir a un niño o una niña que toque de manera inapropiada a un adulto y el abuso sexual sin contacto físico: seducción verbal, solicitud in-decente, realizar actos sexuales en presencia de los niños o niñas, la masturbación, pornografía, exhibición de los genitales o gestos sexuales para obtener gratificación sexual, espiándolos mientras se visten, bañan o realizan sus necesidades de aseo.

El abuso sexual comprende la violación, el contacto genital, las caricias, obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, y la explotación sexual y comercial, en ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual.

Es necesario diferenciar entre la violencia sexual y los delitos sexuales. Estos últimos son conductas que han sido penalizadas por el ordenamiento jurídico. Se reconoce “la violencia sexual como el término más amplio y el abuso sexual como la manera específica a un tipo penal o delito definido según las características de la víctima y circunstancia de indefensión

A pesar de la existencia de una normatividad cada día más exigente y compleja respecto del abuso sexual infantil, esta conducta punible, sigue siendo una práctica frecuente entre las diversas formas de maltrato infantil que afectan a niños, niñas y adolescentes, y se da en cualquier clase social, religión o nivel socioeconómico, sobre todo en sectores con menores niveles educativos. Dejando consecuencias que comprometen el sano desarrollo emocional y psíquico del infante o adolescente, que van desde la pérdida de su autoestima, miedos, inadecuado rendimiento escolar, hasta consecuencias más graves como la drogadicción, situación de calle, explotación sexual comercial infantil y delincuencia, entre otras.

En la situación de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes el agresor puede tratarse de un adulto o de otro niño, niña o adolescente, colocando a la víctima en una posición de inferioridad, constituyéndose en un acto que va más allá de lo sexual, creando un acto de sometimiento de relaciones desiguales entre sexos, edades y generaciones. Por lo que el Estado y la comunidad en general deben promover mecanismos de prevención, reacción y atención.

Según Delgado, G., Figueroa, C. y Herrera, C (2012):

Particularmente el Abuso Sexual: Se define como "cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño" El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se podría expresar en tres tipos de categorías:

Incesto: si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto está cubriendo de manera estable el papel de los padres

Violación: Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.

Vejeción sexual: Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o para forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.

2.2.3 Consecuencias del abuso sexual. Según Pereda (2009) afirma:

Que existe diversidad de consecuencias psicológicas asociadas a la experiencia de abuso sexual infantil, impidiendo establecer un síndrome o un conjunto de síntomas característicos de este tipo de víctimas que facilite su detección.

El área de las relaciones interpersonales es una de las que suele quedar más afectada, tanto inicialmente como a largo plazo, en víctimas de abuso sexual infantil se destaca la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias, se observa también un desajuste en las relaciones de pareja, considerándolas como inestables y una evaluación negativa de las mismas, también aparecen dificultades en la crianza de los hijos, con estilos parentales más permisivos en víctimas de abuso sexual así como un más frecuente uso del castigo físico ante

conflictos con los hijos y una depreciación general del rol maternal a frecuente presencia de problemas de tipo sexual en víctimas de abuso sexual infantil, como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, el aumento de la “conducta sexualizadas” es uno de los efectos más típicos del abuso, siendo frecuente su manifestación en forma - de juegos sexuales con muñecos, introducción de objetos en la vagina o en el ano, masturbación excesiva, conducta seductoras y conductas o conocimientos sexuales impropios de la edad.

Asociado a esto, se identifican conductas de riesgo sexual (como el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, un mayor número de parejas y una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de VIH). Derivados de estos problemas de tipo sexual y, particularmente de las conductas sexuales promiscuas y del precoz inicio a la sexualidad que presentan estas víctimas, destaca también la prostitución y la maternidad temprana.

Existe también una serie de conductas disruptivas, delincuencia y mayor sintomatología disociativa, predisposición a padecer un trastorno límite de personalidad, trastornos de alimentación, concretamente bulimia y problemas de tipo afectivo sexual, existen problemáticas derivadas de la drogodependencia causada por el A.S.I como lo es la delincuencia, afectando la población en general. Una de las consecuencias más comunes es la drogadicción.

Cortes, Cantón y Cantón (2011) establecen “El abuso sexual infantil supone consecuencias a largo plazo en la víctima como depresión, ansiedad, baja autoestima, ideas de suicidio, Trastorno de Estrés Postraumático (T.E.P) problemas de relaciones interpersonales, vulnerabilidad a una nueva victimización, consumo de drogas y alcohol, desarrollo de trastornos ginecológicos gastrointestinales y coronarios”. pp. 157-165.

2.2.4 Tipos de tratamiento e intervención en abuso sexual. Existen varias teorías psicológicas explicativas del abuso sexual por ejemplo la teoría psicoanalítica o psicoanálisis entre las teorías psicológicas. Freud (1968) a firma:

Que seducción y abuso por parte de algún adulto sobre el niño indefenso. En ese momento de su elaboración, cree en la realidad material de esos sucesos, y no en la importancia decisiva que dará luego a la realidad psíquica. Estas concepciones acerca del síntoma histérico se irán modificando hasta llegar a un artículo clave como el de “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad de 1908, texto de muy pocas

páginas pero realmente revelador. Allí sostiene que todo síntoma (aunque aquí se refiera principalmente al caso de la histeria) está sostenido y fundado por una fantasía inconsciente: “El interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse a las fantasías de las cuales proceden.” p. 143

Según Bowlby (1991) existen otras teorías “El apego que parten de la propensión de los seres humanos a formar fuertes lazos afectivos con personas determinadas, esto ocurre mediante el proceso de aprendizaje a través de experiencias previas en donde el niño va generando imagen, concepto de las destrezas sociales aprendidas”.

Bowlby (1991) define el apego como “Un sistema de control, un mecanismo que adapta la conducta a la consecución de fines determinados por las necesidades del momento”. Así el deseo del niño de proximidad o contacto con la figura de apego no es constante, sino que depende de factores endógenos y exógenos (miedo del niño, o situaciones potencialmente peligrosas). Si el niño se siente amenazado, buscará la seguridad que le brinda la proximidad de su figura de apego; si no, se dedicará a explorar el ambiente.

2.3 Marco legal.

El abordaje de la violencia contra los niños, implica la comprensión del fenómeno a partir de la concepción de los niños, niñas y adolescentes como sujetos derechos y las situaciones de violencia que los afectan y vulneran, convirtiéndolos en víctimas con consecuencias para su desarrollo y bienestar general.

La lectura de cualquier situación, condición que afecte o incida en la vida de los niños, niñas y adolescentes, alude a las disposiciones de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, de la Constitución Nacional de 1991 y todo el desarrollo legislativo en pro de su protección integral

La concepción de Colombia con un Estado social de derecho, implica entre otros,

la responsabilidad de la familia, sociedad y el Estado de generar las condiciones necesarias para garantizar el pleno ejercicio de derecho de todos los ciudadanos, consagrando constitucionalmente el interés superior del niño y la prevalencia de sus derechos sobre los demás.

Disposiciones que sirven de marco para el análisis de la situación de los niños, niñas y adolescentes en relación con los hechos de violencia que los afectan y comprende situaciones difíciles y de vulneración de derechos. La situación de los niños, se hace desde un mirada del desarrollo evolutivo que contempla la importancia que adquiere el paso por los distintos ciclos vitales del individuo que pone a los niños, niñas y adolescentes en una condición especial y exige ciertas características del contexto, los escenarios, los cuidados y cuidadores para promover y apoyar su desarrollo armónico e integral.

Según Ordóñez (2013) afirma:

El abuso sexual infantil es una de las formas más graves de violencia contra la infancia y conlleva efectos devastadores en la vida de los niños, las niñas y adolescentes que lo sufren. Sin embargo, estas prácticas, que se han presentado siempre en la historia de la humanidad, sólo han empezado a considerarse como un problema que transgrede las normas sociales cuando se ha reconocido su impacto y las consecuencias negativas que tienen en la vida y el desarrollo de los niños o niñas víctimas y a partir de reconocerse al niño como sujeto de derechos.

La complejidad que recae sobre el tema de la salud sexual y reproductiva ha sido punto de discusión en el país desde hace más de 10 años y conlleva grandes implicaciones en el desarrollo y en la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes, de sus familias y de las sociedades, por lo tanto "se ha considerado una necesidad social y de salud pública que requiere ser intervenida, pues además evita riesgos en el plano biológico, la salud sexual y reproductiva, fomenta la prevención de situaciones de vulnerabilidad para los niños, las niñas, los adolescentes, los jóvenes y las familias colombianas" .

Con el trascurso del tiempo se han constituido normas que regulan el tratamiento para el mejoramiento de la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes, brindándoles un reconocimiento como sujetos de especial protección, ya desde la Constitución Política de

1991 se ha venido haciendo hincapié en el desarrollo de un acápite especial dedicado a la protección y cuidado de los niños, niñas y adolescentes. Es así como en su artículo 44 consagra lo siguiente:

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.”

Siendo la constitución el pilar de un sin número de doctrinas y normas que regulan lo referente a la garantía y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, estructurándose en especial la ley 1098 de 2006 en sus artículos 18, 19, 39, 41, 46 y 59 consagran:

“Artículo 18, Derecho a la integridad personal: Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por sus padres, sus representantes legales, las personas responsables de su cuidado y los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.

Para los efectos de este código, se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación, incluidos los actos sexuales abusivos y el abuso sexual y en general, toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por sus padres, representantes legales o cualquier otra persona. “

“Artículo 19, Derechos de protección. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: - La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de los niños, niñas y adolescentes. - Las peores formas de trabajo infantil, de conformidad con el Convenio 182 de la OIT. ”

“Artículo 39, Obligaciones de la familia: -Protegerlos contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal. -Abstenerse de realizar todo acto y conducta que implique maltrato físico, sexual o psicológico, y asistir a los centros de orientación y tratamiento cuando se requiera. -Abstenerse de exponer a los niños, niñas y adolescentes a situaciones de explotación económica. ”

“Artículo 41, Obligaciones del estado: -Asegurar la protección y el efectivo restablecimiento de los derechos que han sido vulnerados. -Investigar y sancionar severamente los delitos en los cuales los niños, las niñas y las adolescentes son víctimas, y garantizar la reparación del daño y el restablecimiento de sus derechos vulnerados. -Prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos. ”

“Artículo 46, Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud:

Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la

explotación y la violencia sexual en niños, niña y adolescente, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima.”

“Artículo 59, Vinculación a programas de atención especializada para el restablecimiento de derechos vulnerados: Cuando un niño, una niña o un adolescente sea víctima de cualquier acto que vulnere sus derechos de protección, de su integridad personal, o sea víctima de un delito, o cuando se trate de una adolescente o mujer mayor de 18 años embarazada, deberán vincularse a un programa de atención especializada que asegure el restablecimiento de sus derechos”.

Colombia ha realizado convenios internacionales para regular esta materia, considerando todo tipo de violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes como un problema social que tiene consecuencias en su vida y en todos espacios en los que la víctima se desarrolla. De ahí que los ámbitos para la intervención en la protección contra este tipo de violencia incluyan, la familia, su entorno social, ámbito educativo, el ámbito legislativo y de políticas públicas.

La Corte Constitucional hace relevancia de la sentencia T-843/11 “En concordancia con los artículos 19-1, 34, 35 y 36 de la Convención sobre los Derechos del Niño, es posible afirmar la existencia en nuestro ordenamiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a no ser objeto de ninguna forma de violencia, especialmente de violencia sexual. El reconocimiento de este derecho se fundamenta además en la importancia que un entorno de crianza respetuoso y exento de violencia tiene para la realización de la personalidad de los niños y para el fomento de ciudadanos sociales y responsables que participen activamente en la comunidad local y en la sociedad en general”.

La Convención de los Derechos del Niño en su artículo 19 estipula:

“Artículo 19: Los estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. ”

En busca de hallar una solución para la violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes, las entidades estatales Colombianas se comprometen con la Convención sobre los Derechos del Niño y la Declaración de Río de Janeiro y el Llamado a la Acción para Prevenir y Eliminar la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes, a trabajar para prevenir y responder a la violencia sexual incorporando a diferentes sectores de los gobiernos que hacen parte de estas organizaciones ratificándolas dentro de su ordenamiento jurídico buscado el fortalecimiento de los sistemas de protección de la infancia a nivel nacional y local, incluyendo políticas, reglamentos y la prestación de servicios integrales a los niños que son víctimas de estos hechos. Con la ratificación de la Convención sobre los derechos del niño, los Estados tienen la responsabilidad de adoptar medidas apropiadas y eficaces, legislativas y políticas, para prohibir y erradicar la violencia contra la infancia, incluyendo el abuso y la explotación sexual infantil.

Las normas internacionales destinadas a la lucha por la erradicación del abuso y la explotación sexual infantil en sus diferentes manifestaciones prescriben una intervención de los poderes y administraciones públicas basada en la prevención, persecución de los delitos y protección de las víctimas. El primer y fundamental paso para su efectividad es reconocer su existencia y romper el silencio en torno a él.

Los acuerdos internacionales relacionados con el abuso y la explotación sexual de la infancia también señalan que, en el contexto del interés superior del niño, la intervención ante el abuso y explotación sexual infantil debe incluir entre otras medidas:

- Atención a las necesidades de las víctimas de la trata de personas y la utilización de niños en la pornografía, incluidas su seguridad y protección, su recuperación física y psicológica, y su plena reintegración en su familia y en la sociedad, teniendo presente el interés superior del niño.

- Lucha contra la demanda que fomente este tipo de delitos contra los niños y las niñas y los factores que dan lugar a ella.

- Las medidas necesarias para erradicar el abuso y la explotación desde un enfoque Integral que tenga en cuenta todas las causas profundas que subyacen a su aparición.

Los actos que atentan contra la integridad de los niños, niñas y adolescentes cohiben la expresión libre de su personalidad, sus actos se limitan al entorno social en el que se encuentran por el hecho de no querer ser juzgados, por tal razón las consecuencias generadas son más perjudiciales por no tener una ayuda indicada, integral que evite que sus vidas se resuman en un caos de dolor e impotencia. La violencia sexual no discrimina entre los derechos a la libertad y formación sexual como lo es la integridad física. La violencia sexual limita las posibilidades de los niños, niñas y adolescentes de auto determinarse sexualmente, es decir, de decidir sobre su comportamiento y su propio cuerpo en materia sexual, con repercusiones incluso hacia el futuro.

Según la sentencia C-285 de 1997, el tránsito hacia la consagración de la libertad sexual como bien jurídico tutelado parte del reconocimiento del carácter pluralista de la sociedad y de la imposibilidad de imponer una concepción específica de la moral y la sexualidad. La

Corte expresó:

“En relación con el bien jurídico protegido en los ‘delitos sexuales’ la legislación ha tenido significativas variaciones: inicialmente, la protección se refirió a la honestidad, lo cual llevó a considerar que quienes tenían una conducta social que no se ajustaba a los cánones socialmente mayoritarios, no eran objeto de dicha protección. En última instancia lo que se perseguía con las prohibiciones era imponer una determinada moral sexual; más recientemente, se viene considerado que el bien jurídico protegido es la libertad sexual, criterio que parte del reconocimiento del carácter pluralista de la sociedad, en virtud del cual no resulta legítimo imponer una concepción específica de la moral, siendo deber del Estado sancionar las conductas que imposibiliten el libre ejercicio de la sexualidad, entendida ésta de manera positiva, como el ejercicio de las potencialidades sexuales, y, en sentido negativo, como la prohibición para involucrar en un trato sexual a otro, sin su consentimiento (...)

En la legislación Colombiana el legislador se encargó de generar una protección especial a los niños, niñas y adolescentes siendo ellos una generación en la que constantes vulneraciones a sus derechos fundamentales, teniendo para ellos procedimientos especiales donde en busca de la verdad no se re victimice a los menores durante el proceso. Según el artículo 206^a reza que la entrevista forense a niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos tipificados en el Título IV del Código Penal, al igual que en los artículos 138, 139, 141, 188a, 188c, 188d, relacionados con violencia sexual, sin perjuicio del procedimiento establecido en los artículos 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199 y 200 de la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, cuando la víctima dentro de un proceso por los delitos tipificados en el Título IV del Código Penal, al igual que en los artículos 138, 139, 141, 188a, 188c, 188d, del mismo Código sea una persona menor de edad, se llevará a cabo una entrevista grabada o fijada por cualquier medio audiovisual o técnico en los términos del numeral 1º del artículo 146 de la Ley 906 de 2004, para cuyos casos se seguirá el siguiente procedimiento:

(...) La entrevista forense de niños, niñas o adolescentes víctimas de violencia sexual

será realizada por personal del Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía General de la Nación, entrenado en entrevista forense en niños, niñas y adolescentes, previa revisión del cuestionario por parte del Defensor de Familia, sin perjuicio de su presencia en la diligencia.

Es necesario entonces recordar que el artículo 206 de la Ley 906 de 2004 hace referencia a la entrevista que puede realizar la policía judicial cuando considere fundadamente que una persona fue víctima o testigo presencial de un delito o tenga información útil para la investigación que se adelante, y si fuera del caso le dará la protección necesaria. Dicha entrevista debe efectuarse observando las reglas técnicas pertinentes y empleando los medios idóneos para registrar los resultados del acto investigativo, debiendo el investigador al menos dejar constancia de sus observaciones en el cuaderno de notas.

En concordancia con lo anterior, el artículo 206A de la Ley 906 de 2004 adicionado por el artículo 2º de la Ley 1652 de 2013 también aquí analizado, establece lo relacionado con la entrevista forense a niños, niñas y adolescentes víctimas de las siguientes conductas:

(i) Las tipificadas en el Título IV del Código Penal (delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales): acceso carnal violento (art. 205), acto sexual violento (art. 206), acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (art. 207), acceso carnal abusivo con menor de catorce años (art. 208), actos sexuales con menor de catorce años (art. 209), acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir (art. 210), acoso sexual (art. 210A), inducción a la prostitución (art. 213), proxenetismo con menor de edad (art. 213A), constreñimiento a la prostitución (art. 214), estímulo a la prostitución de menores (art. 217), demanda de explotación sexual comercial de persona menor de 18 años de edad (art. 217A), pornografía con personas menores de 18 años (art. 218), turismo sexual (art. 219), utilización o facilitación de medios de comunicación para ofrecer actividades

sexuales con personas menores de 18 años (art. 219A).

(ii) Los relacionados con violencia sexual contenidos en el mismo Código: acceso carnal violento en persona protegida (art. 138), actos sexuales violentos en persona protegida (art. 139), prostitución forzada o esclavitud sexual (art. 141), trata de personas (art. 188A), tráfico de niñas, niños y adolescentes (art. 188C), uso de menores de edad la comisión de delitos (art. 188D).

Las cifras de violencia sexual y la situación de esta en el marco de la realidad Colombiana nos muestran sólo una parte de la altísima vulneración a los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes, que son víctimas cotidianas de las violencias sexuales en el marco de relaciones familiares, sociales, comerciales, de delincuencia común y en el marco del conflicto armado. Sólo un pequeño porcentaje de las víctimas acceden a los servicios de salud buscando atención médica específica por causa de la violencia sexual.

El abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes son los tipos más frecuentes de la violencia sexual. Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes y cada persona y grupo familiar la experimentan de forma distinta. Por ello, dar respuesta a las necesidades especiales de las víctimas de violencia requiere conocimiento, preparación y una adecuada disposición personal para minimizar las posibles victimizaciones secundarias surgidas de los procesos de intervención. Por ello, la Atención en Salud para personas que han sido víctimas de violencia sexual es generalmente una de las experiencias más retadoras para el personal de salud, debido a que no solo requiere de éste conocimientos técnicos específicos en el abordaje clínico del caso, sino también del despliegue de habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario, consejería y sobre todo ética, sensibilidad y solidaridad.

La atención integral a una víctima de violencia sexual necesita de trabajo sectorial e intersectorial estructurado, en el que los sectores de salud, protección y justicia tienen competencias complementarias. Actuando de una manera articulada se busca garantizar que la persona víctima de violencia sexual reciba una atención de calidad que le permita restaurar su autonomía y dignidad y que le ayude en su recuperación física y emocional; y desde los otros sectores a que cuente con las garantías de protección y no repetición del hecho violento.

La Ley 1146 del 2007 “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”. Según el modelo de intervención integral en casos de abuso sexual del departamento de Antioquia (2011), La presente ley tiene:

Por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, creando el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, adscrito al Ministerio de las Protección Social, mecanismo que propende por la protección y atención integral de los niños, niñas y adolescentes, disponiendo que la atención en salud del abuso sexual es una urgencia médica y que las víctimas deben ser atendidas independiente de su situación de aseguramiento en salud.

Con respecto a la alteración de la integridad física, se especifica la atención de urgencia que debe ser brindada mediante el acto médico, lo que conlleva la anamnesis, la evaluación física, los exámenes de laboratorio necesarios, el tratamiento de las lesiones sufridas y las posibles enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso. En términos generales esta atención cubre todas las actividades, procedimientos e

intervenciones necesarias para la atención de urgencias del paciente, tanto para los afiliados al régimen contributivo como al régimen subsidiado. De igual manera expresa la obligación que tiene la institución que atiende el caso de recoger de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la cadena de custodia y enviarlas a los organismos competentes.

En relación con la alteración de la integridad mental es importante considerar el carácter de la urgencia en salud mental en casos de abuso sexual, tanto por el intenso estrés y el sufrimiento emocional producido, que puede incluso ser el inicio de una disfunción sostenida, como por la frecuente asociación que se ha documentado entre este tipo de eventos traumáticos y la presencia de ideación y conductas suicidas.

Lo anterior amerita la realización de intervenciones terapéuticas oportunas para prevenir en las víctimas consecuencias críticas permanentes o futuras, acorde a lo establecido en la normatividad vigente que contempla la evaluación psicológica para detectar y diagnosticar riesgos vitales en las víctimas, relacionados con autoagresión, hetero-agresión o re-victimización.

En relación con la atención de la urgencia queda claro que los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual deben ser atendidos obligatoriamente, siendo responsables de esta atención las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, en el caso que estén afiliados. Si se trata de pacientes no afiliados al SGSSS, serán atendidos de igual manera con cargo a los subsidios a la oferta por los entes territoriales respectivos, acorde al nivel de la atención brindada.

Una vez se hace el abordaje de la atención de la urgencia prosigue la atención en crisis que tiene una duración de treinta días y puede incluir consultas por psiquiatría y/o psicología,

según el criterio del o de la profesional tratante, recomendándose dos sesiones semanales para lograr un total de ocho sesiones en el primer mes de tratamiento, las cuales están incluidas en los planes de beneficios para los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, tanto del contributivo como del subsidiado.

En esta fase de tratamiento también puede ser necesaria la intervención por trabajo social, la cual se realiza mediante el esquema de terapia de familia, estando incluida dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), para lo que se recomiendan sesiones de una hora, con un máximo de tres sesiones en los primeros treinta días de la intervención en crisis. Posterior a este primer momento se debe desarrollar una fase terapéutica de continuación bajo el esquema de terapia grupal, actividad que hace parte de los planes de beneficios contributivo y subsidiado para los menores de 18 años y donde puede intervenir psiquiatría o psicología, bien sea en simultaneidad o en alternancia y en interacción con el grupo familiar o con el grupo de personas con significación afectiva o de apoyo para la víctima.

Las terapias grupales se recomiendan en sesiones semanales y en un número de doce, no teniendo límite en cuanto a la cantidad de sesiones dentro del POS o POSS y con la ventaja de incluir al núcleo familiar dentro del abordaje terapéutico. Las terapias grupales por psiquiatría y/o psicología deben ser complementadas con terapias de familia por trabajo social y sesiones socioeducativas, las cuales también hacen parte de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para los menores de 18 años, con ellas se interviene de manera integral la afectación vivida. Una vez se logran los objetivos terapéuticos propuestos se procede al cierre del tratamiento, mediante una consulta final por psiquiatría y/o psicología, actividades incluidas en el POS y el POSS, en donde es importante

la asesoría que se brinda al grupo familiar y en donde se hace la planificación del seguimiento con la adecuada referencia a otras disciplinas con actividades, procedimientos e intervenciones grupales o consultas especializadas.

Las EPS, IPS, EPSS u otros prestadores del servicio que no cumplan de manera inmediata con lo ordenado serán objeto de sanción por parte de la Superintendencia de Salud.

Resolución 0459 de 2012. “Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual” Por medio de la Resolución 459 de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social, adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual, con el objetivo de brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con criterios básicos y fundamentales para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas. Se deja explícitamente claro, que su cumplimiento es obligatorio para Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Se pretende que los diferentes actores del sistema de salud, cuenten con un protocolo que garantice la atención oportuna, integral y de calidad para víctimas de violencia sexual.

La ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Según el Boletín de Prensa No 016 de 2013 del ministerio de salud y protección social (2013), la presente ley:

La garantía en el derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el objetivo que promulga la Ley de Salud Mental 1616 de 2013, estableciendo retos como la cualificación del talento humano,

el ajuste a los sistemas de información, la integración con otros sectores, la creación de equipos interdisciplinarios en los territorios.

El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Entre otros aspectos se destacan:

La adecuación de los servicios en el marco del Plan Obligatorio de Salud (POS).

- El enfoque preferencial a niños, niñas y adolescentes.
- La implementación de acciones integrales para prevenir conductas como el acoso escolar, el estigma y la discriminación, violencias, y la conducta suicida.
- El fortalecimiento de la salud mental comunitaria, involucrando de manera activa a los pacientes, cuidadores, familias y sus organizaciones, y a la misma academia, en las diferentes modalidades de atención en salud mental.
- La creación de un instancia especializada a nivel nacional denominada Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por el Ministro de Salud y Protección Social o viceministro delegado, el Defensor del Pueblo, el Director de Promoción y Prevención, un representante por cada uno de los colegios o asociaciones

profesionales que determina la Ley, dos representantes de los prestadores de servicios de salud, dos representantes de las asociaciones de pacientes, un representante de las facultades de ciencias de la salud, uno de las ciencias sociales y un representante de organizaciones sociales y comunitarias.

Lo anterior con la finalidad de atender la carga oculta de pacientes con problemas o trastornos de salud mental. La atención de pacientes con trastornos en salud mental oscila entre el 5 y 15 por ciento según diagnósticos desarrollados por las entidades prestadoras de servicios

Capítulo 3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo jurídico, se desarrolla en el marco de la revisión rigurosa, profunda y analítica de las fuentes formales del derecho constitucional, los referentes internacionales en materia de derechos de los niños, niñas y adolescentes a la reparación integral, la jurisprudencia de las altas Cortes, los mandatos de la Constitución Política de 1991, y la legislación interna en la materia, los cuales ayudaran a comprender y profundizar en el fenómeno jurídico de la la violencia sexual de los niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Ocaña, su afectación a las víctimas y su posterior reconocimiento de derechos fundamentales, e inclusión en proceso de reparación integral.

En este proyecto utiliza el tipo descriptivo, definida por Méndez (2001) como “El estudio del segundo nivel de conocimiento que identifica las características del universo de investigación, señala formas de conducta, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba asociación entre variables” (p.137).

Teniendo como base este concepto:

- Se identifican las las principales características, variables teóricas, argumentativas y metodológicas, desde la observación rigurosa de los diferentes aspectos que componen la realidad social y jurídica de los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual.

- Define claramente que va a medir y como va a lograr la precisión en esa medición.

- Determina y relaciona los hechos o variables que componen la violencia sexual de los niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Ocaña.

- Permite la aplicación de técnicas específicas de recolección de información como observación, cuestionarios, entrevistas, informes y documentos ya elaborados en otras

investigaciones para la medición del problema de investigación.

- El problema de investigación y los hechos relacionados abarcan comportamientos sociales, actitudes, formas de pensar, creencias y formas de actuar de un grupo.

3.2. Población

Se trabajará con una población estratégica como fuente directa y primaria de información como lo son la Fiscalía General de la Nación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el municipio de Ocaña; es decir, aquellos casos donde las víctimas de violencia sexual son los niños, niñas y adolescentes, durante el periodo de los años 2010-2015. Entidades que ejecutan programas encaminados al control, prevención y reparación integral de las víctimas de este fenómeno social.

3.3 Instrumentos

Para la ejecución de este proyecto se utilizarán técnicas como: Recolección de datos estadísticos (información que reposa en la Fiscalía General de la Nación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el municipio de Ocaña), los cuales contienen información referente a aspectos sicosociales de cada individuo, tipos de delitos y medidas realizadas para el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Capítulo 4. Resultados

La presente investigación es de tipo jurídico, se desarrolla en el marco de la revisión, profunda y analítica de los referentes internacionales en materia de derechos de los niños, niñas y adolescentes a la reparación integral, los mandatos de la Constitución Política de 1991, la jurisprudencia de las altas Cortes y la legislación interna, material que sirve de derrotero para estructurar la presente investigación, los cuales ayudaran a comprender el fenómeno jurídico de la la violencia sexual de los niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Ocaña, su afectación a las víctimas y su posterior reconocimiento de derechos fundamentales, e inclusión en proceso de reparación integral.

4.1 Aplicación de la normatividad vigente que regula la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro del margen de la violencia sexual, así como las que determinan el proceso psicológico como parte de la reparación integral

Para dar cumplimiento a este objetivo se realizó el estudio y recopilación de variadas fuentes: convenios internacionales, constitución política de Colombia 1991, leyes, estatutos, códigos, sentencias y artículos jurídicos, que permiten el enriquecimiento y la profundización de la información ya existente, respecto a la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro del margen de la violencia sexual, incluyendo el proceso psicológico como parte de la reparación integral.

4.1.1 Recopilación de la normatividad vigente que regula esta materia a fin de analizar su aplicación. Esta recopilación se realiza con base en las principales fuentes normativas que contemplan como su principal objetivo la protección y garantía de los

derechos de los niños, niñas y adolescentes, con el fin de tener una visión más amplia respecto a su aplicación.

4.1.1.1 Normas internacionales.

Convención de los derechos del niño: Obligación de incorporar la perspectiva de derechos en las políticas públicas concernientes a niños, niñas y adolescentes. En su artículo 19, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1889, se impone a los Estados partes la obligación de adoptar medidas administrativas, legislativas, educativas y sociales a fin de proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de violencia y abuso.

Ley 765 de 2002 por medio del cual se aprueba el protocolo facultativo relativo a la venta de niños y niñas, la prostitución infantil y la utilización de los niños y niñas en la pornografía. Los Estados partes que reconocen la convención sobre los Derechos del Niño de 1989, se comprometen a proteger a los menores de edad contra toda forma de explotación y abuso sexual y a prohibir la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. El Protocolo Facultativo sobre la venta de niños y niñas, la prostitución infantil y el uso de niños y niñas en la pornografía define la explotación sexual como una de las peores formas de trabajo infantil.

Protocolo facultativo relativo a la participación de los niños y niñas en los conflictos armados. Los principios y estipulaciones fundamentales para proteger a los niños y niñas en conflictos armados se expusieron en los Convenios de Ginebra (1949) y sus Protocolos Facultativos (1977), en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, en su Protocolo Facultativo sobre la participación de los niños en conflictos armados (2000), y en el Estatuto de Roma (1998) de la Corte Internacional de Justicia

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales: Adopción de medidas especiales de protección y asistencias en favor de todos los NNA sin discriminación alguna. En su artículo 4 consagra que los Estados partes deben adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. Igualmente en el Artículo 2 estipula que los Estados partes respetarán los derechos enunciados en la presente convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política, etc. y que los mismos tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

4.1.1.2 Normas nacionales.

Constitución Política de 1991. En su Artículo 18. Derecho a la integridad personal: Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por sus padres, sus representantes legales, las personas responsables de su cuidado y los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario

Artículo 19. “Derechos de protección. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra

la libertad, integridad y formación sexuales de los niños, niñas y adolescentes. - Las peores formas de trabajo infantil, de conformidad con el Convenio 182 de la OIT.”

Artículo 39 “Obligaciones de la familia: -Protegerlos contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal. -Abstenerse de realizar todo acto y conducta que implique maltrato físico, sexual o psicológico, y asistir a los centros de orientación y tratamiento cuando se requiera. -Abstenerse de exponer a los niños, niñas y adolescentes a situaciones de explotación económica.”

Artículo 41. “Obligaciones del estado: -Asegurar la protección y el efectivo restablecimiento de los derechos que han sido vulnerados. -Investigar y sancionar severamente los delitos en los cuales los niños, las niñas y las adolescentes son víctimas, y garantizar la reparación del daño y el restablecimiento de sus derechos vulnerados. -Prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos.”

Artículo 44. “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los

niños y niñas prevalecen sobre los derechos de los demás”.

Artículo 46. “Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud: Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima.”

Ley 1098 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia. Reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos bajo la doctrina de la protección integral, lo cual los hace merecedores de un trato igualitario y digno; desarrolla principios, como el interés superior del niño y la corresponsabilidad.

Reitera la obligación de la familia y el Estado en la protección y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Prevé en su artículo 198 que el gobierno nacional, departamental, distrital, y municipal, bajo la supervisión de la entidad rectora del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, diseñará y ejecutará programas de atención especializada para los niños, las niñas y los adolescentes víctimas de delitos, que respondan a la protección integral, al tipo de delito, a su interés superior y a la prevalencia de sus derechos.

Código Penal Colombiano. Regula los delitos contra la libertad, la integridad y formación sexuales. Consagra las penas en que incurrirán quienes cometan conductas punibles.

Artículo 207. Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir. El que realice acceso carnal con persona a la cual Ley 1236 de 2008 2/6 haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica

que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Artículo 208. Acceso Carnal Abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Artículo 210. Acceso Carnal o Acto Sexual Abusivos con Incapaz de Resistir. El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Ley 679 de 2001. Por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución

Ley 1146 de 2007. Tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y la atención integral de las víctimas. En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados.

Ley 1336 de 2009. Por medio de la cual se adiciona y robustece la ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.

Sentencia C-285 de 1997. Bogotá, D.C., cinco (5) de junio de mil novecientos noventa y siete (1997) Magistrado Ponente CARLOS GAVIRIA DIAZ. "Es deber del Estado sancionar las conductas que imposibiliten el libre ejercicio de la sexualidad, entendida

ésta de manera positiva, como el ejercicio de las potencialidades sexuales, y, en sentido negativo, como la prohibición para involucrar en un trato sexual a otro, sin su consentimiento”

Sentencia T-843/11. Bogotá D.C., ocho (8) de noviembre de dos mil once (2011). Magistrado ponente JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB. “Es posible afirmar la existencia en nuestro ordenamiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a no ser objeto de ninguna forma de violencia, especialmente de violencia sexual. El reconocimiento de este derecho se fundamenta además en la importancia que un entorno de crianza respetuoso y exento de violencia tiene para la realización de la personalidad de los niños y para el fomento de ciudadanos sociales y responsables que participen activamente en la comunidad local y en la sociedad en general”

CONPES 3673 de 2010 - CONPES 147 DE 2012. Tiene como propósito ser una política de Estado e invitar a diferentes niveles de gobierno, las familias, la sociedad en general y la comunidad internacional a unir esfuerzos para la disminución y desaparición del fenómeno, que vulnera y viola los derechos de esta población. La política parte de una hipótesis de trabajo fundamental: a mayor garantía, goce efectivo de derechos y entornos protectores, menor será el riesgo de reclutamiento y utilización de NNA. Así mismo, es observante de los compromisos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos. Su enfoque central es el de la protección integral, bajo los principios de interés superior del niño, prevalencia e interdependencia de sus derechos, perspectiva de género y étnica, participación, diversidades y ciclos de vida

Resolución 0459 de 2012. “Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual” Por medio de la Resolución 459 de 2012 el Ministerio de Salud y

Protección Social, adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual, con el objetivo de brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con criterios básicos y fundamentales para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas. Se deja explícitamente claro, que su cumplimiento es obligatorio para Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Se pretende que los diferentes actores del sistema de salud, cuenten con un protocolo que garantice la atención oportuna, integral y de calidad para víctimas de violencia sexual.

La ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". La presente ley garantiza en el derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo retos como la cualificación del talento humano, el ajuste a los sistemas de información, la integración con otros sectores, la creación de equipos interdisciplinarios..

El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base

en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

4.2 Verificar si las entidades gubernamentales encargadas de brindar el tratamiento psicológico como parte de la atención integral en los niños, niñas y adolescente víctimas de violencia sexual, está cumpliendo con lo establecido en la normatividad vigente.

Para el cumplimiento de este objetivo, acudimos a las diferentes instituciones encargadas de la atención y manejo de los casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Ocaña N.S., con el fin de conocer cuáles son sus actuaciones, cuando se presentan esta clase de hechos, para de esta manera determinar la oportuna atención brindada por las entidades estatales encargadas de la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como verificar si sus actuaciones cumplen con lo establecido en la norma, además establecer si el personal encargado de la atención a esta clase de personas, es idóneo para brindar la atención requerida en estos casos.

En primer lugar se pudo establecer que en la mayoría de los casos, las víctimas de violencia sexual (niños, niñas y adolescentes), se les brinda la atención primaria en el Hospital Emiro Quintero Cañizares, ya que es el lugar a donde van las personas para la atención médica o también es el lugar a donde inicialmente son remitidos los pacientes por las demás instituciones estatales que conocen de estos casos. En lo referente a la parte jurídica la recepción de la noticia criminal, como la entrevista con el menor y/o su acompañante se realiza bajo los parámetros establecidos por la norma propendiendo por la garantía y protección de sus derechos y evitando la re-victimización.

Es de anotar que el hospital de la localidad y el Instituto Colombiano de Bienestar

Familiar, juegan un papel muy importante en la prestación del servicio de salud y en todo el proceso de restablecimiento de los derechos de los NNA, víctimas de violencia sexual, ya que esta protección depende de la exitosa recuperación psicológica de los niños, niñas y adolescentes.

4.2.1 Recepción, atención y manejo de los casos. La Fiscalía General de la Nación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, son las entidades estatales encargadas de brindar atención, apoyo y ejecución de medidas para el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Ocaña N.S., quienes brindar apoyo y acompañamiento, desde la recepción de la noticia criminal, hasta la primera intervención para estabilizar a la víctima y su acompañante. Las funcionarias Karina Claro defensora de familia del ICBF y Ana Elvira Quintero funcionaria del CTI, las dos funcionarias integrantes del CAIVAS, nos suministraron información y realizaron la inducción sobre la manera como se realiza cada proceso.

En ocasión a que en la ciudad no existía una unidad que se encargara de los delitos sexuales y atendiendo a la necesidad de generar espacios de protección, como lo establece la norma, en el año 2013 se crea la unidades de delitos sexuales CAIVAS, suscribiéndose convenios interadministrativos, con la finalidad de definir obligaciones con cada una de las entidades que se debían vincular por sus funciones a estos mismos, por lo tanto la fiscalía disponía de las instalaciones o espacios físicos para su funcionamiento, y el personal encargado de adelantar las investigaciones por delitos sexuales, (fiscal Caivas equipo de trabajo, personal de CTI), la policía judicial con la vinculación de personal de la institución que actúan como investigadores judiciales en estos procesos y el ICBF, que tenía la función

de vincular a un equipo interdisciplinario completo conformado por defensor de familia, psicólogo, trabajador social y nutricionista, encargado de llevar los procesos administrativos de restablecimiento de derechos de menores de edad, así mismo esta entidad tenía la función en cuanto a infraestructura de la instalación de Cámara de GESSEL, esta cámara consta de dos salas: una para los investigadores y otra para los entrevistados. Cada una se encuentra dotada con mobiliario y equipos de alta tecnología para la realización y grabación de entrevistas, procedimiento que se constituye en el único testimonio durante el proceso de investigación para evitar que el niño, niña o adolescente sea re-victimizado.

En el presente año 2018, el equipo interdisciplinario del ICBF, no está ejerciendo sus funciones en las instalaciones de la fiscalía, este equipo funcionó de esa forma hasta el mes de Noviembre del año 2017, por lo tanto actualmente atienden los casos desde las instalaciones del centro zonal Ocaña del ICBF, a través de los funcionarios que se encuentren de turno a la recepción de los casos (Ibeth Karina Claro Sabbagh, Laura Consuelo Otero Motta y Roger Alexis Sánchez Jácome.). Igualmente, los psicólogos, trabajadores sociales y nutricionista de turno del equipo psicosocial de cada defensor de familia.

En el CAIVAS, se recepciona la denuncia a toda persona que presente un caso de violencia sexual, se realiza la entrevista forense al menor solo de carácter investigativo, la cual es realizada por el investigador capacitado o el psicólogo investigador.

Como también se solicita valoración médico-legal y se pone en conocimiento el caso de ICBF, para valoración psicológica y el restablecimiento de derechos

En CAIVAS el ICBF es el encargado de adelantar procesos de restablecimiento de derechos y de ofrecer asistencia legal, psicosocial y seguimiento psicológico a los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, a través de equipos de profesionales,

integrados por trabajadores sociales, psicólogos y defensores de familia.

De esta forma una vez se reporta un caso de violencia sexual, se realizan por parte del equipo psicosocial las valoraciones iniciales que son entrevistas con el niño, niña o adolescente y sus padres, y de acuerdo a las recomendaciones de los profesionales en mención, se da inicio a un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, desde el punto de vista legal, es necesario precisar que el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, de acuerdo con el artículo 50 de la Ley de Infancia y Adolescencia, es la restauración de su dignidad e integridad como sujetos y de la capacidad para hacer un ejercicio efectivo de los derechos que le han sido vulnerados.

En ejercicio del restablecimiento, las autoridades deberán surtir una serie de procedimientos tendientes a garantizar el cumplimiento de cada uno de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, y se procederá a tomar las medidas pertinentes (arts. 51, 52, 53 del Código de la Infancia y la Adolescencia).

De conformidad con el Código de Infancia y Adolescencia, la finalidad de dicho Proceso Administrativo es garantizar y restablecer los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes que tengan sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados, por lo cual, los artículos 52, 53 y 99 de la misma normativa, establecen que el Defensor de Familia deberá verificar en todos los casos la garantía de los derechos de éstos y de ser necesario iniciar la respectiva actuación administrativa ordenando las medidas provisionales a que hubiere lugar, por lo tanto estas decisiones de naturaleza administrativa las cuales pueden ser provisionales o definitivas, deberán ser acordes con el derecho amenazado o vulnerado, las cuales deben estar precedidas por criterios objetivos de proporcionalidad y graduación, justificadas siempre bajo el principio del interés superior del niño, niña o adolescente y

priorizando el medio familiar cuando éste sea garante de sus derechos.

Dentro del trámite de este proceso administrativo de restablecimiento de derechos, es fundamental, la remisión para apoyo terapéutico por psicología a la víctima y a su familia y por parte de la psicóloga y trabajador social CAIVAS, se realice el seguimiento del caso, por un término inicial de 4 meses que es la duración del proceso administrativo de restablecimiento de derechos, y actualmente de acuerdo a la reforma de la ley 1098 de 2006 por la ley 1878 de 2018, este término es de 6 meses y una vez termina el proceso, se realiza un seguimiento de acuerdo a las condiciones de cada caso (afectación psicológica, problemas del núcleo familiar, estado de salud del niño, niña o adolescente víctima etc), estos seguimientos se realizan entre mínimo 3 a máximo 6 meses, desde la terminación del proceso.

Es importante destacar que desde el inicio el proceso administrativo de restablecimiento de derechos, el defensor de familia debe adoptar medidas de PROTECCIÓN, a favor del niño, niña o adolescente víctima, lo que quiere decir que si el agresor se encuentra en el medio familiar de la víctima de inmediato debe ser ubicado bajo la medida de hogar sustituto, o en otro medio familiar si existe la garantía de sus derechos, estas medidas que se deben adoptar por parte del defensor de familia están previstas en el artículo 53 de la ley 1098/06

Podemos decir que el CAIVAS tiene de dos procesos fundamentales, como son; el primero de todas aquellas acciones necesarias para el restablecimiento y garantía de los derechos vulnerados a los niños, niñas, adolescentes y mujeres víctimas de un delito sexual y sus familias, el segundo del inicio y seguimiento del proceso judicial que conduzca a la reparación del daño causado.

4.2.2 Fases de atención. Se establecen las siguientes fases del proceso de atención,

las cuales se interconectan entre las diferentes entidades encargadas de la protección al menor.

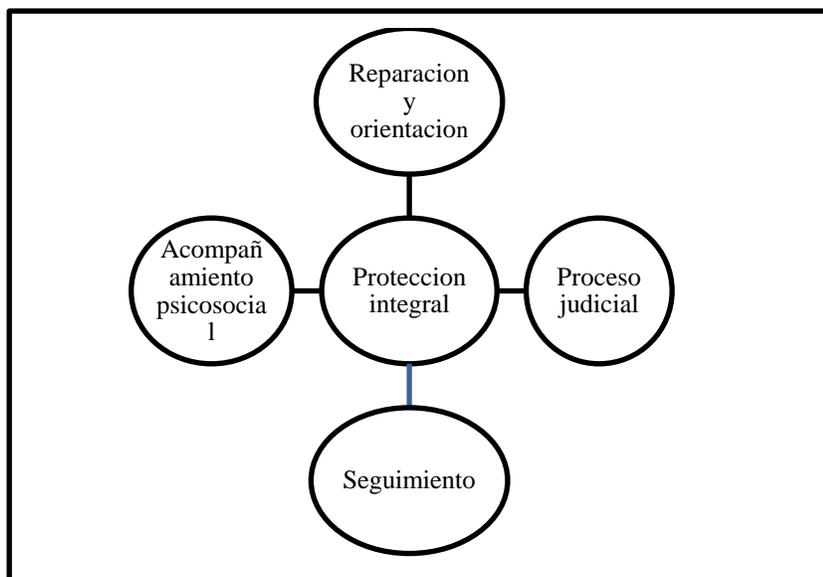


Figura 6. Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Fuente: Primera edición, septiembre de 2007, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, P.26.

Nota. Es importante recordar que son dos procesos que debe adelantar el Estado: La protección integral. Verificación de la lista de sus derechos; medida de restablecimiento de sus derechos, tratamiento de salud y terapéutico, apoyo familiar y redes sociales. La reparación. El proceso judicial hasta la audiencia de juicio y el incidente de reparación.

El proceso de atención se debe entender como un sistema, como un todo, pues cada procedimiento debe encajar el uno con el otro, con igual jerarquía y autoridad, ya que los NNA y sus familiares víctimas de la violencia sexual requieren de una atención integral, por lo tanto la prioridad del proceso de atención debe ser el bienestar de la víctima y sus

familiares, para con ello cumplir con el objetivo de reparación y el restablecimiento de sus derechos.

4.2.3 Competencias institucionales. En el proceso de atención integral a víctimas de delitos sexuales participan las diferentes instituciones que integran el sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), como son:

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Entidad encargada de brindar protección integral a los niños, niñas o adolescentes y sus familias por medio de la implementación de políticas, asistencia técnica y socio-legal con el objetivo de identificar, atender y denunciar casos de violencia sexual, garantizando el restablecimiento de los derechos vulnerados Cuenta con Defensorías de Familia, las cuales están conformadas por Equipos Técnicos Interdisciplinarios integrados por un Psicólogo, un Trabajador Social, un Nutricionista y un Abogado (art. 80 ley 1098 de 2006) quien se desempeña como Defensor de Familia. El Defensor de Familia en cumplimiento del artículo 82 de la misma Ley, es la autoridad competente para adoptar las medidas de restablecimiento de derechos de los niños, niñas, adolescentes víctimas o en riesgo de serlo.

Fiscalía General de la Nación. Encargada de recibir la denuncia, reunir evidencia médico legal, desarrollar la investigación y acusar a los presuntos infractores ante los juzgados y tribunales competentes. Se encarga de dirigir a la policía judicial (CTI de la Fiscalía y Policía Nacional) en la investigación de los hechos. Hace la formulación de acusación ante el juez de conocimiento. Cuando se requiere remite a Salud para atención en aspectos tales como: patologías o lesiones físicas, psicológicas, prevención de embarazo, entre otros

Policía Nacional. Recibe la denuncia, remite y solicita examen a Medicina Legal, acompaña y orienta a la víctima, protege la escena del delito, apoya a las demás autoridades

Policía judicial, cuerpo técnico de investigaciones CTI. Es el apoyo al fiscal; Artículo 205 Código Penal “En ejercicio de sus funciones de policía judicial, reciban denuncias, querellas o informes de otra clase, de los cuales se infiera la posible comisión de un delito, realizarán de inmediato todos los actos urgentes, tales como inspección el lugar del hecho, inspección de cadáver, entrevistas, interrogatorios, además identificarán, recogerán, embalarán técnicamente los elementos materiales probatorios y evidencia física y registrarán por escrito, grabación magnetofónica o fonóptica las entrevistas e interrogatorios y se someterán a cadena de custodia (...)”.

Instituto Nacional de Medicina Legal. Órgano Técnico-Científico; Artículo 204, Código Penal “El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de conformidad con la ley y lo establecido en el estatuto orgánico de la Fiscalía General de la Nación, prestará auxilio y apoyo técnico-científico en las investigaciones desarrolladas por la Fiscalía General de la Nación y los organismos con funciones de policía judicial. Igualmente lo hará con el imputado o su defensor cuando estos lo soliciten (...)”.

Personería. Es la encargada de velar por los Derechos Humanos, por la protección del interés público y hacer vigilancia de la conducta de los funcionarios públicos. En general, brinda asesoría a la comunidad sobre derechos humanos y civiles de los ciudadanos.

Comisarías de Familia. El comisario de familia denuncia y remite a Fiscalía por competencia, toma medidas de verificación de derechos, puede solicitar examen a Medicina Legal por tener competencia de policía judicial, apoya a la familia y acompaña a la víctima,

realiza investigación socio familiar, remite y gestiona la atención en servicios especializados, realiza seguimiento del caso. En los casos en los que no haya Defensor de Familia, la Ley 1098 de 2006 Artículo 98, establece: “competencia subsidiaria. En los municipios donde no haya defensor de Familia, las funciones que este código le atribuye serán cumplidas por el Comisario de Familia. En ausencia de este último, las funciones asignadas al defensor y al Comisario de Familia corresponderán al inspector de policía” (...), al igual que el artículo 7 del Decreto 4840 de 2007.

Instituciones del sector salud (Hospitales, EPS, IPS, ARS, entre otras).

Identifica y recibe casos dando aviso inmediato a la Fiscalía y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Centro Zonal de la jurisdicción o Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, CAIVAS). El sector salud debe brindar los servicios de atención médica, terapéutica y psicosocial a las víctimas, atender emergencias y asegurar muestras - como parte de la cadena de custodia- realizar exámenes de laboratorio, brindar tratamiento oportuno para Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y aplicar lo expuesto en la Sentencia C – 355 de 2006.

Instituciones del Sector Educativo. Identifica factores de riesgo, detecta casos de violencia sexual en los niños, niñas o adolescentes y denuncia ante la autoridad.

Secretaría de Educación. Da directrices y articula los planes educativos institucionales. Diseña talleres y grupos de apoyo dirigidos a los niños, niñas o adolescentes con el objetivo de generar elementos que permitan identificar situaciones o ambientes de riesgo, permitiendo comprender qué hacer y a quién dirigirse para recibir la atención y orientación adecuada.

Con lo anterior queda demostrado que el Estado, ofrece varias posibilidades para

que las víctimas y familiares de violencia sexual, como también quien esté interesado o esté obligado puedan presentar la respectiva denuncia. Con el fin de que este procedimiento sea de amplio conocimiento, a fin de reducir el aumento de víctimas..

4.2.4 Remisión y acompañamiento. En caso de requerir la valoración y el tratamiento en salud inmediata para el niño, niña o adolescente presunto víctima de violencia sexual, se lleva a cabo la remisión y acompañamiento por parte de los profesionales del Centro Zonal. Posteriormente lo acompañarán al CAIVAS si el agresor es mayor de edad o al Centro Zonal de la jurisdicción, si las personas involucradas son menores de 14 años para que allí continúe su curso.

4.2.4.1 Atención integral de la violencia sexual en el sector salud. La atención integral es un sistema conformado por las disciplinas de la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas y la sanción de los agresores.

Por lo tanto, la atención clínica de las víctimas de violencia sexual requiere no solo la atención individual sino la activación de la red de apoyo: familiar, institucional y social, identificando los escenarios en los cuales se establecen vínculos significativos que afecten de forma positiva la sobrevivencia real al evento de violencia sexual.

La atención integral se brinda, como lo contempla la ley 1164 de 2007, desde la humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y el secreto. La humanidad implica basar el acto de la atención en salud desde las necesidades biológicas, psicológicas, sociales e incluso espirituales de los consultantes.

De acuerdo con la Ley 1257 de 2008, las víctimas de violencia sexual tienen derecho a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad, recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos, dar su consentimiento informado para los exámenes médicos y legales, escoger el sexo del

facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio, recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva, ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia, recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas.

Las instituciones de salud que presten servicios de urgencias para la niñez, deben contar con los elementos necesarios que garanticen la cadena de custodia de las pruebas recolectadas. En todos los casos en los cuales se diagnostica el abuso sexual se debe dar el apoyo emocional al niño y su familia, e iniciar el tratamiento profiláctico de las infecciones de transmisión sexual (cuando está indicado).

A toda persona víctima de violencia sexual que consulte a un servicio médico de urgencias, u otro servicio de primer contacto con el sector salud, se le debe asegurar la realización de una primera sesión de psicoterapia breve a cargo de un profesional clínico experto en salud mental, como parte integrante de su atención médica de urgencias; lo anterior, sin detrimento de los primeros auxilios emocionales que reciba dentro del mismo contacto inicial a cargo del personal sanitario no experto en salud mental que le atienda, ni de las remisiones para continuar con dicha psicoterapia breve, ni de todas aquellas intervenciones terapéuticas que además requiera por parte de un equipo interdisciplinario en manejo psicosocial o atención en salud mental.

De la misma forma en que se presta especial atención en lo biológico, no debe olvidarse la importancia de recibir atención en salud mental y manejo psicosocial del evento. Por ello,

el médico tratante debe garantizar la remisión directa a todos aquellos especialistas o personal de apoyo terapéutico o social que requiera el paciente. El profesional especializado en salud mental que realizó la primera sesión de psicoterapia breve para intervención de crisis en el contexto de urgencias, debe remitir a la víctima, para continuar psicoterapia por médico psiquiatra y/ o psicólogo clínico.

Una vez se han realizado los procesos iniciales de atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual, las instituciones de salud deben iniciar el proceso de remisión hacia las instituciones de protección y justicia. Estas deben garantizar la protección de la víctima ante nuevas situaciones de violencia; las acciones de acceso a justicia para evitar la impunidad y repetición de eventos de violencia por parte del agresor, y el acceso a procesos de restitución de derechos y reparación de la víctima.

4.2.5 Estructuración del tratamiento psicológico. Con el apoyo de la defensora de familia del ICBF Ocaña, se han podido precisar conceptos necesarios para abordar de manera correcta el tema producto de investigación, como también el procedimiento realizado con cada víctima en aras de restablecer sus derechos y de permitirles desenvolverse en un espacio que propenda por su bienestar y reintegro a la sociedad, según los parámetros establecidos en la guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual implementada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Resaltando el papel que deben desempeñar las entidades prestadoras de salud quienes son las responsables de la continuidad del tratamiento psicológico.

4.2.5.1 Acompañamiento psicosocial. Se debe realizar de manera permanente durante

todo el proceso de atención, brindando apoyo y orientación permanente a la víctima y a su familia, así como gestionar el acceso a servicios y programas estatales que permitan restablecer los derechos vulnerados.

Estas funciones las debe desempeñar un equipo formado por psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales entrenados para dar apoyo terapéutico, individual y familiar, las cuales son:

- Orientar el proceso de atención en cada momento para que se constituya en un proceso de reparación interior y no genere más daño o maltrato.
- Evaluar el estado de la víctima sobreviviente y de su acompañante, y realizar las recomendaciones del caso para ordenar el proceso de atención: qué debe ser lo prioritario, cuándo hacer las entrevistas y cómo, la manera de abordar al niño y cómo abordar a los acompañantes.
- Verificar cuáles derechos de la víctima han sido vulnerados y gestionar las acciones para su restablecimiento.
- Remitir el caso a un defensor de familia, o al comisario o comisaría de familia cuando en el lugar no exista un defensor de familia, que será la persona que hará de tutor durante todo el proceso y realizará el seguimiento necesario.

La Ley 360 de 1997 señala la intervención del ICBF “debe ser en todos los casos en que la víctima sea un niño, niña o adolescente que carezca de representante legal o que teniéndolo incumpliere sus obligaciones o careciere de las condiciones económicas o de las capacidades morales o mentales, para asegurar la correcta formación del niño, niña o adolescente”.

4.2.5.2 Tratamiento psicológico víctimas. El tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativo a la vida cotidiana. En los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor. El papel del terapeuta en estos casos puede limitarse a servir de orientación y apoyo a la familia y a evaluar periódicamente el desarrollo psicológico del menor (Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, 2007).

Intervención con la familia. Independientemente de la edad del menor o de las medidas urgentes psicosociales o judiciales que deban adoptarse para proteger a la víctima, la intervención psicológica con los familiares es imprescindible. Ellos van a tener que afrontar una situación dolorosa, así como todas las circunstancias que se deriven de la revelación de los abusos, y son los que deben garantizar la protección y seguridad del menor.

Se trata, por ello, de enseñar a los padres a adoptar una actitud adecuada ante la revelación del abuso, así como de establecer las estrategias de solución de problemas y de toma de decisiones en relación con las medidas urgentes posibles (protección inmediata del menor, denuncia del agresor, salida del agresor o del menor del hogar, etcétera). La separación del menor de su familia debe ser considerada únicamente en casos excepcionales, en los que, tras una valoración específica, se detecten elementos claros de desprotección en el entorno familiar, no se acepte el relato de los hechos y haya un riesgo claro de revictimización.

En cualquier caso, a priori, la separación no es recomendable. El menor puede sentirse desterrado, se potencia su sentimiento de culpa y de estigmatización y, lo que es peor, se

puede reforzar la autopercepción del menor como un problema y no como la víctima del mismo. El terapeuta debe realizar una evaluación exhaustiva del estado psicológico de los miembros de la familia y de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Los ejes del tratamiento son los siguientes:

- a) Negación del abuso
- b) Sentimientos de culpa, de fracaso e incapacidad y de estigmatización
- c) Rabia, resentimiento y deseos de venganza
- d) Ansiedad, depresión y baja autoestima
- e) Deterioro de las relaciones familiares y de pareja

Por tanto, resulta fundamental abordar clínicamente la dificultad de la familia para expresar las emociones asociadas a los abusos y a su revelación, así como las diversas percepciones en relación con las reacciones de cada uno. Todo ello puede llevarse a cabo en el tratamiento individual o familiar. (Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, 2007)

Intervención psicológica con las víctimas. El tratamiento directo a las víctimas menores está indicado cuando hay una presencia acentuada de síntomas que interfieren negativamente en su vida cotidiana, cuando se encuentra en una situación de crisis (salida del hogar, proceso judicial, etcétera) y cuando sus capacidades cognitivas lo permiten.

Como en cualquier otra intervención en la infancia, es imprescindible crear una buena relación terapéutica con la víctima y favorecer un clima de confianza en el que el menor perciba la consulta como un espacio acogedor de ayuda y superación. La intervención de la víctima se debe realizar en las siguientes fases:

Fase psicoeducativa y preventiva. El objetivo inicial en esta fase con la víctima es

poner nombre a lo sucedido. El menor debe conocer el significado de la sexualidad de una forma eficaz, objetiva y adaptada a su nivel de edad.

Lo que resulta fundamental es recalcar que se trata de una experiencia impuesta, bien sea por la fuerza o, en la mayoría de las ocasiones, por el abuso de poder y el engaño. El terapeuta debe explicar a la víctima, de forma tranquila y sin dramatismos, el proceso abusivo y las causas del mismo, así como los factores que han hecho posible que lo mantenga en silencio durante un tiempo prolongado. Se debe reforzar a la víctima, en todo momento, el hecho de haberlo revelado, así como eliminar cualquier sentimiento de culpa.

Respecto a la prevención de posibles nuevos sucesos, es fundamental enseñar al menor a distinguir lo que es una muestra de cariño de lo que es una conducta sexual, así como a identificar determinadas situaciones potencialmente peligrosas (estar a solas con un adulto en la habitación o en el baño o estar expuesto a imágenes o conductas sexuales) y a poner en práctica las estrategias adecuadas para evitarlas (decir no, pedir ayuda inmediatamente o contarlo).

Se trata, en definitiva, de que los menores comprendan qué son los abusos sexuales, quiénes son los que potencialmente pueden cometerlos (no exclusivamente los desconocidos) y cómo se puede actuar cuando alguien pretende abusar de ellos. Aunque ellos no son culpables de lo sucedido y la responsabilidad recae enteramente sobre el agresor, los menores disponen de estrategias eficaces para evitar su nueva ocurrencia. Esto, además de garantizar la seguridad del menor en el futuro, le proporciona una sensación de control y elimina el sentimiento de indefensión e impotencia que pueden haber desarrollado durante la experiencia abusiva.

Fase terapéutica. La fase terapéutica debe abarcar tanto el desahogo emocional y la

expresión de los sentimientos experimentados como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas:

a) Elaboración cognitiva y emocional del abuso. Los menores tienden a utilizar la disociación o la negación de la experiencia como mecanismos inapropiados de superación del trauma. Una y otra protegen a la víctima de un trauma que no puede ser procesado adecuadamente en la conciencia. Mediante la disociación, las emociones se separan del recuerdo de lo ocurrido: el niño no niega la agresión, pero se muestra incapaz de sentir malestar o, en todo caso, lo atribuye a una causa distinta. En otras ocasiones, la víctima niega incluso la existencia de lo sucedido (negación total) o rebaja su importancia o gravedad (negación parcial) y actúa como si nada hubiera ocurrido. Esta respuesta se encuentra claramente influida por la reacción del entorno ante el descubrimiento del abuso y se acentúa en función de las consecuencias que de ello se hayan derivado.

Relatar los abusos y, lo que es más importante, expresar los sentimientos y pensamientos experimentados permite el desahogo emocional del menor, lo que supone romper con el secreto y el sentimiento de aislamiento que lo acompaña.

Por ello, en estos casos, es necesario ayudar al menor a re-experimentar las emociones habidas, a reconocer la intensidad de las mismas y a discriminarlas adecuadamente. Se trata de enseñarle que son reacciones normales a una situación fuera de lo normal.

b) Sentimientos de culpa y vergüenza. La eliminación de los sentimientos de culpa y de vergüenza del menor se aborda mediante técnicas cognitivas encaminadas a reevaluar y modificar las ideas distorsionadas que los producen para ajustarlas a la realidad de los hechos. El menor debe comprender que el único responsable de lo sucedido es el agresor y ser consciente de los motivos que le han llevado a permanecer en silencio hasta ahora.

c) Sentimiento de estigmatización, tristeza y baja autoestima. La baja autoestima deriva de los sentimientos de estigmatización y de indefensión vinculados al abuso sexual, así como de la tristeza sufrida por la decepción habida con el abusador. Al haber vivido el menor una situación fuera de lo normal, se puede sentir diferente al resto, malo o sucio y con una mancha que nunca va a poder borrar.

Se trata, en definitiva, de ayudar a la víctima a continuar adelante con su vida (estudios, relaciones interpersonales, vida familiar, etcétera), proyectándola hacia el futuro con una visión positiva (Echeburúa, 2004).

d) Re-experimentación emocional y evitación cognitiva. Más allá de un mero recuerdo, los menores pueden revivir las situaciones abusivas sufridas intensa y frecuentemente. Esta re-experimentación, acompañada de una reacción psicofisiológica de sobresalto, puede presentarse en forma de pesadillas o de pensamientos o imágenes recurrentes e invasivos.

En muchos casos, el relato de las experiencias dolorosas, por parte del menor, y la expresión de los sentimientos suele interrumpir los mecanismos de negación o evitación, así como facilitar la digestión de la situación abusiva. Sin embargo, cuando los síntomas de re-experimentación persisten, es necesario acompañar este desahogo emocional de técnicas específicas de exposición en imaginación, de manera que la víctima consiga ordenar y mantener cierto control sobre los recuerdos e imágenes. Para ello, se elaboran jerarquías de secuencias que se exponen al menor de manera gradual y segura en la compañía tranquilizadora del terapeuta. Según la edad del menor, los dibujos o los muñecos pueden facilitar esta tarea de exposición.

e) Ansiedad, miedos y conductas de evitación. La mayoría de las víctimas reaccionan con miedo y ansiedad tras una situación de abuso sexual. Aunque estas emociones pueden

considerarse como una reacción adaptativa normal en una situación de estrés, pueden ser también la base de futuros comportamientos inadecuados.

Las técnicas de exposición, en el caso de ser necesarias, consistirán en exponer a la víctima a estímulos adaptativos y no peligrosos (por ejemplo, dormir sola, salir a la calle o jugar con otros niños) que provocan respuestas de ansiedad y de evitación en la vida cotidiana. Se contará con la colaboración de sus familiares para el desarrollo gradual de las tareas de exposición. En cuanto a la reducción del nivel de ansiedad, se puede incluir una técnica de relajación.

) Desconfianza en las relaciones afectivas e interpersonales. La víctima de una experiencia traumática pierde confianza en sí misma, pero también en los demás. Por ello, la superación de la desconfianza de la víctima hacia los demás requiere, en primer lugar, que el niño aprenda a discriminar en quién puede confiar, sin llegar a establecer generalizaciones erróneas.

g) Hostilidad, rabia y agresividad. Al igual que en el caso de sus familiares, el menor también puede desarrollar reacciones de ira como resultado de la decepción, la frustración y la impotencia. Estas emociones pueden dar lugar a una personalidad hostil y negativa y se pueden manifestar hacia el exterior, con conductas agresivas y antisociales, mediante comportamientos autodestructivos, tales como consumir drogas o comer en exceso.

h) Alteraciones en el área sexual. La sexualización traumática puede manifestarse en forma de inhibición sexual, que podría llegar hasta una fobia o a la aversión al sexo, de dificultades de identidad sexual y de hipersexualidad, que se refleja en diversas conductas disfuncionales: sexualidad precoz, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, promiscuidad sexual e incluso aparición de comportamientos abusivos hacia otros menores.

Cuando se trata de víctimas varones, el terapeuta debe llevar a cabo una intervención psicoeducativa orientada a controlar el riesgo de que la víctima se convierta, con el paso del tiempo, en un agresor sexual, mediante la discusión racional de posibles distorsiones (minimizaciones o justificaciones de las conductas de abuso), el fomento de la empatía y un entrenamiento en habilidades sociales.

La intervención con víctimas de abuso sexual debe tener como objetivo prioritario garantizar la seguridad del menor y evitar la ocurrencia de nuevos sucesos, lo que implica actuar tanto sobre la víctima y sus familiares como sobre el abusador, en un programa que puede oscilar entre 8 y 20 sesiones. De este modo, la intervención con los menores se emplea, por regla general, en conjunción con los esfuerzos para reformar al abusador y potenciar la capacidad de la familia para apoyar al menor (Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, 2007)

4.2.6 Seguimiento. Para que la labor de las unidades sea realmente efectiva, es necesario que se realice un seguimiento de los casos y una evaluación de la forma como operó en ellos el equipo de la unidad. Este seguimiento permite mejorar la calidad de los servicios, así como detectar oportunidades y recursos que se puedan integrar al quehacer de las unidades.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes, el encargado de hacer el seguimiento del proceso que permita ver el avance en la recuperación del niño o la niña y su familia, es el defensor de familia, quien además de esta importantísima función también debe realizar:

Adelantar de oficio, las actuaciones necesarias para prevenir, proteger, garantizar y restablecer los derechos de los niños, las niñas, los adolescentes y las adolescentes

cuando tenga información sobre su vulneración o amenaza.

- Adoptar las medidas de restablecimiento establecidas en la presente ley para detener la violación o amenaza de los derechos de los niños, las niñas o los adolescentes.
- Emitir los conceptos ordenados por la ley, en las actuaciones judiciales o administrativas.
- Ejercer las funciones de policía señaladas en este Código.
- Dictar las medidas de restablecimiento de los derechos para los niños y las niñas menores de catorce (14) años que cometan delitos.
- Asumir la asistencia y protección del adolescente responsable de haber infringido la ley penal ante el juez penal para adolescentes.
- Promover los procesos o trámites judiciales a que haya lugar en defensa de los derechos de los niños, las niñas o los adolescentes, e intervenir en los procesos en que se discutan derechos de estos, sin perjuicio de la actuación del Ministerio Público y de la representación judicial a que haya lugar.
- Representar a los niños, las niñas o los adolescentes en las actuaciones judiciales o administrativas, cuando carezcan de representante, o este se halle ausente o incapacitado, o sea el agente de la amenaza o vulneración de derechos.
- Declarar la situación de adoptabilidad en que se encuentre el niño, niña o adolescente.
- Autorizar la adopción en los casos previstos en la ley.
- Formular denuncia penal cuando advierta que el niño, niña o adolescente ha sido víctima de un delito.
- Ejercer las funciones atribuidas por el artículo 71 de la Ley 906 de 2004.

4.2.7 Situación de violencia sexual en Ocaña. Una vez obtenida la información, orientación y aprendizaje respecto al tratamiento brindado a las víctimas de violencia sexual, se hace necesario enfocarnos en el estudio estrictamente de la ciudad de Ocaña, pues se ha evidenciado una grave incidencia de violencia sexual contra los menores de la ciudad de Ocaña N.S.

Desde el 1 de mayo de 2013, se conforma y entra en funcionamiento el Centro de Atención Integral para Víctimas de Abuso Sexual “CAIVAS”, entidad que en la actualidad está conformada por:

- Fiscal Unidad CAIVAS
- Un asistente judicial de fiscal
- Cuando el victimario o agresor es menor de 18 años, los adelanta el fiscal de infancia y adolescencia.
- Asistente judicial
- Funcionarios de Policía judicial.
- Funcionaria del CTI
- Defensor de familia ICBF (Por Reparto) centro zonal Ocaña del ICBF
- Igualmente, los psicólogos, trabajadores sociales y nutricionista de turno del equipo psicosocial de cada defensor de familia.

La atención integral a las víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar y seguimiento de los actores de estos delitos, es el objetivo primordial de CAIVAS que busca evitar la revictimización de las personas abusadas sexualmente y maltratadas. En esta entidad el ICBF es el encargado de adelantar procesos de restablecimiento de derechos y de ofrecer asistencia

legal, psicosocial y terapéutica, a través de trabajadores sociales, psicólogos y defensores de familia. Así mismo, tiene el respaldo del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Policía Nacional, Procuraduría General, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Alcaldía de Bogotá, Defensoría del Pueblo, y, por supuesto del CTI de Ocaña.

De forma mancomunada funcionarios de esas entidades, cada uno en el ámbito de su especialidad, efectúan entrevistas, ampliación de testimonios, valoración médico-legal, comprobación de la información, inspección del lugar de los hechos, trabajo fotográfico, búsqueda de datos, vigilancia y seguimiento, valoraciones psicológicas y psiquiátricas, apoyo técnico científico y apoyo forense y morfológico

.Con la finalidad de aumentar la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales los funcionarios del CAIVAS han adelantado las siguientes denuncias:

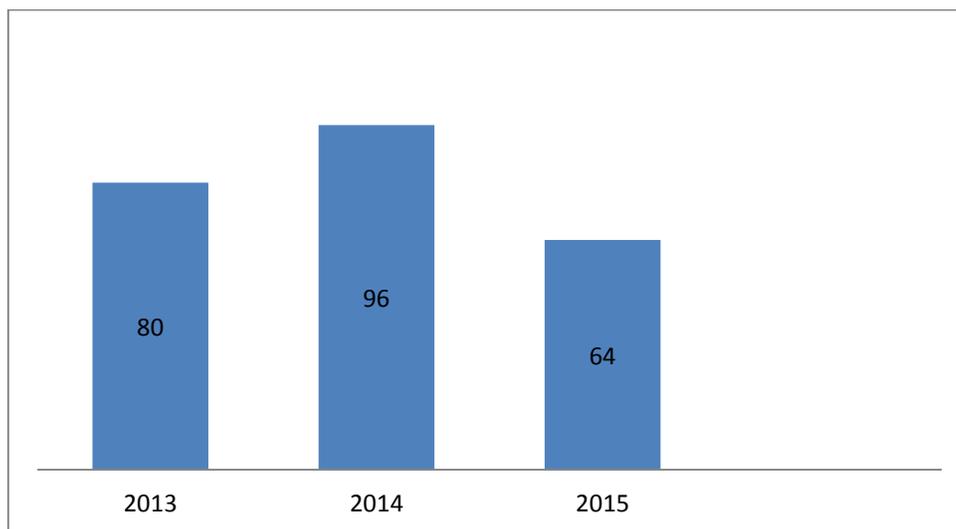


Figura7. Estadística violencia sexual contra NN y A en la ciudad de Ocaña

Fuente: CAIVAS Ocaña

Nota. La figura nos muestra el número de delitos que se han reportado en el CAIVAS Ocaña, por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes cometidos en la ciudad de Ocaña. Fuente CAIVAS Ocaña

Así mismo debido a que el hospital Emiro Quintero Cañizares, por ser la principal entidad que brinda atención médica a la población ocañera y a los habitantes de la región, según el Diario La Opinión (2017), de acuerdo con el plan de intervenciones colectivas, desde el año 2015, inició la ejecución de un plan para atender a las personas que han sido víctimas de abuso sexual.

Por medio de una ruta que incluye temas como maternidad segura y cero discriminación, se busca garantizar los derechos humanos de quienes han sido maltratados sexualmente.

En el año 2017 el hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña adelantó una capacitación sobre el llamado código violeta en casos de violencia sexual.

El área de trabajo social del centro asistencial fue la encargada de reunir al personal de enfermería con el objetivo de conocer de manera integral, los diferentes casos de violencia sexual que ingresan.

La estrategia busca que los profesionales de la salud puedan prestar un mejor servicio, con el fin de brindar confidencialidad al paciente que haya sido violentado, además, seguir los lineamientos que permitan la recuperación de quienes sufren este flagelo.

“La importancia de esta capacitación sobre código violeta es conocer cómo se atiende de manera integral a los pacientes que ingresan al Hospital por casos de abusos sexuales”, manifestó la trabajadora social María Paula Ojeda Coronel.

4.3 Falencias encontradas en el tratamiento psicológico como parte de la atención integral en los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual de Ocaña N.S.

En la realización de este trabajo, además de la recopilación de la normatividad vigente, se realizaron visitas de campo a las entidades estatales encargadas de la recepción y manejo de los casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, como fue el CAIVAS y la defensoría de familia Zonal Ocaña. No es fácil plantear lo que presenta falencias, en unas instituciones donde todo está escrito y planeado con coherencia, pero donde los resultados no son los esperados según los esfuerzos implementados.

Una de las principales falencias es la falta de profesionales en salud mental forense en el Instituto de Medicina Legal, para la entrevista de los niños, niñas y adolescentes, motivo por el cual se tienen que dirigir hasta la capital del departamento para la prestación de este servicio el cual es bimensual.

Se evidencia la falla que existe en el manejo de la información, respecto al procedimiento a realizar, con el fin de lograr un impacto positivo en el proceso de atención integral en salud en los NN y A, víctimas de violencia sexual, con el fin de que cada entidad que participe en este proceso lo realice de acuerdo a lo plasmado en la norma.

Falta de personal idóneo para desempeñar las funciones necesarias de brindar la atención adecuada en el ICBF y el CAIVAS, a los niños, niñas y adolescentes que son víctimas de violencia sexual, lo que produce que no se lleve a cabo el proceso de manera asertiva

Al corresponderle al sistema de salud, la continuidad del tratamiento psicológico o psicosocial de las víctimas, se ha podido establecer que en la mayoría de los casos las entidades prestadoras de salud no cuentan con profesionales idóneos en salud mental, para

llevar a cabo los procedimientos psicoterapéuticos.

Falta de capacitación e implementación de procesos de educación para la sexualidad basada en el enfoque de derechos humanos, como también las pocas estrategias diseñadas para el abordaje directo de la problemática de abuso sexual, y el implemento de las mismas, conducen a una comprensión negativa que implicará unos efectos nocivos frente a la apropiación sana del tema que garantice la vivencia y el disfrute responsable del derecho a la sexualidad.

Control y seguimientos inadecuados, a los casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes y la garantía de continuidad del tratamiento psicológico por parte del defensor de familia, en la mayoría de los casos por exceso de trabajo, con ocasión a la cantidad de casos que corresponden a estos funcionarios.

4.4 Estrategias a implementar

Con base en los resultados del presente trabajo se plantean las siguientes estrategias de mejoramiento, con el fin de realizar un control y seguimiento efectivo del tratamiento que reciben los menores como parte del proceso de reparación integral y resocialización para identificar, priorizar y restablecer sus derechos.

Ruptura del silencio, que se ha convertido en uno de los factores determinantes de la ocurrencia de violencia sexual contra niños niñas y adolescentes; para ello se debe concientizar socialmente, es decir, instruir a la comunidad acerca de este flagelo, sus principales características y el daño que ocasiona tanto en la víctima como en su familia.

Implementación de capacitaciones y programas educativos dictados por personas idóneas contratados por el municipio en las escuelas, colegios y salones comunales, dirigido

a la comunidad en general, en especial a los niños, niñas y adolescentes, que permitan adquirir el conocimiento de temáticas sexuales en donde prime la protección de sus derechos, se le explique de manera pedagógica no sólo la parte de sexualidad; sino que además se le instruya acerca de los delitos que pueden cometerse en su contra y que atentan contra su integridad, su persona y sus derechos. Estas capacitaciones también pueden ser impartidas por las instituciones de educación, desde la etapa más temprana conocimiento del menor, hasta en educación básica y secundaria.

El incremento de la planta de personal ya sea por contrato o por convenios con instituciones de educación superior para que se desempeñarse como auxiliares de los defensores de familia o como defensores de familia, para de esta forma evitar el represamiento de casos en manos de una solo defensor, como también realizar el control y seguimiento de los tratamientos tanto psicológicos como físicos requeridos por la víctima de violencia sexual.

La exigencia que deben realizar los directores del CAIVAS y ICBF, en cuanto a la aplicación de la norma respecto a los profesionales que prestan atención psicológica o acompañamiento psicosocial a las víctimas, de tal manera que quienes realicen las intervenciones sean personas que cumplan con el perfil de psicólogo clínico o psiquiatra, pues poseen además de un amplio conocimiento, la idoneidad para conseguir resultados positivos.

Capítulo 5. Conclusiones

En las últimas décadas, en el marco de lo legislativo, Colombia cuenta con normas, decretos, jurisprudencia de las altas cortes y protocolos que establecen medidas de atención prioritaria, promoción y prevención y sanción y judicialización en materia de las violencias sexuales en niños, niñas y adolescentes; sin embargo, esta problemática no alcanza el impacto social esperado según las políticas públicas, programas y proyectos que buscan su intervención. Aunque Ocaña como ciudad es coherente a estos lineamientos nacionales,

Ocaña necesita invertir recursos en la atención integral de las violencias sexuales, desde los aprendizajes y lineamientos sobre esta temática, conquistados como ciudad, a partir del fortalecimiento en el aumento de la planta de profesionales idóneos de las entidades que prestan este servicio, con el fin de proteger los derechos de los NN y A víctimas de la violencia sexual.

Es necesario reconocer que el sistema judicial y las instituciones de protección aún son difusos y poco efectivos; las acciones ofrecidas por el ICBF y las entidades prestadoras de salud, respecto el tratamiento psicológico como parte de la reparación integral en los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual, no responden siempre a las demandas de la población, por carecer de personal idóneo para brindar este servicio.

Desde la oferta institucional, las víctimas de violencia sexual tienen que recibir atención efectiva en salud física y mental, procesos de restablecimiento de derechos, acciones de acceso a la justicia y de reparación integral. De esa forma como ciudad, se podría hablar de verdadera atención integral y de una ruta de atención intersectorial.

Para esto, como ciudad, desde la administración pública, se necesita fortalecer la institucionalidad y que la ciudadanía, tanto urbana como rural, conozca las posibilidades de

oferta e intervención institucional que existe en Ocaña (Ruta de Atención Intersectorial y normativa vigente).

Capítulo 6. Recomendaciones

En la ciudad de Ocaña, las instituciones de Protección, Justicia y Salud, desde la normatividad en vigencia, deben promover comités, mesas y redes, los cuales deben estar articulados entre sí. Conformados por personas idóneas que tengan compromiso y gestión, de tal forma que se establezca un trabajo en red que sume y contribuya a la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual. De esta forma el trabajo intersectorial puede lograr un impacto positivo en los procesos de intervención social en la ciudad, en materia de prevención, atención y seguimiento de casos de violencias sexuales.

Pero para ello se requiere personal cualificado, sensibilizado y formado en las problemáticas; profesionales que además cuenten con estabilidad laboral; que en su institución se establezcan y funcionen lineamientos internos de atención, con una evaluación constante de su hacer profesional y una participación articulada de todos los sectores de intervención integral.

Es importante que la alcaldía municipal y los órganos de control, realicen las gestiones pertinentes para que la entidades que les corresponde prestar la atención integral de salud mental, a los NN y A, víctimas de violencia sexual, cuenten con los profesionales idóneos, con el fin de brindar un tratamiento acorde a lo estipulado en la norma, para que la respuesta a la oferta no sea fraccionada.

El seguimiento al tratamiento psicológico que realizan los funcionarios del ICBF, debe realizarse de manera más rigurosa para garantizar su eficacia, atendiendo a que no en todos los casos se termina el procedimiento o este no se desarrolla por los profesionales capacitados para tal fin.

Por último se evidencia que debe existir unificación y claridad en el manejo de la

información respecto del procedimiento que se tiene que realizar, las diferentes entidades que participan en el tratamiento psicológico para restablecer los derechos de los NN y A, víctimas de violencia sexual en Ocaña.

Referencia

- Bowlby, J. (1991), Obituary. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32: 215.doi: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb00302.x
- Colombia. Congreso de la Republica (2000). Ley 599 de 2000. Código Penal. Diario Oficial No. 44097 de 2000. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal1.jsp?i=6388>
- Colombia. Congreso de la Republica. Nueva constitución política de Colombia. Editorial legis editores S.A. Bogotá. 2012.
- Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1098 de 2006 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el código de infancia y adolescencia. Diario Oficial., Bogotá, D.C., No. 46446.
- Colombia. Congreso de la Republica. Ley 765 de 2002 (31 julio 2002). Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía", adoptado en Nueva York, el veinticinco (25) de mayo de dos mil (2000). Diario Oficial., Bogotá, D.C., No. 44889.
- Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1146 de 2007 (10 julio 2007). Por la cual se expiden las normas para la prevención para la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Diario Oficial., Bogotá, D.C., No. 464685.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. UNFPA Enero 26, 2011 Dirección General de Salud Pública. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- Colombia. Congreso de la Republica. Ley 360 de 1997 (febrero 7, 1997). Por medio de la cual se modifican algunas normas del título XI del Libro II del Decreto-ley 100 de 1980 (Código Penal), relativo a los delitos contra la libertad y pudor sexuales, y se adiciona el artículo 417 del Decreto 2700 de 1991 (Código Procedimiento Penal) y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.978, de 11 de febrero de 1997
- Colombia. Corte constitucional (1987) Sentencia de C-285 de 1987. Magistrado ponente, Gaviria, D. C. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-285-97.htm>
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales: Adopción de medidas especiales de protección y

asistencias en favor de todos los NNA sin discriminación alguna. (1966). Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Convención de los Derechos del Niño. (2006). Recuperado de www.un.org/es/events/childrennday/pdf.

Cortes, M, Cantón, D y Cantón, D., (2011) .Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Revista: ScieloGacSanit.* (25) 2, pp. 157-165. ISSN 0213-9111.

Diario La Opinión (2017). Enfermeras se capacitaron sobre trato a víctimas de violencia sexual Recuperado de <https://www.laopinion.com.co/ocana/enfermeras-se-capacitaron-sobre-trato-victimas-de-violencia-sexual-141594#OP>

Delgado, G., Figueroa, C. y Herrera, C (2012). Factores psicosociales asociados al compromiso con el tratamiento de pacientes de rehabilitación cardíaca. Trabajo de grado de Especialización no publicado. Universidad El Bosque. Bogotá

Escartín. M. (2003). Abuso sexual a Niños y Niñas: Preguntas y Respuestas. Asociación AFECTO. Bogotá. p.11

Escobar, J., Nieto, L. (2005). “Bioética y Sexualidad”. Barcelona España. Ediciones El Bosque

Freud, S., (1968). Obras Completas, Volumen III, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid

Gaviria, C.D. (1997) Magistrado ponente. Sentencia C-285/97, cinco de junio de 1997. Corte Constitucional Bogotá D.C.

Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, Primera edición, septiembre de 2007, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Recuperado de: <https://es.calameo.com/read/003734450e301dcb6d9e3>

Hernández, G, E. R (2005) “El abuso sexual a los niños”. Observatorio del delito. Policía Nacional. Dirección de protección y servicios especiales. Colciencias- grupo LAC COL 0117778.

Kempe, P. (1982). Definición de violencia sexual y abuso sexual en la infancia. Cuadernos de Medicina Forense, 12, 75-82.

Londoño. A. (2001). Derecho a los derechos, atención integral a sobrevivientes de delitos sexuales, FNUAP y Consejería Presidencial para la Política Social, , Bogotá.

Méndez, A. (3ª Edición). (2001). *Metodología, Diseño y Desarrollo del proceso de investigación*. Colombia, Bogotá D.C.: Editorial Mc Graw Hill.

- Modelo de intervención integral en casos de aviso sexual del departamento de Antioquia. (2011). Recuperado de <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/901-modulo-de-abuso-sexual-2/file>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (2012). Resolución 0459 de 2012. Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
- Ministerio de salud y protección social. Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Boletín de Prensa No 016 de 2013. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>
- National Center for Child. “Abuse and Neglect”. (1978) Nueva York EE.UU.
- Ordóñez, M, A. (2013) Procurador General de la Nación. República de Colombia, Procuraduría General de la Nación, informe de gestión. Recuperado de <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/2013.pdf>.
- Orjuela, L. y Rodríguez, V. (2012). Violencia Sexual Contra Los Niños y las Niñas. Abuso y explotación sexual infantil. SaveThe Children. España
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales: Adopción de medidas especiales de protección y asistencias en favor de todos los NNA sin discriminación alguna. (1966). Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Pereda, N., (2009). Consecuencias Psicológicas Iniciales Del Abuso Sexual Infantil. *Revista: Papeles del Psicólogo*, 30(2) 135-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726004>
- Pretelt, C. J. (2011) Magistrado ponente. Sentencia T-843/11, ocho (8) de noviembre de 2011. Corte Constitucional Bogotá D.C.
- Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados Asamblea General - Resolución A/RES/54/263 del 25 de mayo de 2000. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPACCRC.aspx>
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2001) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ICBF. Estudio sobre violencia contra los niños cuestionario

solicitado por la secretaria general de las NACIONES UNIDAS. Disponible en:
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/CRC/docs/study/responses/Colombia.pdf>

Ruiz, G., E. (2001). *La dimensión ética de los proyectos sociales: el sentido*. Bogotá: ICBF, 2001

Violencia sexual contra los niños (2008). "UNICEF". Recuperado de
http://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58006.html.

Villanueva, S., (2005). Factores Protectores En La Prevención Del Abuso Sexual Infantil. Liberabit, *Revista de Psicología*, 10-11() 19-24. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601103>