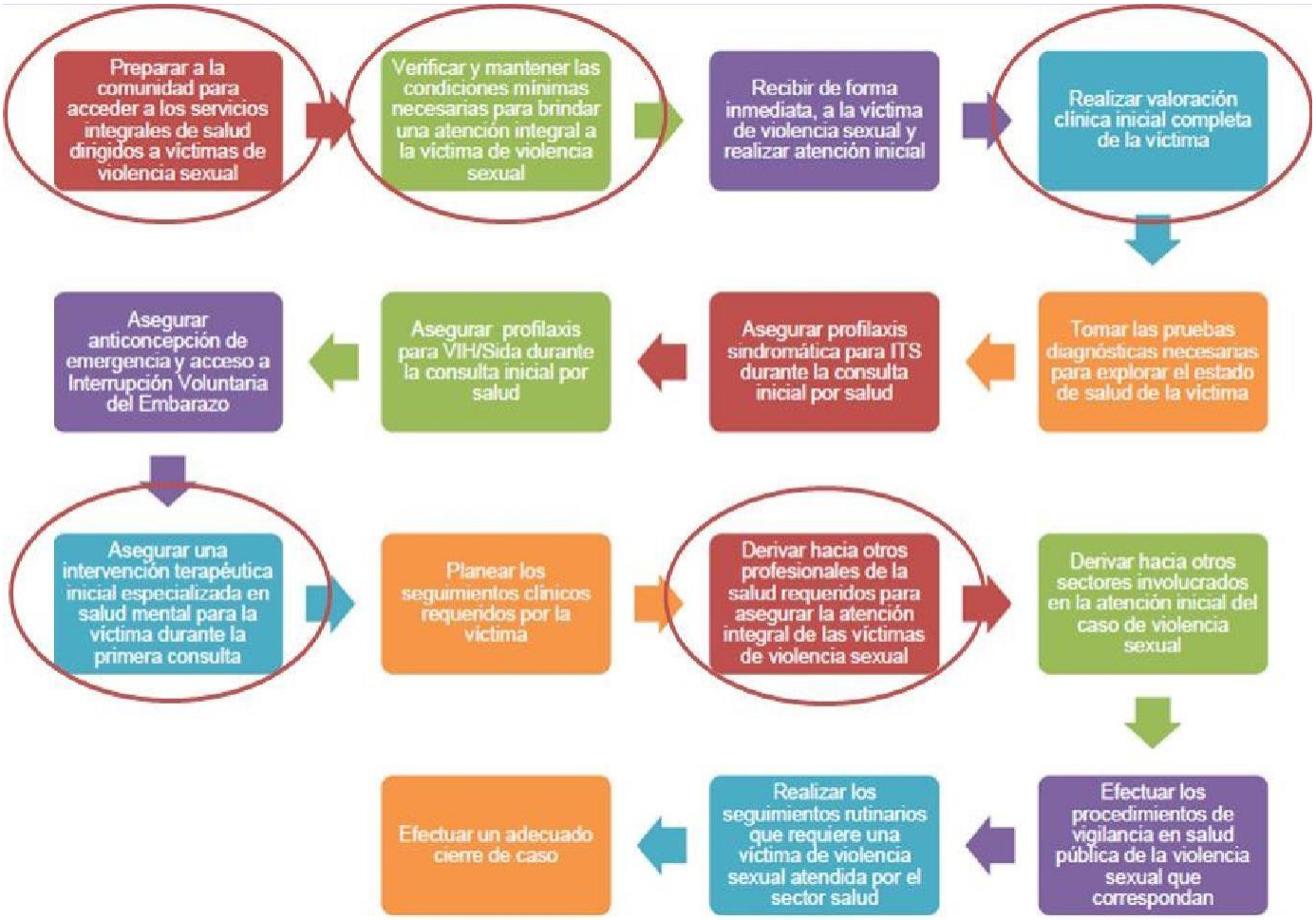
Instituto de **Educación**
Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

15 pasos fundamentales en la atención de Víctimas de violencia sexual



15 PASOS EN LA ATENCIÓN DE VICTIMAS 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:

1. 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.

2. El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual.

3. La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
4. 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 éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
5. Los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.
6. 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.
7. Los benefícios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada.
8. La necesidad que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicíos de urgencias médícas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenia 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.

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

- ✓ Delegar una persona responsable (profesional de las ciencias de la salud o sociales).
- ✓ 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).
- ✓ Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- ✓ Desarrollar flujogramas de atención en salud y procesos administrativos.
- ✓ Adelantar procesos de información y capacitación al interior de la entidad.
- ✓ Garantizar insumos y dotación para la atención.
- ✓ Seguir las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia cuando se requieran. Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional.
- ✓ Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional.

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.

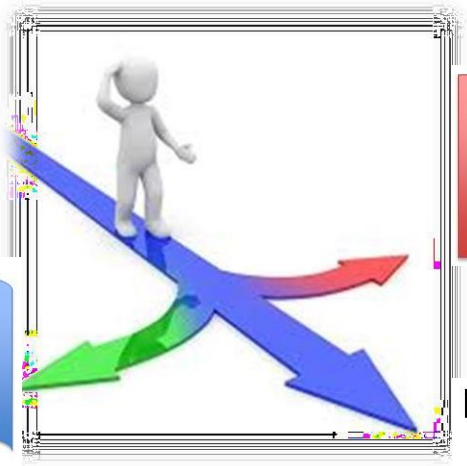
PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas.

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.

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

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 de víctimas de violencia sexual. (Servicio de ginecologia)
2) Que la víctima se niegue a ser atendida en el servicio de urgencias.



Triage 1: Hasta 72 horas.

Triage 2: Después de las 72 horas.

Excepto que la victima acuda con comportamiento o trastorno mental, sangrado vaginal, anal, rectal, dolor, agitación alucinaciones, etc.

En el momento que se detecte a una victima de violencia sexual, se debe estabilizar emocionalmente y remitirla de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes, para la

atención inicial de urgencias, donde la han de recibír y atender sin ningún tipo de demora, 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.

Componentes del examen clínico general de la víctima de violencia sexual

Valoración de la apariencia general.

Examen clínico mental completo.

Examen físico completo (incluye genital, paragenital y extragenital)

El objetivo primordial del 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'"
La anamnesis debe incluir cada uno de los datos prevalentes en el paciente, 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. 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. Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización sexual sufrida,

Historia de mutilación sexual femenina, (Ablación el Clítoris). Estado vacunal ante hepatitis B y tétanos. Estado ante el VIH/Sida.

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 victima. 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).

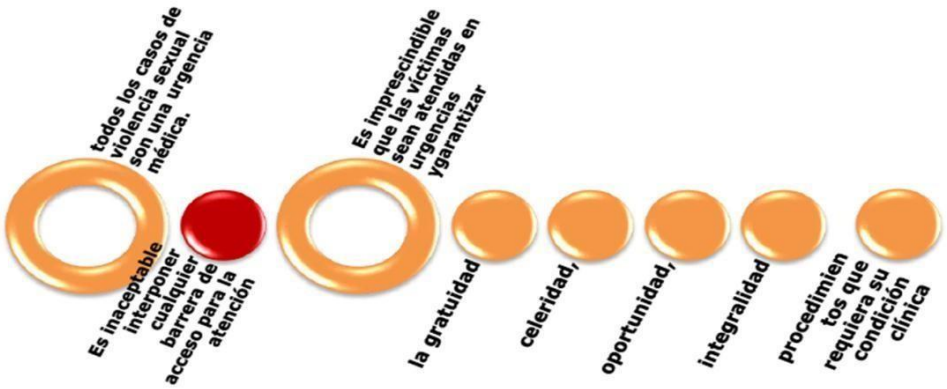


Ilustración 6: Paso 3: Aspectos Claves.
Fuente: (Resolución 459, 2012)

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 éste 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.

Diagnósticos 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 diagnostico 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:

CODIGO 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 y otras instituciones y arias administrativas públicas
Y05.3	Agresión Sexual con fuerza corporal, en área de deporte y administrativa
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
Y05.9	Agresión Sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado
Z08.8	Examen y observación consecutivo a denuncia de violación y seducción

Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercida concominante con la agresión sexual.

CODIGO CIE-10	Nombre del diagnóstico
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por padre o madres
Y07.2	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo
Y07.3	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo
Z60.4	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social
Z65.1	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastres guerras y otras hostilidades

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

Las pruebas diagnósticas que se solicitan en general para 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.

Prueba rápida para VIH 1 y VIH 2: Esta prueba detecta anticuerpos no específicos para VIH. Es altamente sensible. Existen pruebas rápidas para realizar con sangre, suero, plasma e inclusive con fluido oral. Si la muestra es sangre total, capilar o venosa, siempre debe usarse el Buffer. Se deben seguir las recomendaciones exactas del inserto de la prueba.

Si la prueba es "**REACTIVA",** no administre la profilaxis antirretroviral y complete el algoritmo diagnóstico; a menos que exista sospecha alta y fundamentada de que se trata de un falso positivo, de acuerdo a la clínica y los antecedentes de la persona. En tal caso inicie la profilaxis, confirme el diagnóstico y decida en ese momento si termina la profilaxis o si la suspende.

Fuente: instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Liliana Andrade Forero.

5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.

Prueba rápida para HEPATITIS B: detecta antigenos de superficie (HBsAg), Este análisis se usa para mostrar la presencia del virus. Un resultado "**positivo" o "reactivo**" en el análisis de HBsAg para HB, indica que la persona está infectada con el virus , lo cual puede significar una infección "aguda" o "crónica". Si la prueba resulta "reactiva", entonces la víctima no es candidata para recibir la vacuna de la HB, pero se debe aclarar el diagnóstico para iniciar el tratamiento adecuado.

Fuente: instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Liliana Andrade Forero.

6. Adicionalmente, se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas.

7. Prueba de embarazo.

Prueba rápida de EMBARAZO: Las pruebas rápidas de embarazo en orina se basan en la identificación de la Hormona Gonadotropina Coriónica. Una prueba "**positiva o reactiva**" indica embarazo previo al evento de violencia sexual. En tal caso no se debería iniciar anticoncepción de emergencia. Si no se cuenta con pruebas de embarazo, la administración de la anticoncepción de emergencia no causa toxicidad en el feto si es que la víctima estuviere ya embarazada, por lo que la realización de la prueba no debe convertirse en barrera para el inicio de la misma.

Fuente: instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Liliana Andrade Forero.

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es pre-requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS - VIH/SIDA en las primeras 72 horas.

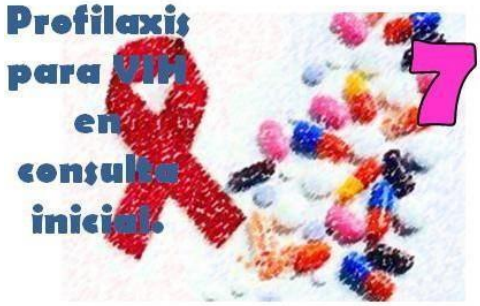
Fuente: instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Liliana Andrade Forero.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial.

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.

Los efectos secundarios más frecuentes de la Ceftriaxona, Cefuroxime, Azitromicina y Metronidazol generalmente se relacionan con reacciones alérgicas e intolerancia gastrointestinal.

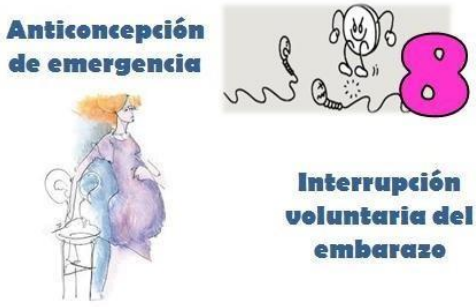
PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial.



La IPS que atiende a la víctima de violencia sexual debe garantizar el tratamiento como mínimo por 28 días.

Antes de iniciar los antirretrovirales, realice una prueba de Hemoglobina para asegurarse de que la Zidovudina (Antirretroviral profiláctico) no se encuentra contraindicado. Si la hemoglobina está por debajo de 10 mg/dl, considere reemplazar la Zidovudina por otro antirretroviral que tenga menos riesgo de producir anemia, como el Abacavir. El mecanismo de acción de los antirretrovirales es impedir la multiplicación viral, beneficio que se logra si se inicia la profilaxis antes de que pasen 72 horas desde ocurrida la violación y si se logra una adherencia al tratamiento antirretrovírico triconjugado por encima del 95%.

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



Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 Microgramos (dos tabletas juntas).

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 esta demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable.

El efecto secundario más frecuente con el Levonorgestrel, son las náuseas y vómitos, por lo cual, algunas escuelas prefieren administrar Metoclopramida IM, antes de iniciar la profilaxis, para prevenir el vómito.

Se recomienda hacer un 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 sí la paciente lo decide, garantizar la IVE.

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 éste implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y éste 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.

La guía de IVE construida por la OMS índica 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 éste. 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, procedimientos o medicamentos necesarios para brindar la atención NO ESTÁ RESTRINGIDA por el régimen de aseguramiento o el nivel de complejidad.

TABLA PROFILAXIS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

PARA VÍCTIMAS CON MENOS DE 30 KG DE PESO				
TIPO DE PROFILAXIS	**COMPOSICIÓN**	**SUGERENCIA DE CONTENIDO**	**CANTIDAD**	**TIEMPO DE PROFILAXIS**
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	ZIDOVUDINA Susp. 10 mg / ml	5 frascos por 240ml	4 semanas
		LAMIVUDINA Susp. 10 mg / ml	3 frascos por 240ml	4 semanas
		LOPINAVIR / RITONAVIR Susp. 80/20 mg/ml*	2 frasco por 160 ml	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la Hepatitis B*		3 dosis	Completar esquema
	Inmunoglobulina G contra Hepatitis B*		Según peso de la víctima	Completar esquema
Profilaxis de otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, Linfogranuloma venéreo,	CEFUROXIMA. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml	1 frasco	Dosis única
		AZITROMICINA. Suspensión 200mg/ 5ml, Fco x 15 ml	1 frasco	Dosis única
		METRONIDAZOL. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml	1 frasco	Dosis única
	Jeringa de 10 cc para administración de los medicamentos en suspensión		1	
Anticoncepción de Emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonorgestrel x 0,75mg	2 tabletas	Dosis única
PRUEBA RAPIDA PARA VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2		2	
PRUEBA RÁPIDA PARA HB	Prueba rápida de Antígenos de Superficie para HB		1	
PRUEBA RÁPIDA DE EMBRARAZO	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica		1	

PARA VÍCTIMAS CON MÁS DE 30 KG DE PESO				
TIPO DE PROFILAXIS	**COMPOSICIÓN**	**SUGERENCIA DE CONTENIDO**	**CANTIDAD**	**TIEMPO DE PROFILAXIS**
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg (Dosis fija combinada)	60 tabletas	4 semanas
		Lopinavir / Ritonavir 200/ 50 mg	120 tabletas	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la Hepatitis B*		3 dosis	Completar esquema
	Gamaglobulina contra Hepatitis B*		Según peso de la víctima	Completar esquema
Profilaxis de otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, Linfogranuloma venéreo,	Ceftriazona 1gr	1 vial	Dosis única
		Azitromicina x 500 mg	2 tabletas	Dosis única
		Metronidazol x 500 mg	4 tabletas	Dosis única
Anticoncepción de Emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonorgestrel x 0,75mg	2 tabletas	Dosis única
PRUEBA RÁPIDA PARA VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2		2	
PRUEBA RÁPIDA PARA HB	Prueba rápida de Antígenos de Superficie para HB		1	
PRUEBA RÁPIDA DE EMBRARAZO	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica		1	

Fuente: instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Liliana Andrade Forero.

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

El objetivo es conocer los lineamientos en Salud Mental que complementan la atención a las víctimas de violencia sexual por el profesional especializado en salud mental médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico del sector salud, incluido el personal asistencial.

De acuerdo a la OMS: “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

- ✓ La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales.
- ✓ La salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental.
- ✓ La salud mental está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales.
- ✓ Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.

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

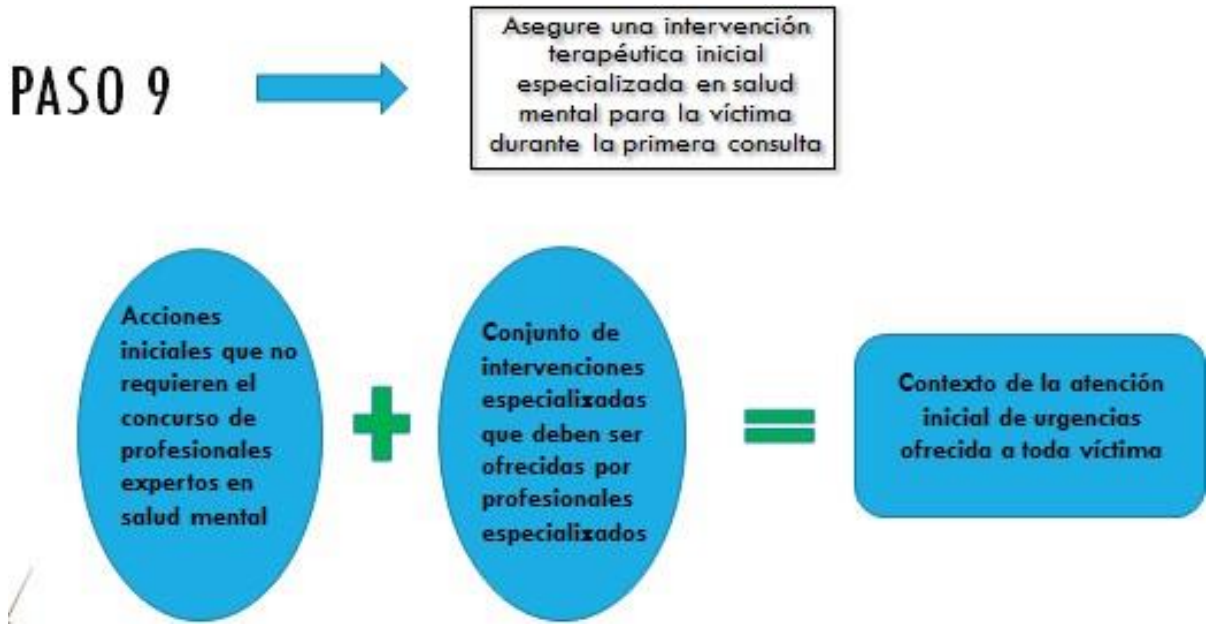
- ❑ Experimentación del evento violento como un evento vital crítico.
- ❑ Fase aguda de impacto ❑ Fase de reorganización
- ❑ Aparición o consolidación de psicopatología en las víctimas que no reciben atención integral, oportuna y con calidad en salud mental y física.

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

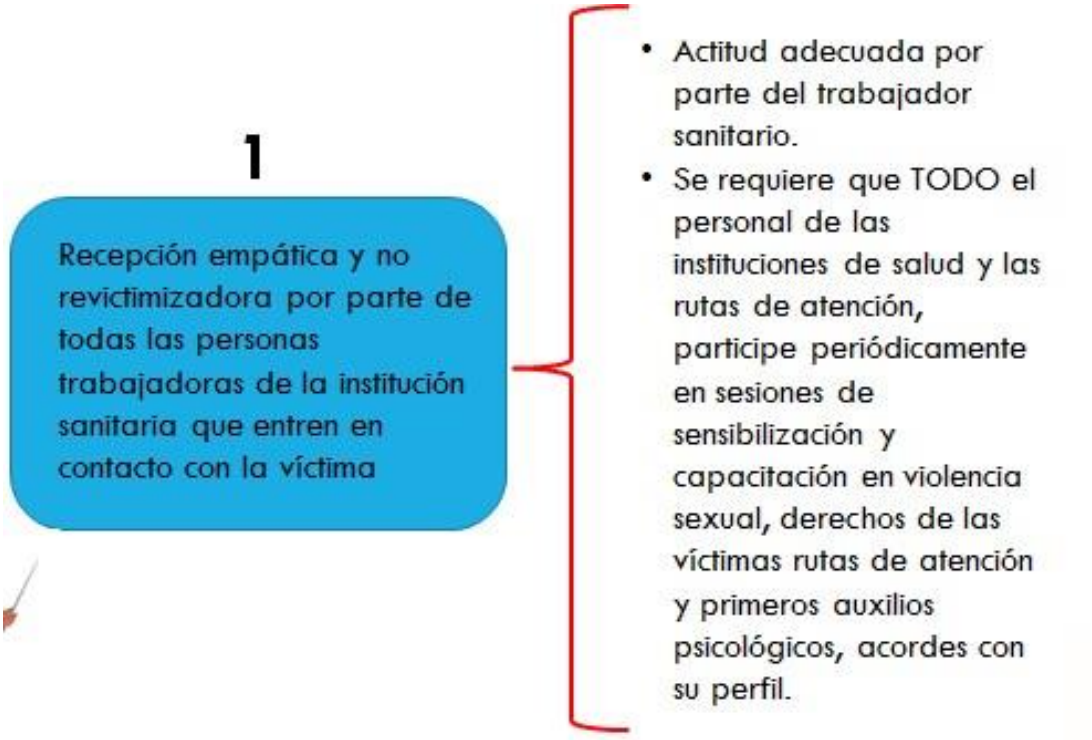
Fase aguda:

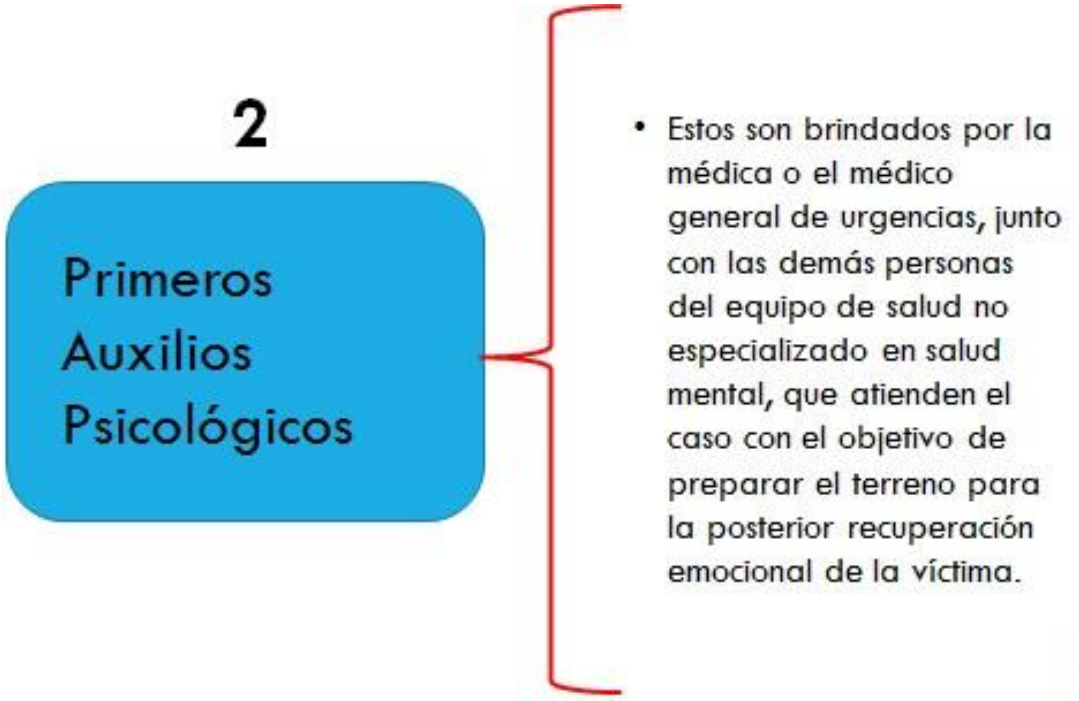
Así mismo y como consecuencias posteriores se pueden vivenciar una amplia gama de procesos emocionales y psicológicos que afectaran la calidad de vida, la salud mental, la forma de relacionarse con los otros, la autoimagen y autoestima del individuo, su readaptación al medio familiar y social, así como el desarrollo de algunos tipos de trastornos mentales.

- ✓ 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,



Acciones NO especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial en la institución de salud



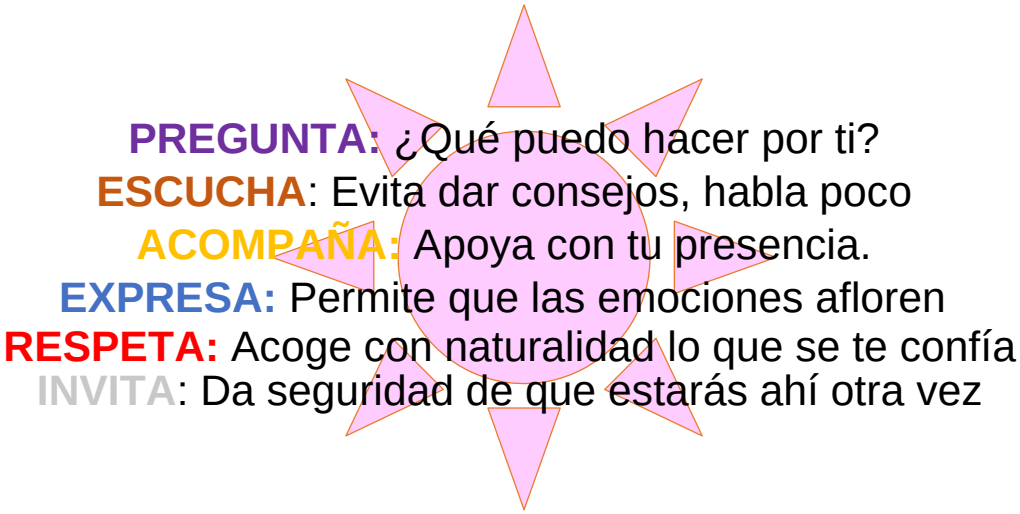


En general, debe tomarse en cuenta lo siguiente en torno a los primeros auxilios psicológicos para una víctima de violencia sexual

- Son muy diferentes a una entrevista psicológica, y no implica acciones de psicoterapia, aunque sirven para proteger de daños mayores a las víctimas.
- Se debe proporcionar a las victimas la 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.
- 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 apoyo18

- Según corresponda, remitir a la persona a los servicios de apoyo disponibles localmente, y a profesionales clínicos.

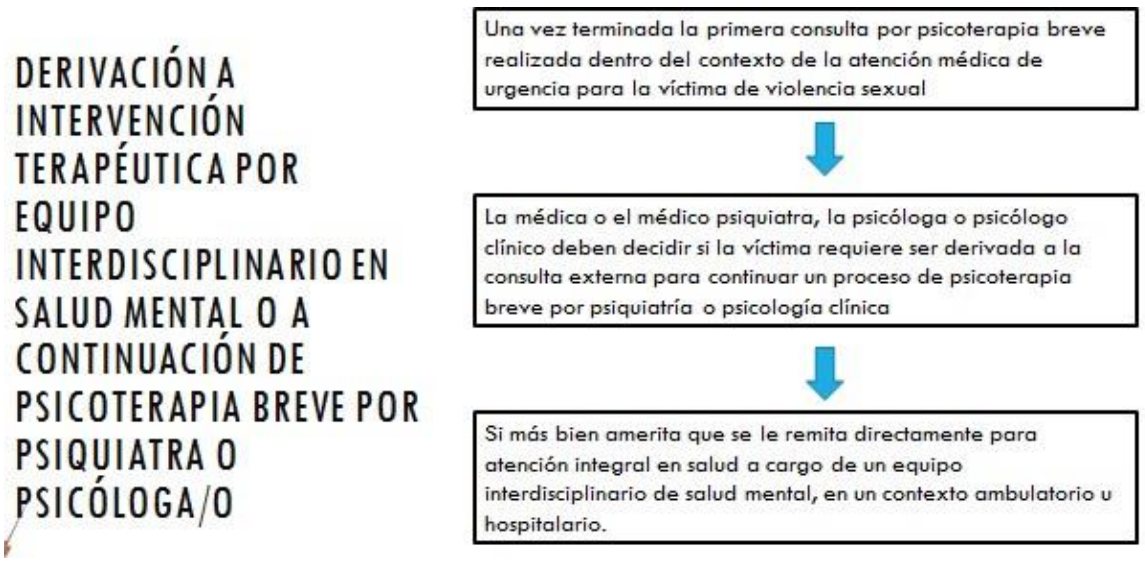
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS



Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial en 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.
- 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.



Características interpersonales requeridas en la médica o médico general que realice la atención inicial de la urgencia médica por violencia sexual:

- ✓ Trato empático, éste se da cuando quien presta la atención intenta conectarse con lo narrado por la víctima, fomentando la sensación de comprensión y de un genuino deseo de brindar ayuda.
- ✓ Confidencialidad.
- ✓ Escucha activa y tranquila, evidenciada en el lenguaje verbal y no verbal.
- ✓ Contexto de atención de la urgencia tranquilo y privado
- ✓ Evitar a toda costa emitir juicios o culpabilizar. En estas circunstancias las víctimas de violencia sexual y sus familias suelen desarrollar profundos sentimientos de culpa, en este sentido, emitir un juicio de valor en tal dirección podría dejar una huella permanente en la persona y su contexto.
- ✓ Debe fomentar en la superviviente sensación de control y autonomía.
- ✓ Generar seguridad.
- ✓ Sensibilidad por el tema y evidente deseo de ayudar a resolver la situación, esto se manifiesta en la preocupación real del profesional por el bienestar de la persona, más allá de los procesos y procedimientos.

PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima

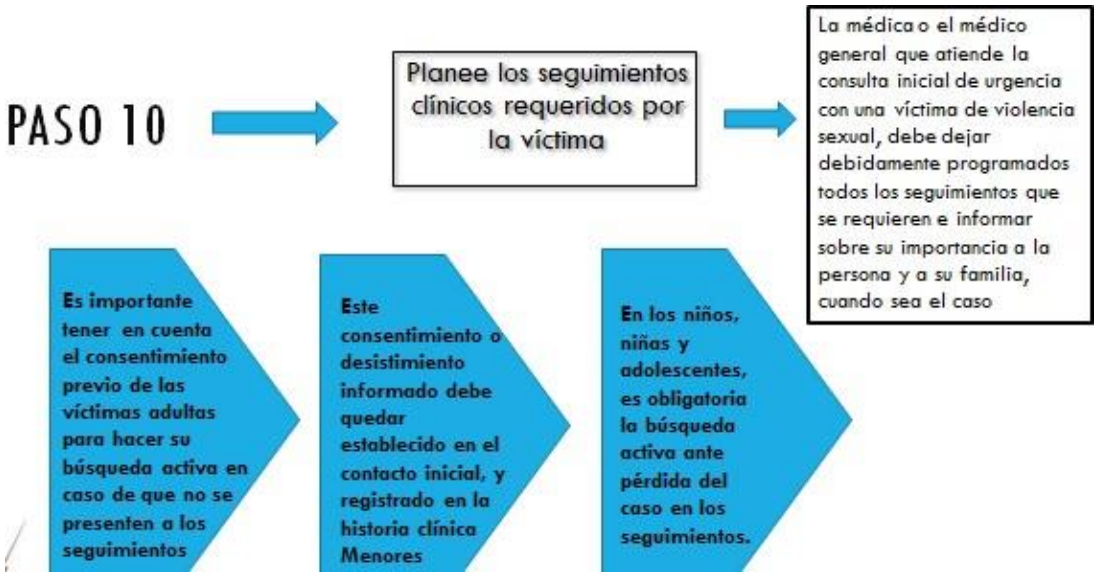
La médica o el médico general que atiende la consulta inicial de urgencia con una víctima de violencia sexual debe dejar debidamente programados todos los seguimientos que se requieren e informar sobre su importancia a la persona, y a su familia, cuando sea el caso.

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.

Éste 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 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. 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.



SEGUIMIENTO

Se tiene previsto que a cada víctima de violencia sexual le sean realizados un total de cinco (5) consultas de control luego de efectuada la atención inicial de urgencia, con la siguiente periodicidad:

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 clínicas.

.

De manera rutinaria debe contemplarse, como mínimo, la remisión a los siguientes profesionales:

1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.

2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH – SIDA.

3. 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.

4. 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 - SIJIN, DIJIN, 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 competencia

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 se 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.

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:

Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual. 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.

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.

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.

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 éste 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 plazos

.

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.

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 contrarreferencia, 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. Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

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.

Asesoramiento integral sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo prevención de embarazos.