

Lineamientos para el plan de atención en salud mental en consulta
externa a víctimas de violencia de género

Cecilia María Martin Riviere, Martha Cecilia Martínez, Edwin
Rodríguez

Laura Franco Cian (Directora)

Universidad El Bosque
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal
Bogotá D.C., Junio de 2019

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO**

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

**Lineamientos de atención en salud mental para víctimas de
violencia de género**

Presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal, son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros docentes de la Especialización en Psicología Clínica y Autoeficacia personal de la Universidad El Bosque por haber compartido sus conocimientos a lo largo del proceso de formación. De manera especial, a Laura Franco Cian tutora de nuestro proyecto de investigación quien nos ha guiado con su paciencia, y su conocimiento en este recorrido.

En estas líneas queremos agradecer a todas las personas que hicieron posible la construcción de estos lineamientos y que de alguna manera estuvieron con nosotros en los momentos difíciles, alegres, y tristes. Estas palabras son para ustedes.

A nuestras familias por su amor, comprensión y apoyo, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que me han tenido en este proceso de formación

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a las personas víctimas de violencias de género en reconocimiento de su dolor y el compromiso desde nuestra formación profesional por aliviarlo.

*“Hemos de secar sus lágrimas y transformar
sus caras tristes en caras felices.
Hemos de encender la llama de esperanza
y un mejor mañana en ellos.”*

- Begum Sehba Perwez Musharraf, Primera dama de Paquistán, 2005

Lineamientos de atención en salud mental a víctimas de violencia de género

Cecilia María Martin Riviere, Martha Cecilia Martínez, Edwin Rodríguez¹ y Laura Franco²

Resumen

El presente trabajo constituye un ejercicio de investigación desde la Especialización de Psicología Clínica y Autoeficacia Personal de la Universidad El Bosque, para la elaboración de lineamientos para la elaboración de un plan de atención en salud mental en la consulta externa, para víctimas de violencia de género. Surge a partir de la iniciativa de la línea de Investigación sobre salud mental, psicopatología y factores protectores. El trabajo profundiza sobre el contexto que existe respecto a las políticas para la atención primaria en salud mental, además de competencias sectoriales que incluyen a otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS - así como enfoques y conceptos claves a tener en cuenta en los procesos de atención las víctimas de violencia de género en Colombia. Lo anterior se complementa con una revisión bibliográfica, que examina la evidencia científica que existe en torno a las consecuencias para la salud mental de las personas que han sido víctimas de las violencias de género, tratamientos que muestran mayor evidencia empírica y los lineamientos gubernamentales que existen en torno a al abordaje de la atención a víctimas de la violencia de género con enfoque en atención en salud mental. Además, se identifican los tratamientos psicológicos basados en la evidencia y con enfoque de género para el abordaje integral en salud mental de las violencias de género. Por medio de estas actividades, se construyen lineamientos para generar un plan de acción en salud mental para la población específica.

Palabras clave: violencias de género, atención, salud mental, lineamientos.

¹ Estudiantes que optan por el título de Especialistas en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal

² Psicóloga. Magíster en Psicología clínica, máster en trastornos mentales graves, Especialista en psicopatología clínica y Especialista en docencia universitaria. Directora del trabajo de grado.

Tabla de contenido

Capítulo primero	7
Introducción	7
Justificación	12
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Capítulo segundo	17
Violencia de género	17
Marco normativo relacionado	21
Enfoques	30
Capítulo tercero	35
Método	35
Procedimiento	35
Aspectos éticos	37
Capítulo cuarto	38
Resultados	38
Lineamientos para el plan de atención en salud mental a víctimas de violencia de género	38
Antes de iniciar la intervención - Informar y reportar	40
Pasos iniciales	43
Atención en crisis.	42
Remisión a otras rutas o servicios.	45
Asesorar en sus derechos a las víctimas de violencia de género.	46

Recomendaciones para la intervención	48
Identificar y detectar casos de violencia de género - Interseccionalidad.	48
Investigaciones sobre intervención clínica individual en salud mental.	51
Realizar atenciones psicosociales individuales y grupales.	52
Recomendaciones para el seguimiento de la intervención	55
Recomendaciones para el cuidado del terapeuta	56
Capítulo quinto	58
Discusión	60
Recomendaciones para la evaluación, monitoreo y mejoramiento de los lineamientos	60
Qué es la evaluación	62
Qué es el monitoreo/seguimiento	63
Estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación.	64
Instrumentos para el monitoreo y evaluación.	66
Referencias	69
Apéndices	78

Lista de tablas

Tabla 1	
<i>Normatividad internacional relacionada a la prevención y sanción de las formas de violencia de género.</i>	23
Tabla 2	
<i>Normatividad colombiana relacionada</i>	29
Tabla 3	
<i>Códigos CIE 10 relacionados con las Violencias de género</i>	42
Tabla 4	
<i>Síntomas reportados por pacientes víctimas de violencia de género</i>	49

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Proceso para la evaluación, monitoreo y mejora de los lineamientos	65
<i>Figura 2.</i> Estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación	66

Lista de apéndices

Apéndice A

Financiamiento de los servicios de atención en salud mental: un enfoque en las víctimas de la violencia de género

Apéndice B

Directorio – Atención a víctimas de violencia de género

Apéndice C

Resumen de la financiación reglamentada por la Resolución 5857 de 2018 para la atención gratuita a víctimas

Capítulo primero

Introducción

Los lineamientos gubernamentales para la atención a víctimas de la violencia de género que se han desarrollado en el país definen el propósito, objetivos, contenido y actores que se deben considerar en el planteamiento efectivo de estrategias con un enfoque preventivo. Por otro lado, estos lineamientos se establecen con la necesidad de coordinar los principios de gobernanza y gobernabilidad, como los elementos claves desde los cuales es posible avanzar en la construcción de políticas públicas orientadas a prevenir este tipo de violencias. Otro factor relevante en los lineamientos es el de fortalecer la capacidad institucional para prevenir la violencia de género, además de establecer estrategias de integración y participación coordinada entre todos los actores sociales para evitar el desarrollo de la violencia contra la mujer en cualquier contexto o situación. Finalmente, los lineamientos orientan el desarrollo de procesos de cualificación para los profesionales en todo lo relacionado a la prevención y atención de violencias de género.

Sin embargo, los lineamientos que se han desarrollado por parte del Estado tienen un enfoque en el ámbito público, pero no se han desarrollado como tal lineamientos referentes a la salud mental, lo cual es clave para avanzar en el desarrollo de enfoques y estrategias de tipo preventivo. De esta manera, el desarrollo de estos lineamientos parte de un análisis de literatura, documental y de normas vigentes, con el fin de ayudar a fortalecer la respuesta institucional en salud mental en consulta externa a través de un insumo conceptual y teórico que cumpla con los requerimientos establecidos por Ley, y que se convierta en una herramienta para la toma de decisiones y formación de un plan de acción, dando respuesta a preguntas específicas en

el marco de atención integral en salud mental a víctimas de violencias de género, y favoreciendo la promoción de buenas prácticas, siempre basadas en evidencia científica y desde un enfoque de género.

El presente documento implica, en primer lugar, una revisión del marco normativo internacional y nacional en la materia, incluyendo un análisis sobre las medidas de protección, asistencia y atención, así como las experiencias documentadas en cuanto a principios, derechos y actuación con las víctimas de violencia de género, que oriente la realización efectiva de la atención en salud mental. Se parte de reconocer que en Colombia la violencia contra la mujer ha estado presente en todas las esferas sociales. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), a través de informe FORENSIS 2017, hace referencia a la violencia física en el marco de las relaciones de pareja como una de las más denunciadas en el país. Este informe hace un comparativo del periodo comprendido entre el año 2008 al 2017, evidenciando que el año 2009 presentó el mayor número de casos, con un total de 61.131, con un incremento en el decenio durante el año 2016 y disminución de 635 casos en el 2017 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018). Se resalta que en los casos analizados las mujeres son las principales víctimas. En cuanto al fenómeno de violencia sexual, en el 2017 se presentaron los mayores casos de delitos sexuales en el país durante la última década, con un total de 23.798, de modo que para el 2017 hay un aumento del 11,21% respecto al año 2016 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

De acuerdo a la información presentada por la Instituto Nacional de Salud en el 2017, “se reportaron 96.162 casos de violencias de género e intrafamiliar, 50.111 casos de violencia física, 22.988 de violencia sexual, 15.861 de negligencia y abandono y 7.232 casos de violencia psicológica” (Citado por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2017, p. 6), casos de los cuales 76,9% corresponden a mujeres y 23,1% a hombres. Más aún, el boletín epidemiológico del INS, del mes de mayo del 2018 reportó que en el 2017 se notificaron 98.999 casos sospechosos de violencia de género o violencia intrafamiliar, aumentado en un 5.4% desde el 2016, y afirmó que “La proporción de incidencia de violencia de género en intrafamiliar en Colombia es de 76,8

casos por 100.000 habitantes” (Instituto Nacional de Salud, 2018, p. 3), resaltando que la violencia física es la que más se reporta, seguida por la violencia psicológica y finalmente, la violencia sexual. Tan solo en lo que corresponde a los dos primeros meses del año 2019 (octava semana epidemiológica), el INS reporta 14.938 casos de violencia de género e intrafamiliar (Instituto Nacional de Salud, 2019).

Por tanto, la violencia de género se ha convertido en un problema de salud pública, al ser un fenómeno de alta prevalencia que afecta la vida, dignidad e integridad física y moral de la persona que la padece, y puede ocasionar problemas de salud física y mental a corto y largo plazo (Sierra, Macana y Cortés, 2006). Como lo explican Núñez y Carvajal (2004), la violencia de género deja unas huellas en las personas que son muy difíciles de borrar o de superar, debido a una violencia continua que afecta generalmente elementos importantes para el desarrollo humano, como la autoestima. En este sentido, la violencia de género es un problema de tipo ético, social y psicológico, que debe ser enfrentado a través de programas efectivos que ayuden a mejorar las relaciones entre las víctimas y su entorno próximo, promoviendo el desarrollo de espacios de diálogo y comunicación. En este sentido, los lineamientos están diseñados particularmente para la atención de casos donde las víctimas son mujeres, puesto que es población la más afectada.

Teniendo en cuenta las cifras presentadas y la importante problemática asociada a esta situación, el Estado Colombiano garantiza la atención integral a las víctimas de violencias de género a través de un trabajo interinstitucional que incluye a los sectores de salud, protección, justicia y servicios sociales. A través de la Ley 1257 de 2008 “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones” del Congreso de Colombia, se adoptan las medidas que permiten garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

Desde el sector salud, en el marco del abordaje integral de las violencias de género, el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado acciones para el fortalecimiento institucional en la construcción de lineamientos y rutas intersectoriales para la atención integral e integrada a las víctimas de violencias de género que responden a los mandatos de Ley. Por ejemplo, se destaca el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (Ministerio de la Protección Social, 2011), adoptado mediante la Resolución 459 de 2012, en el cual se establecen medidas y principios básicos para apoyar el trabajo de los equipos de salud en lo que tiene que ver con los protocolos de atención inmediata y reparadora para las víctimas de la violencia de género. En el modelo se brindan herramientas conceptuales, teóricas y metodológicas que permiten enfrentar las situaciones problemáticas a partir de enfoques integrales de atención. Además:

Fue construido a través de un trabajo de revisión nacional e internacional de los elementos técnicos y conceptuales para generar buenas prácticas de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, y ha contado para su construcción con la participación de profesionales e instituciones con amplia experiencia y formación en el abordaje integral a víctimas (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 26.)

Por otro lado, desde el marco del Instituto Nacional de Salud Ospina, Martínez, Pacheco y Bonilla (2017), desarrollaron el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para la Violencia de Género y Escolar. En este protocolo se reconoce que: “La violencia infligida por la pareja ocurre principalmente a partir de la adolescencia y la primera juventud, con mayor frecuencia en el contexto del matrimonio o la cohabitación, y suele incluir el maltrato físico, sexual y psíquico” (Ospina et al. 2017, p. 13). Por otro lado, se reconoce que la violencia de género, como problemática social, se presenta en aquellas familias o parejas que, por sus características, tanto en la dinámica como en su estructura relacional, se hacen permeables y vulnerables al desarrollo de actores desencadenantes y determinantes de los hechos violentos, razón por la cual es preciso establecer medidas preventivas a través de un conocimiento y asesoría continua a las parejas.

Como se puede apreciar, en Colombia se ha avanzado en el tema del diseño de medidas y protocolos para prevenir y evitar la violencia sexual. Sin embargo, es clave que estas iniciativas estén ligadas al desarrollo concreto de lineamientos en la atención en salud mental, con la finalidad de promover una atención integral que ayude a generar procesos efectivos de reparación. De esta manera, los lineamientos se establecen como instrumentos de consulta externa que incluyen los objetivos, pasos, medidas y enfoques específicos que deben orientar el plan de acción para la atención en salud mental, proponiendo de esta forma un producto de naturaleza flexible que se puede ajustar a las particularidades y necesidades específicas en cada institución prestadora de servicios de salud.

Lo anterior implica no solo proponer una ruta de atención o unos lineamientos que incluyan una definición completa y compleja de lo que implica la violencia de género, sino que además se pueda establecer como una herramienta o instrumento de sensibilización y capacitación a los prestadores de servicios de la salud, con el fin de mejorar la detección y atención de los casos relacionados, y así mitigar los efectos negativos que se puedan derivar de la vulneración de los derechos. Lo que supone promover procesos investigativos de análisis y revisión bibliográfica en torno a la atención enfocada en salud mental para las víctimas de violencia de género, además de reconocer el marco normativo vigente que permita orientar los lineamientos.

De acuerdo con el análisis que se ha planteado, con lo establecido por Ley en lo que se refiere al tema de violencia de género, a la atención en salud mental y al quehacer de los profesionales en salud mental para la atención de este fenómeno particular, es clave promover el desarrollo de nuevas estrategias para intervenir en materia efectiva las violencias de género reconocidas en el marco normativo, desde una perspectiva de género para la atención en salud mental.

El presente documento está desarrollado en tres secciones y contará con tres apéndices. En primer lugar se plantea el desarrollo del marco teórico y normativo, considerando todos los elementos y conceptos asociados al desarrollo de los lineamientos para establecer las estrategias y abordajes de atención. En segundo lugar se plantea el análisis sobre los enfoques, reconociendo los enfoques de derechos, de género, interseccional y

psicosocial, así como el principio de acción sin daño. Luego de plantear este análisis conceptual que también refleja el estado de la situación en el país, se plantea el desarrollo de los lineamientos, incluyendo las rutas de atención, los mínimos indispensables para atender en salud mental a la violencia de género, el reporte al Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional- SIVIGILA y las técnicas de intervención. Dentro de los lineamientos también se proponen estrategias para antes de iniciar la intervención y durante el proceso de atención. Finalmente, se establecen las actividades de evaluación y seguimiento. En el apéndice A se presenta el acceso al servicio y puesta del servicio a disposición del sistema de salud; en el apéndice B el directorio centros de apoyo y de atención a víctimas de violencia de género; en el apéndice C se presenta un resumen de la financiación reglamentada por la Resolución 5857 de 2018 para la atención gratuita a víctimas.

Justificación

Teniendo en cuenta que el panorama mundial y nacional muestra cifras alarmantes en torno a las violencias de género, es indispensable que las medidas de atención tengan en cuenta no solo el concepto legal que enmarca ser víctima de este fenómeno, sino que también reconozcan las particularidades de los daños sufridos a los que han sido expuestas las personas con estas vivencias particulares.

La violencia de género puede conllevar la aparición de numerosas repercusiones en la salud mental. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud – OMS (2013):

La exposición a eventos traumáticos que genera la violencia contra la mujer, puede causar estrés, miedo y desolación, lo que puede provocar depresión e intentos de suicidios. La exposición temprana de violencia y otros traumas pueden jugar un rol importante para predecir la violencia y la depresión (p. 1).

En lo referente a salud mental, las diferentes formas de violencia también pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, problemas alimentarios e intento de suicidio (Bordieu, 1998). El análisis de la OMS (2013) concluyó que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el

doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con consumo de alcohol. Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general. La perpetración de la violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida.

Según un informe de la Organización Internacional de la Salud y La Organización Panamericana de la Salud, 2013 “La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud, también pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia” (p. 1).

Las prevalencias de las formas de violencia contra la mujer son similares en todos los entornos sin distinción en países de ingresos altos o bajos, y las consecuencias traen efectos en la salud física, sexual, reproductiva y mental (Núñez y Carvajal, 2004). Por otro lado, la violencia de género está asociado a otro tipo de problemáticas que se desarrollan al interior de las familias, como las expresiones de violencia doméstica y el desarrollo continuo de conductas agresivas que son generalmente dirigidas y practicadas en contra de las mujeres. En conjunto, este tipo de conductas promueven la desestabilización del hogar, el ejercicio de la violencia y de las amenazas como herramientas o métodos de resolución de conflictos, además del establecimiento de patrones culturales negativos que afectan de forma considerable el desarrollo y la personalidad de las víctimas.

Existe información procedente de estudios científicos e informes sobre análisis que permiten afirmar que en efecto la violencia de género produce afectaciones a nivel físico y mental, lo que genera una nueva reflexión respecto a la importancia de promover nuevos abordajes de atención con enfoque de género. Por tanto, reconocer las afectaciones en salud mental de la violencia de género contribuye al desarrollo de una información clave que permite al profesional en salud mental implementar acciones o planes de prevención secundaria cuando se requiera.

Es importante especificar que el marco desde el cual debe entenderse y abordarse la violencia de género está estipulado por la Ley 1257 de 2008. Desde esta Ley se establece y compromete al sistema de salud para que la asistencia que preste sea integral y oportuna para las personas víctimas de violencia de género y que asegure que el acceso sea gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios. La integralidad de la atención, según la Ley 1257 de 2008, es entendida como un proceso que incluye la información, prevención, orientación, protección, sanción, reparación y estabilización. En cuanto a las medidas de atención, la ley promulga que las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen 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. Es decir que el sector salud en Colombia, tiene la responsabilidad de asegurar y garantizar la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas de violencias de género, de acuerdo con las competencias y responsabilidades articulando la atención con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, priorizando y atendiendo a las necesidades particulares de esta población.

Por tal motivo, el abordaje integral de las violencias de género implica el desarrollo de capacidades para el fortalecimiento institucional, la actualización personal y de las instituciones de salud en cuanto a competencias, conocimientos y habilidades de los/las funcionarios/as que les permita una atención efectiva. Desde esta perspectiva es necesario aclarar que la atención en salud implica ir más allá del concepto jurídico que asigna la salud como un derecho, y promover un acercamiento más directo, que tenga presente las condiciones de vulnerabilidad de las víctimas de violencias de género y se dirija a entender sus afectaciones específicas de tal manera que no sean patologizadas de manera inmediata, entendiendo que las diversas situaciones a las que han estado expuestos inciden en el desarrollo personal y social para la reestructuración de sus vidas, de forma que la atención en salud no solo contribuya a mitigar las afectaciones y la recuperación física de la víctima, sino al restablecimiento de su salud mental, en resumen una atención que incluya aspectos psicosociales con enfoque de género.

Esto se convierte en el punto de partida para ofrecer una atención integral con enfoque psicosocial que atienda por completo las necesidades de la víctima, y no solo las

necesidades médicas y físicas. El desconocimiento de los impactos en la salud mental generados por la exposición a hechos de violencia de género, impide una atención que cumpla a cabalidad con la integralidad en salud, que atienda las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, más aún cuando la población objeto de atención presenta características especiales que requieren no solo la atención de profesionales en salud, sino también el apoyo de diferentes actores sociales.

La atención integral a una víctima de violencia de género necesita de trabajo intersectorial, en el que se reconozcan las competencias complementarias los sectores de salud, protección, educación y justicia, para actuar de manera articulada y no victimizante, garantizando que la persona víctima reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía, dignidad y que le ayude en su recuperación física y emocional.

De esta forma, se reconoce la necesidad de una atención en salud mental de las víctimas de violencia de género desde un enfoque que permita realizar intervenciones en correspondencia con las necesidades de cada persona, reconociendo la salud como un derecho y no como la obligación en la prestación de un servicio. A través de una propuesta de atención integral e integrada, la idea es evitar la fragmentación de los servicios, identificando ofertas de atención y competencias institucionales que fortalezcan la atención y den respuesta a la necesidad específica de salud mental generada por el padecimiento o la exposición a alguno de los tipos de violencia reconocidos en el marco de la ley. En esta medida, teniendo en cuenta la normativa que rige la labor de atención primaria, es notoria la importancia de aportar en el diseño de lineamientos que cumplan con lo que la ley dictamina para la atención a víctimas de violencia de género y que reconozca los conocimientos de atención que ya realizan diariamente los y las profesionales de atención en salud mental.

Objetivo general

Diseñar lineamientos que sirvan como guía en la elaboración de planes de atención de los y las profesionales de consulta externa, guiando sus acciones para poder prestar un servicio de atención integral y oportuna a víctimas de violencia de género en donde se reduzca el riesgo de re-victimización y el desarrollo o agravio de otras patologías mentales. Esto, por medio de recomendaciones prácticas para la atención a las víctimas y a las personas significativas de su entorno.

Objetivos específicos

- Realizar una revisión conceptual y legislativa sobre la violencia de género y su atención en el contexto Colombiano.
- Realizar una revisión bibliográfica que permita identificar y brindar herramientas prácticas para los profesionales en salud mental de consulta externa para la atención a víctimas de violencia de género, que permita que estos/as amplíen su conocimiento sobre el asunto y adquieran habilidades en la materia.
- Generar una guía que permita orientar el ejercicio de identificación, abordaje e intervención y seguimiento en casos de violencia de género, así como la labor de realizar acciones de articulación intersectorial que promuevan el restablecimiento de los derechos de las víctimas y las personas significativas de su entorno.
- Otorgar recomendaciones para reducir el riesgo de afectaciones en el/la profesional que atienden a los sujetos víctimas de violencia de género.

Capítulo segundo

Violencia de género

Durante muchos años, la categoría de género fue reducida a una clasificación de papeles o roles dentro de la sociedad, fundamentadas en funciones biológicas y sexuales (Conway, Bourque y Scott, 1987). No obstante, en el estudio del género han convergido diferentes investigaciones académicas que han concluido que más allá de las diferencias biológicas, el género es un constructo cultural complejo que genera límites y “fronteras de género”, moldeando de esta forma como debe actuar un hombre y una mujer (Conway, Bourque y Scott, 1987). De allí que se defina “género” como “los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres” (Organización Mundial de la Salud, párra. 1, 2019). Estos conceptos sociales generan importantes desigualdades entre los hombres y las mujeres y por lo tanto se consolida como una de las “estructuras sociales de dominación” como también lo son la raza, la etnia y la clase o condición social (Adrián, 2015). Más particularmente, en el caso de Colombia, el término género se entiende como un “estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de estos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad” (Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género [SIVIGE], 2016).

Así pues, si se entiende que el género ha servido como una estructura de dominación y de establecimiento de relaciones de poder, que resultan en formas de desigualdad y asimetría, se vuelve evidente que del constructo se derivarían ejercicios o conductas de la sociedad que perpetúan estas diferencias. A esto se le denomina violencia de género,

que, según lo definido por el poder ejecutivo de Colombia es “cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género, que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino” (Ministerio de Salud y Protección Social, párra. 1, 2018). Es importante denotar como esta definición de la violencia de género, así como muchas otras, subrayan únicamente la estructura social que privilegia lo masculino y menosprecia a lo femenino. Esto denota, tal como lo aclara el SIVIGE, que las víctimas de violencia de género no son solo las mujeres sino también “todas aquellas personas e individuos que se alejan del sistema binario clásico sexo-género, como es el caso de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas o no normativas” (2016, p. 16).

Comprender el género como un constructo social que ha permitido ejercicios de dominación, es comprender dicho constructo como un ejemplo de la violencia estructural que Galtung presenta en 1996. La violencia, comprendida como “la privación de derechos humanos fundamentales, (...) de la búsqueda de la felicidad y prosperidad y (...) una disminución del nivel real de satisfacción de las necesidades básicas” (Galtung, 2016, p. 150) no sólo se evidencia de manera directa, sino que puede establecerse de manera estructural cuando la resolución sistemática de los conflictos entre dos o más grupos de una sociedad favorece a una de las partes del conflicto al otorgar mayor acceso y uso de recursos para cumplir con las necesidades básicas (de supervivencia, bienestar, de identidad, libertad) (Galtung, 1990; La Parra y Tortosa, 2003). Este tipo de violencia no requiere de una violencia directa para incidir en la estructuración social, contrario a lo que sucede en guerras u otros contextos bélicos. Así pues, la violencia estructural pone de manifiesto que la desigualdad e injusticia no puede ser determinada únicamente por dinámicas económicas sino por factores sociales, culturales e institucionales que no sólo se pueden manifestar de manera intergrupar sino también de manera global (La Parra y Tortosa, 2003). Sólo tomando el ejemplo de desigualdad entre el género femenino y masculino se observan múltiples ejemplos que evidencian el menor acceso a recursos del primero: menor salario, acceso a peores trabajos, menos posibilidades de ascender profesionalmente, menos opciones para el desarrollo de su

sexualidad que corresponden a condiciones donde el tipo de relación predominante no es el acto violento concreto, sino más bien el uso de distintos mecanismos para que se produzca un reparto, acceso o posibilidad de uso de los recursos desfavorable al grupo en una posición de debilidad” (La Parra y Tortosa, 2003, p. 64).

Esto último, evidencia que la categoría social de género no es unidimensional, sino que se relaciona con otras categorías como lo son la preferencia sexual, la posición socioeconómica, el nivel educativo, entre otras. A esto, se le ha conocido como *interseccionalidad* la cual se entiende como una perspectiva teórica que analiza y estudia cómo las diferentes categorías sociales y culturales se entrelazan y generan sistemas que privilegian a unos y oprimen a otros (Bowleg, 2012). Es decir, atribuir las opresiones e inequidades únicamente a la variable género no es suficiente para describir el trato inequitativo que existe y las afectaciones en múltiples áreas que acarrea: tal como Crenshaw afirma (trad. 2012) “la violencia que viven muchas mujeres a menudo se conforma por otras dimensiones de sus identidades, como son la raza o la clase” (p. 88). Más aún, existen diferentes niveles de vulneración que se ven implicados en la problemática. Tal como lo propone Lori Heise (1998), esto puede explicarse a través de un modelo ecológico integrado en donde se pueden reconocer diferentes niveles de vulneración: la historia personal (que incluye la presencia de violencia o malos tratos durante la infancia), factores de riesgo ligados al contexto inmediato donde sucede el hecho (que incluye la dominación familiar masculina, el consumo y el conflicto), el sistema exógeno (posición social en donde se sitúa el individuo, en donde se incluye la posición baja socioeconómica) y factores del macrosistema (actitudes, creencias y normas que impregnan la cultura donde vive la mujer).

La sociedad se ha construido sobre una serie de instituciones estructurales que caracterizan el patriarcado, lo cual no sólo ha afectado la satisfacción de las necesidades del género femenino, sino que resulta en que este tipo de violencias “se perciban como cargadas de razón” (Galtung, 2016, p. 149). Esto último, debido a que la violencia de género ha pasado por un proceso de internalización como *violencia cultural*, la cual legitima las injusticias y así impide “la formación de la conciencia y la movilización, que son las dos condiciones para la lucha eficaz contra la dominación y la explotación”

(Galtung, 2016, p. 153). Debido a la complejidad que implica definir a la violencia de género, se identifican múltiples lugares (“locus”), agentes y manifestaciones del mismo problema (O’Toole y Schiffman, 1997):

- Entre los lugares/agentes se destacan: la familia, el grupo social de referencia (que incluye tanto el trabajo como los medios sociales) y el Estado (donde se incluye la violencia política y de custodia)
- Entre los tipos de manifestaciones las autoras incluyen: Agresión física, abuso sexual, abuso emocional, acoso sexual, comercialización y uso del cuerpo, entre otros.

Por esto, diferentes organizaciones de mujeres trabajan en re-definir la violencia de género como resultado de la estructura social, poniendo de manifiesto que estas violencias abarcan prácticas múltiples, visibles pero ignoradas, expresión de “una misoginia histórica explícita con el desconocimiento de los derechos humanos de las mujeres” (Munévar-Munévar & Mena-Ortiz, 2009, p. 356). No por esto deja de sorprender que estimaciones mundiales evidencian que alrededor de “una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Así pues, es evidente que la violencia de género “es un fenómeno complejo determinado por fuerzas que operan a nivel individual, relacional, comunitario y social” (Morrison, Ellsberg y Bott, 2005, p. ii). Por esta razón, la intervención que se proponga realizar a este problema no debe ser unidimensional y simple, sino que debe comprender magnitud y la compleja dinámica de las violencias de género. Esto implica no sólo proponer una ruta de atención o un protocolo que incluya una definición completa y compleja de lo que implica la violencia de género, sino que ésta, a su vez, se pueda constituir en una herramienta que permita sensibilizar a los prestadores de servicios de la salud en la atención de la problemática. Esto, con el fin de mejorar la detección y atención de los casos relacionados, y así mitigar los efectos patologizantes que se puedan derivar de la vulneración. De esta forma, al conocer las dimensiones que contempla la violencia de género, los efectos en la salud mental y física que implica y las propuestas de intervención más acertadas, se fortalecerá la atención que el prestador

de salud pueda dar al brindar orientaciones, establecer sus referencias e intervenciones y ayudar a las víctimas de violencia de género:

Al comprender la relación entre violencia y género, los prestadores de servicios de salud tendrán herramientas para reconocer que se trata de una problemática multifactorial ligada al contexto. Asimismo, reconocerán que este tipo de violencia tiene un impacto directo en la salud de las usuarias de sus servicios y, por lo tanto, que es fundamental adquirir los conocimientos y habilidades para poder abordarla (Zúñiga Vega, García, Meglioli, y Valades, S.F, p. 17).

La complejidad de la problemática de violencia de género no solo se limita a su definición sino también a la amplia variedad de efectos que ésta tiene sobre la sociedad y sobre sus víctimas. Entre estos efectos, se incluyen costos económicos, mayor riesgo de padecer enfermedades tanto transmisibles como no-transmisibles, aumento en mortalidad asociada al embarazo, afectaciones en salud sexual y reproductiva, lesiones y discapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2015). Más aún, “La violencia tiene efectos profundos sobre la salud mental como trastornos por estrés postraumático, depresión, ansiedad y dolencias debidas al consumo nocivo de alcohol y drogas (Organización Panamericana de la Salud, 2015, p. 7). Por esto, es fundamental una atención que reconozca todos los riesgos, vulnerabilidades y vulneraciones que se asocian con la problemática de la violencia de género, para así asegurar que su atención sea lo más completa y eficiente posible.

Marco normativo relacionado

Desde la Constitución Colombiana de 1991, en su artículo 15, se establece que, no solo todas las personas nacen libres e iguales, deberán recibir la misma protección, trato y acceso a los derechos y oportunidades sino que también el Estado “promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados (...) protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”

(Corte Constitucional y Consejo Superior de la Judicatura, 2010, p. 15-16). Si se entiende que la violencia de género, como ya se describió anteriormente, constituye no solamente una violación a los derechos humanos fundamentales, sino que se ha constituido como un problema de salud pública, se entiende también la importancia de realizar intervenciones para mitigar la desigualdad existente. Más aún, existen tratados internacionales que Colombia ratifica y por ende son reconocidas por la Corte Constitucional e incluyen ordenamientos jurídicos para fundamentar el desarrollo de políticas públicas entre los cuales se destacan:

- La Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia de la mujer (1993) – Ratificado en Colombia a través de la resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994) – Ratificada a través de la Ley 248 de 1995
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (1979) - Ratificada a través de la Ley 51 de 1981

Estas le confieren al Estado Colombiano los compromisos de adoptar medidas adecuadas para modificar leyes o prácticas de discriminación a la mujer para así modificar patrones socioculturales que fundamenten los actos discriminatorios y promover condiciones para una verdadera igualdad de condiciones (Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género [SIVIGE], 2006; Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010; Equidad de la Mujer, 2016).

Más aún, al participar en la red de Estados que son parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Colombia participó en la aprobación de la Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia Contra la Mujer para el Periodo 2015-2025 que “adopta un enfoque de salud pública del problema de la violencia contra la mujer y se ofrece una hoja de ruta para que los sistemas de salud puedan sumarse a un esfuerzo multisectorial a fin de prevenir y responder a este tipo de violencia” (Organización Panamericana de la Salud, 2015, p. 4). Así pues, estos lineamientos de atención a víctimas de violencia de género aportarían al cumplimiento de las dos últimas líneas de acción que se propone: “fortalecer la

capacidad de los sistemas de salud para prestar atención y apoyo eficaces a las mujeres que son víctimas de la violencia (...) fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer” (Organización Panamericana de la Salud, 2015, p. 10).

Por último, resulta importante mencionar que Colombia es parte de los países que acuerdan los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la agenda 2030 presentados por las Naciones Unidas el cual se configura como un plan de acción para “poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2019, párra. 1). Dentro de los 17 objetivos que contempla, entra a colación para el fin de estos lineamientos el número cinco “Igualdad de Género” la cual se plantea erradicar todas las formas de discriminación para mujeres y niñas en el mundo. A partir de este objetivo, se deberá trabajar para asegurar que “todos los esfuerzos de desarrollo tomen en cuenta las experiencias, necesidades y contribuciones de las mujeres” y, específicamente para el tema de violencias de género “mejorar el acceso a la justicia para los sobrevivientes de violencia de género, poner fin a la impunidad de los perpetradores y proporcionar a los sobrevivientes apoyo y servicios multisectoriales” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2019, párra. 1). En la tabla 1, se resume la normatividad internacional que se relaciona a la prevención y sanción de las formas de violencia de género.

Tabla 1

Normatividad internacional relacionada a la prevención y sanción de las formas de violencia de género.

Normatividad	Ratificación/Soporte
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Para”.	Ley 248 de 1995: ratifica la Convención Interamericana de Belém do Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.	Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993
Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos del niño, relativo a la venta de	Ley 765 de 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

niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.	Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía’, adoptado en Nueva York, el veinticinco (25) de Mayo de dos mil (2000)”
Resoluciones aprobadas por la Conferencia Mundial sobre la Mujer: declaración y plataforma de acción de Beijing.	Cuarta conferencia mundial sobre la mujer (4 a 15 de septiembre de 1995)
Protocolo de las Naciones Unidas para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños.	Ley 800 de 2003: Por medio de la cual se aprueban la “Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional” y el “Protocolo para Prevenir, Reprimir y sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional”, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas 15 de noviembre del 2000.
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) y Protocolo Facultativo de la CEDAW (1999).	Ley 51 de 1981: ratifica la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW–
Convención Americana de derechos humanos (Pacto de San José)	
Objetivos de desarrollo sostenible	Aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2015

Ahora bien, es importante que los lineamientos y las acciones que se contemplen no sólo se enmarquen en la normativa internacional que justifica el desarrollo de políticas públicas que justifican la intervención en violencias de género, sino que se debe enmarcar en la normatividad nacional vigente. Es importante denotar que tanto en la normativa internacional como nacional se especifican las acciones para la violencia contra la mujer concretamente.

Desde la normatividad vigente existen una serie de leyes que se instauran con el objetivo de otorgar una atención integral a las víctimas de violencia de género. Se destaca el uso de la palabra “integral”, la cual hace referencia a que en la atención en salud se cuente con equidad en el acceso a los beneficios que proporcionarían planes,

programas, proyectos, estrategias, entre otros, para las personas, familias y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) para poder garantizar el derecho fundamental a la salud. Más aun, tal como se plantea en la Política de Atención Integral en Salud, desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) a partir de lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia, se “reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos (...) el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial” (p. 32).

Más aun, dicha ley establece la salud como un derecho fundamental y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Recalca, en su artículo número 8 la necesidad de integralidad en los servicios de salud y explicita en su artículo 9 que el Estado Colombiano deberá adoptar políticas que logren reducir las desigualdades en los determinantes sociales de la salud (Congreso de Colombia, 2015). De esta forma, se reconoce que el Estado colombiano, desde el modelo de los determinantes en salud, reconoce niveles diferentes de vulnerabilidad y, por ende, la atención en Colombia no sólo debe ser integral sino también intersectorial, es decir, que identifique la totalidad de la oferta institucional y garantizar el acceso a los servicios que estos ofrecen para el restablecimiento de los derechos amenazados o vulnerados. De allí que, en estos lineamientos, se incluya como apéndice un directorio de organizaciones y entidades que se enfocan en la atención en diferentes niveles para la población objeto de intervención (Apéndice b): si bien estos lineamientos se construyen para la atención en salud mental de víctimas de violencia de género, particularmente mujeres, no se desconocen ni los diferentes niveles en los que se dan la afectación como lo son los derechos, lo social, lo económico, entre otros, ni tampoco se desconocen otros grupos que se ven afectados por la violencia de género, como la población LGTBI-Q, por lo cual se incluye en el directorio diferentes organizaciones especializadas que podrían aportar una atención integral y oportuna a las víctimas.

Actualmente se encuentran en vigencia una serie de leyes como lo son la Ley 360 de 1997, Ley 906 de 2004, Ley 1146 de 2007, Ley 1257 de 2008 y Ley 1719 de 2014, que

son de cumplimiento obligatorio para las entidades de control y de prestación de servicios de salud en atención a víctimas de violencia de género (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Estas establecen una diferenciación entre las necesidades de la población común y las necesidades de las personas víctimas de violencias de género, de forma que tengan una atención ajustada a sus afectaciones. De estas, se destaca en estos lineamientos, la Ley 1257 de 2008 expedida por el Congreso de Colombia “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal”. Esto, ya que es la ley que establece las definiciones del concepto de daño contra la mujer, según su artículo 3º de la siguiente forma (Congreso de Colombia, 2008):

- Daño psicológico: Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.
- Daño o sufrimiento físico: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.
- Daño o sufrimiento sexual: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.
- Daño patrimonial/Económico: Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

Así pues, esta ley no sólo desglosa los tipos de daños reconocidos por el Estado colombiano, sino que genera orientaciones hacia una intervención y atención indicando

que toda víctima tiene derecho a, según su artículo octavo, “recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad” (Congreso de Colombia, 2008, p. 3) y en su literal g indica que estas víctimas tienen derecho a “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” (Congreso de Colombia, 2008, p.4). Por tal motivo, es responsabilidad de cada institución o autoridad adoptar medidas de sensibilización y prevención, tal como lo reza la norma en su capítulo cuarto, artículo noveno, la cual habla acerca de estas medidas. Aquí indica que esta responsabilidad está en cabeza del gobierno nacional y por tal motivo debe ejecutar dichos programas y capacitar a cada uno de los entes y personal para garantizar un mejor servicio a cada una de las víctimas de violencia de género. Más aún, el artículo 11 de la misma ley, indica la responsabilidad de las instituciones educativas por medio del Ministerio de Educación y le asigna unas funciones para que “incorporen la formación en el respeto de los derechos, libertades, autonomía e igualdad entre hombres y mujeres como parte de la cátedra en Derechos Humanos” (Congreso de Colombia, 2008, p. 5). Igualmente, en el artículo 2 menciona que es deber “desarrollar políticas y programas que contribuyan a sensibilizar, capacitar y entrenar a la comunidad educativa, especialmente docentes, estudiantes y padres de familia, en el tema de la violencia contra las mujeres” (Congreso de Colombia, 2008, p.6).

Entonces, se reconocen varios aspectos fundamentales para la atención a víctimas de violencia de género, entre las cuales se destacan para fin de este proyecto la educación y la salud mental. El hecho de que el Estado reconozca la violencia de género como un problema de salud pública, por las afectaciones tanto físicas como mentales y emocionales que generan, pone en evidencia la necesidad de una atención psicológica a las víctimas. En esta medida, la atención en salud mental se encuentra reglamentada principalmente por dos leyes. En primer lugar, la Ley 1438 de 2011 (Artículo 54) la cual dictamina la gratuidad en la prestación de servicios de salud para el restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia de género y la Ley 1616 de 2013, por la cual se expide la ley de salud mental. Esta última, define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de Colombia, 2013, p. 1)

Esta definición permite identificar los diferentes niveles que se deben tener en cuenta al trabajar en salud mental, tanto en el individuo como fuera de él. Más aun, se destaca que su artículo cuarto recalca la obligatoriedad del Estado de garantizar la promoción de salud mental y la prevención del trastorno mental “que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales” (Congreso de Colombia, 2015, p. 2) y establece que dichas acciones de promoción y prevención serán de obligatoria implementación por parte de una serie de instituciones entre las cuales se explicita las Entidades Prestadoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Más aún, determina que dentro del equipo interdisciplinario que deberán tener las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, deberá incluirse psicología, grupo de profesionales a los cuales están destinados los presentes lineamientos. Los principios que otorgan estas dos leyes son entonces transversales a los procesos de atención a las víctimas. Se enfatiza que la atención a víctimas de violencia sexual debe tener un componente clínico para la salud mental que logre intervenir sobre las afectaciones psíquicas que podrían presentar las personas que han sufrido estas violencias, o incluso las afectaciones por la somatización del estrés generado por la vulneración (Heise, Ellsberg, y Gottmoeller, 2002).

Más aun, en la Ley 1616 del 2013 del Ministerio de Salud y Protección social cita que se debe cumplir con la atención descrita en el plan obligatorio de salud, la cual actualmente se encuentra regida por la resolución 5857 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y que en su capítulo 6 “salud mental” establece el número de sesiones que deben financiar. Dicha información se resume en la Apéndice C.

Por último, la ley 1257 de 2008 también establece que la víctima podrá acceder a medidas de atención y protección tales como habitación, alimentación y transporte a la víctima y a los hijos/as cuando estos sean inherentes a la atención o tratamiento recomendado por profesionales en salud. Estas medidas podrán ser proporcionadas por los servicios prestados por el Sistema General de Seguridad Social en salud, o por medio de un subsidio monetario que en el régimen contributivo será el mismo a la cotización que realice la víctima y en el subsidiado equivaldrá a un salario mínimo mensual vigente. Dichas medidas se brindarán por un término de 6 meses prorrogables por un periodo igual y la encargada de evaluar mensualmente la continuidad de las medidas de atención serán las Empresas Promotoras de Salud quien podrá revocar las medidas en cualquier momento.

En la tabla 2 a continuación se presenta la legislación de carácter nacional que reglamenta la prevención, sensibilización y atención a víctimas de violencia de género:

Tabla 2

Normatividad colombiana relacionada

Ley 360 de 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
Ley 906 de 2004	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Artículo 11. Derechos de las víctimas
Ley 823 de 2003	Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres.
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.
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos de procedimiento penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones y sus respectivos decretos reglamentarios.
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Establece normas específicas para las mujeres en los artículos 114 al 118.
Ley 1438 de 2011	Artículo 54 – dictamina la gratuidad en la prestación de servicios de salud para el restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia de género
Ley 1482 de 2011	Garantiza la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de

	racismo o discriminación
Resolución 459 de 2012	Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual
Ley 1616 de 2016	Por la cual se expide la ley de Salud Mental
Ley 1719 de 2014	Por la cual se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado
Ley 1639 de 2013	Por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la ley 599 de 2000
Ley 1773 de 2016	Por medio de la cual se reglamenta el delito de lesiones con agentes químicos, ácido y/o sustancias similares
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
Sentencia 754 de 2015	Protocolo Atención integral y gratuita en salud de personas víctimas de violencia sexual
Sentencia 867 de 2014	Derechos de víctimas de violencia sexual a no ser sometidos a pruebas repetitivas-inhibición para pronunciarse de fondo sobre la constitucionalidad de la disposición demandada

Para los presentes lineamientos, se genera una revisión sobre la atención en consultorios de psicología y sobre los mínimos necesarios para la prestación del servicio de atención en víctimas de violencia de género, la cual se anexa al trabajo realizado (Apéndice A).

Enfoques

Al llegar a este punto, el profesional que atenderá a las víctimas de violencia de género comprenderá que la violencia de género es un fenómeno complejo, el cual integra fuerzas e influencias de diferentes niveles y, por ende, comprenderá que la atención que deberá comprender y enmarcar en una serie de enfoques conceptuales, los cuales serán los pilares de la postura terapéutica y re-establecedora de derechos que deberá asumirse. Esta postura ética y conceptual puede resumirse en los siguientes cinco puntos, correspondientes a los cinco enfoques que transversalizan el proceso de atención:

- Será prioritario reconocer, proteger y garantizar los derechos de las personas víctimas de violencia de género
- La violencia de género, sus causas y consecuencias, tienen impactos diferenciados en diferentes grupos poblacionales. Esto se debe a las relaciones estructurales de control y de poder formadas alrededor del constructo de género.
- Será indispensable sostener una postura que reconozca los efectos de las diferentes intersecciones que componen la identidad del individuo víctima de la violencia de género
- Se deberá abordar al sujeto víctima como parte del contexto donde se desarrolla y la comunidad en la que se está inmerso y, por ende, se deberá integrar la participación de diferentes sectores para la garantía de sus derechos. Así mismo, la atención deberá ir más allá de la restitución de los derechos de la persona, y deberá velar por la garantía de la dignidad de la persona víctima y quienes se encuentran en su medio.
- Las acciones que se planteen durante la atención a las víctimas de violencia de género, deben realizarse tras un análisis de los posibles efectos nocivos que podrían tener, buscando minimizarlos.

Siendo así, en los presentes lineamientos se tienen en cuenta cinco enfoques diferentes: a) enfoque de derechos, b) enfoque de género, c) enfoque interseccional, d) enfoque psicosocial y e) perspectiva de acción sin daño. A continuación, se explica cada uno de estos enfoques.

- A partir del enfoque de derechos se entiende que los derechos humanos son universales, inalienables e indivisibles para todos los seres humanos, sin ninguna excepción o discriminación. Con el objetivo de lograr un consenso al hablar del Enfoque Basado en los Derechos Humanos, las Naciones Unidas establecen el “Entendimiento Común Sobre un Enfoque Basado en los Derechos para la Cooperación para el Desarrollo” en el 2003. En este, se establece que los derechos humanos deben ser los principios fundamentales en el momento de desarrollar un programa, plan o política y, por ende, estos programas, planes o políticas deben tener como objetivo principal el de la realización de los derechos humanos determinados en la Declaración Universal de

Derechos humanos (Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas, 2003; Burgorgue-Larsen, Maués, & Sánchez Mojica, 2014). Más aun, desde la lógica de dicho enfoque, se deben orientar, de acuerdo a los principios de las declaraciones de los derechos humanos, las labores de cooperación para el desarrollo en todos los sectores y, además, se debe procurar fortalecer las capacidades de los y las ciudadanos/as, como titulares de sus derechos, para demandarlos, y fortalecer al Estado, en su capacidad de realizar o crear condiciones para su vigencia (Burgorgue-Larsen, Maués, & Sánchez Mojica, 2014). Así pues, estos lineamientos se plantean como una herramienta para reconocer, proteger, garantizar y promover el ejercicio de los derechos de las personas víctimas de violencia de género, volviendo esto un pilar principal en la atención de dicha población.

- El enfoque de género se trata de un enfoque que reconoce las diferencias existentes a partir del constructo social de género y “apunta a analizar los impactos diferenciados del sistema de género en varones y mujeres, que permite tener en cuenta las especificidades de las personas como seres integrales y que, al mismo tiempo, ayuda a implementar medidas para corregir las desigualdades” (Rigat-Pflaum, 2008, p.41.). Dicho enfoque, analiza las relaciones sociales que históricamente han existido en relación al género, la cual sistemáticamente ha evidenciado la existencia de desigualdades, principalmente frente al acceso y respeto de los derechos del género femenino, y se propone establecer acciones que las mitiguen. La perspectiva de género pone de manifiesto cómo las diferentes estructuras de poder han perpetuado la victimización de ciertos grupos minoritarios y es adoptada como pilar central en estos lineamientos de atención porque permitirá no solo reconocer las diferencias que perpetúan las desigualdades, sino también propiciar una atención integral que busque contribuir a la igualdad de género en términos de acceso y garantía de los derechos.

- Desde el enfoque interseccional, se parte de que la identidad del ser humano no está compuesta por una única categoría, sino que está atravesada por una serie de categorías sociales como lo son el género, la raza, la clase social y la sexualidad, entre otros. De ahí que, desde un enfoque interseccional, se reconozca que una sola identidad, como lo es el género, no puede explicar todas las inequidades en términos de acceso a derechos y privilegios, sino que reconoce que dichas inequidades se establecen debido a

las intersecciones entre las diferentes categorías sociales (Bowleg, 2012). Similar a lo expuesto previamente para el enfoque de género, el enfoque interseccional no se propone únicamente estudiar y poner de manifiesto los efectos de las intersecciones entre categorías, sino que busca analizarlas y así poder incidir en las políticas y programas que se desarrollen para mitigar las desigualdades que sistemáticamente se han evidenciado en la intersección de diferentes categorías sociales (Bowleg, 2012). Así pues, quien realice una intervención de una víctima de violencia de género y que tome como guía este protocolo de atención, no sólo deberá analizar el efecto que la categoría del género tuvo sobre la perpetuación del hecho violento, sino que también deberá comprender al individuo en términos de categorías múltiples de identidad, diferencia y desventaja en términos de accesos a derechos y privilegios sociales, económicos y políticos, lo cual permitirá que el profesional sea menos propenso a dejar de lado vulnerabilidades asociadas a otros factores (Cole, 2009).

- El enfoque psicosocial permite adoptar una perspectiva basada en la comprensión de las complejas relaciones que existen entre el sujeto y la sociedad y reconoce que la constitución del ser humano y la emergencia de su subjetividad, es resultado de “un proceso sistémico de interacción social, comunicativa y simbólica que implica la emergencia de la propia subjetividad y la construcción y/o reconstrucción de la colectividad” (Villa Gómez, 2012, p. 353). Así mismo, el enfoque reconoce que las violencias de género afectan una multiplicidad de dimensiones del ser humano y de la sociedad o comunidad donde se desenvuelven, desde lo emocional, cognitivo y espiritual, hasta lo cultural, económico y político, entre otros, poniendo en evidencia de esta forma, que los impactos podrán ser diferentes y únicas para cada persona señalando entonces la necesidad de no estigmatizar y generalizar (Bello Albarracín, 2010). Así pues, se identifica que la intervención a las víctimas debe trascender el ámbito de lo individual, para abordar las esferas sociales en donde se desenvuelve el individuo y desde donde se conforma su ser y tendrá siempre como su objetivo principal el de recuperar la dignidad y empoderar nuevamente a las víctimas, su familia y sus comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Entonces, la adopción del enfoque psicosocial permite alejarse de las formas de patologización de las víctimas de

violencia de género ya que “a la hora de observar, diagnosticar, analizar y evaluar se tienen en cuenta no solo sintomatologías o trastornos, procesos epidemiológicos, patologías sociales y carencias; sino también procesos colectivos, significados y sentidos, afrontamientos y factores de resiliencia individual y comunitaria” (Villa Gómez, 2012, p. 354).

- La perspectiva ética de acción sin daño reconoce que de toda actividad humanitaria, de desarrollo o de atención a otros, se pueden generar acciones que violenten y generen daño a la persona o la comunidad que se atiende, que si bien pueden ser no-intencionadas son responsabilidad de los autores que perpetúan las acciones (Rodríguez Puentes, 2010). Así pues, el principio de acción sin daño supone una reflexión previa al planteamiento de acciones, evaluando las posibles consecuencias dañinas que podrían llegar a tener, buscando así prevenirlas o reducir su impacto y buscando maximizar los beneficios. Esta perspectiva requiere una capacidad para vigilar el posible impacto negativo de las acciones lo cual “implica un conocimiento de la heterogeneidad y complejidad de los contextos sociales, políticos, económicos y culturales en los cuales se interviene (Rodríguez Puentes, 2010, p. 38).

Capítulo tercero

Método

Tipo de estudio

Para el establecimiento de los lineamientos, se realizó un estudio de tipo “desarrollo tecnológico”. Este es definido por Colciencias como la “Aplicación de los resultados de la investigación, o de cualquier otro tipo de conocimiento científico, para la fabricación de nuevos materiales, productos, para el diseño de nuevos procesos, sistemas de producción o prestación servicios, así como la mejora tecnológica sustancial de materiales, productos, procesos o sistemas preexistentes” (Colciencias, S.F, p.23). Así pues, por medio de este trabajo de grado, se utilizaron conocimientos que se obtuvieron durante la investigación, para elaborar un nuevo producto.

Procedimiento

Para la elaboración de los lineamientos se revisaron más de 85 documentos, en los cuales se presenta y analizan los lineamientos de otras instancias públicas, como la Secretaría Distrital de la Mujer, bibliografía especializada sobre violencia de género en el país, así como trabajos de grado relacionados, artículos científicos relacionados a términos tales como “violencia de género”, en inglés “gender-based violence”, “atención”, “intervención”, entre otras y se revisaron a profundidad las 5 leyes y 2 resoluciones de mayor relación con el objeto de estudio de los presente lineamientos.

Se utilizaron los siguientes criterios para la selección de documentos que se estudiaron para el proyecto de investigación: a) Documentos normativos vigentes para la legislación de atención a víctimas de violencia de género en Colombia, b) Documentos normativos vigentes que legislan el actuar del psicólogo en el contexto Colombiano,

c) Datos estadísticos actualizados para la problemática de violencia de género en el contexto Colombiano, d) Literatura científica especializada sobre violencia de género, interseccionalidad, entre otros temas y e) documentos de organizaciones como la OPS y la OMS.

A partir de esto, se completaron una serie de fases, con el objetivo de poder establecer los presentes lineamientos: en primer lugar, se realizó una investigación bibliográfica que permitió a los autores del proyecto definir qué son las violencias de género y cuáles son sus causas y consecuencias. En segundo lugar, se realizó una revisión normativa que permitió establecer el marco legal que rige la labor de los psicólogos/as en la atención a víctimas de violencia de género en Colombia. En tercer lugar, se realizó una revisión empírica de las intervenciones clínicas que se realizan para la atención en salud mental a víctimas de violencia de género. Por último, se integró la información recopilada y analizada, generando así el esquema de los lineamientos de atención a violencias de género.

Aspectos éticos

Esta propuesta de proyecto de grado se clasifica como de investigación sin riesgo de acuerdo con lo expresado en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, ya que empleará métodos de recolección de datos de manera retrospectiva: se utilizarán datos bibliográficos no buscarán generar ninguna intervención o modificación física, biológica o psicológica de los participantes. Se regirá bajo los lineamientos de los principios éticos fundamentales contemplados en el código de la APA: Beneficencia y no maleficencia, Fidelidad y responsabilidad, Integridad, Justicia y Respeto por los derechos y la dignidad de las personas (American Psychological Association, 2010), delimitados dentro del “Manual deontológico y bioético del psicólogo” generado por el Colegio Colombiano de Psicología (2018). El actuar de quienes desarrollan el proyecto se regió por lo que se dicta en la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones y con el propósito de procurar los principios fundamentales y garantizar los derechos de los participantes, la intervención se ajusta a lo expresado en el artículo 2

de esta misma ley. No se involucraron en la intervención, de manera directa, menores de edad ni poblaciones en condición o situación de vulnerabilidad

Capítulo cuarto

Resultados

Lineamientos para el plan atención en salud mental a víctimas de violencia de género

A partir de un ejercicio de revisión de documentos relacionados a la problemática de violencias de género, se construyen las siguientes recomendaciones, que tienen como objetivo guiar el plan de atención que elaboren los profesionales de salud mental en consulta externa. Esto, a partir de un diseño de un documento académico, que busca nutrir el conocimiento del profesional sobre la problemática y sobre los avances teóricos y científicos que se han publicado en relación a la atención en salud mental a víctimas. De esta forma, podrá reducirse el riesgo de una re-victimización, la cual es comprendida como el sufrimiento que el/la víctima percibe y atribuye a las instituciones encargadas de los procesos de atención integral al no existir claridad en los procedimientos para la restitución de derechos y al brindar una atención permeada por la falta de empatía, apoyo y culpabilización (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011; Anderson & Doherty, 2008). Este proceso, a su vez, “desincentiva la búsqueda de ayuda profesional, justifica los abandonos de tratamientos y termina acrecentando las barreras de acceso a los servicios de salud debilitando el principio de realidad de ciudadanía en las mujeres” (Secretaría Distrital de la Mujer y Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE, 2015, p. 22), resultando entonces en acciones con daño.

Para evitar una victimización secundaria, el/la profesional que atienda a víctimas de violencia de género deberá incluir dentro de su postura profesional los siguientes presupuestos:

- Deberá tener una mirada amplia y comprensiva sobre la violencia de género, entendiéndola como resultado de un mecanismo de control y dominación sobre el género femenino, y no como resultado de diferencias biológica.
- Comprenderá que si la víctima recibe los servicios necesarios (atención en salud, orientación legal, apoyo psicológico) de manera empática, se facilitará su proceso de recuperación. Es imprescindible que el profesional crea en la persona, es probable que sistemáticamente haya sido ignorada o reprimida.
- Incentivará el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos en las mujeres y en los grupos de orientación sexual minoritarios. Así mismo, se deberá “hacer visibles los procesos de afrontamiento y resiliencia a las violencias de género, así como las actitudes, procesos y transacciones que las mujeres realizan para denunciar, subvertir y transformar un sistema de abuso y negación de sus derechos” (Secretaría Distrital de la Mujer y Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE, 2015, p. 20).
- Deberá reconocer las diferencias y especificidades de cada una de las víctimas, entendiendo el impacto diferencial que puede generar la violencia de género en las diferentes personas implicadas. Será importante también que se evalúen las diferentes áreas de ajuste de la víctima incluyendo lo personal, físico, económico, relacional y otros.
- Reconocerá las diferencias en términos de victimización y riesgo de re-victimización en términos de la interseccionalidad que atraviesa a la víctima: minorías étnicas, víctimas de estratos socio-económicos bajos y aquellos que fueron violentados por alguien cercano están en un riesgo más alto de tener experiencias de asistencia luego de la violencia más difíciles (Campbell, 2008).

Para realizar la apropiada atención en los consultorios de psicología, para los presentes lineamientos, se proponen tres acciones de intervención: una administrativa/legal, que comprende la obligatoriedad de la notificación de los casos de violencia y la remisión a rutas de atención dependiendo del caso; una segunda, que implica la intervención terapéutica en sí y una última, que implicará las acciones de seguimiento a las víctimas. No obstante, si bien a continuación se presentan de forma

separada, el profesional deberá realizar dichas acciones de manera paralela, para así asegurar que el/la persona o la víctima reciba la mejor atención y evitar riesgos de revictimización. Por otro lado, también se presenta una sección de cuidado al terapeuta.

Antes de iniciar la intervención – Informar y reportar

El/la psicólogo/a que atienda una persona víctima de violencia de género deberá, en primera instancia, conocer y cumplir con los requerimientos legales y administrativos que debe seguir. Este punto ha sido resumido en el anterior apartado “lineamientos normativos”. Será importante que el profesional que atiende a las víctimas, conozca lo principal acerca de los derechos a los que pueden acceder las víctimas de violencia de género y pueda ampliar el conocimiento de la persona a la cual atiende; quizás de esta forma el profesional podrá tener un efecto positivo de educación sobre los derechos de las víctimas y empoderar así a quien atiende.

Los procesos de informe y reporte serán obligatorios en todos los casos en los cuales el/la profesional se enfrente a un caso de violencia de género. Informar y reportar no es lo mismo que denunciar, siendo esto último un derecho de la víctima (exceptuando al ser un menor de edad), tema que será explicitado en el apartado “Asesorar en derechos a la víctima de violencias”. Más aun, en el apartado “Remisión a otras rutas o servicios” se especifica cómo debe realizarse la activación de rutas de atención en protección.

Tal como refiere la resolución 000459 de 2012 (Ministerio de Salud y Protección Social, p.46):

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, [...] 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.

Esto constituye una medida de protección no solamente para la víctima sino también para el/la terapeuta, quien deberá dejar anotación de que adelantó dicha notificación a

las entidades competentes dentro de su historia clínica. La activación del sector justicia se deberá hacer inmediatamente de tratarse con un menor de edad. Por otra parte, al tratarse de un mayor de edad, se deberá primar la autonomía de la víctima a denunciar o no hacerlo, cerciorándose de que la decisión tomada sea una informada en donde se asegure que el paciente conoce los beneficios o riesgos de no denunciar. Dicho ejercicio de psico-educación debe quedar en el historial clínico del paciente.

De acuerdo al Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, se establece la obligatoriedad de:

Realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada (p. 510-511).

Así pues, el/la terapeuta que se encuentre con un caso de una posible víctima de violencia de género, deberá realizar reporte de este caso por el sistema de SIVIGILA el cual “tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud público” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, para. 1). En el marco conceptual presentado, se pone en evidencia que la violencia de género se constituye como una violencia estructural. Por esta razón, el reporte, más allá de ser una obligación legal, supone una oportunidad para visibilizar la violencia de género y movilizar a las entidades gubernamentales a reconocer la violencia y orientar hacia prácticas que puedan visibilizar y movilizar el cambio estructural necesario para erradicar este tipo de violencia. Cabe resaltar que dichos reportes son parte de la información que se integra en el SIVIGE, el cual tiene como objetivo general el de “Disponer, integrar, armonizar y divulgar la información estadística sobre las violencias de género” (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres [ONU Mujeres], 2017, p. 13) lo cual busca

específicamente identificar, visibilizar y caracterizar las violencias de género, monitorear factores de riesgo e identificar la respuesta institucional.

Por otra parte, será importante también que los psicólogos que atiendan a las víctimas realicen también los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Estos RIPS sirven como datos para, entre otras cosas, formular políticas de salud, evaluar coberturas de servicios, establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud, conocer el perfil de morbilidad y mortalidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Así pues, más allá de ser una obligación establecida por la Resolución 3374 de 2000, el reporte funciona como otra forma de visibilizar el fenómeno de violencia de género. Será importante entonces, que el profesional sea capaz de identificar los diagnósticos que usualmente se relacionan a violencias de género e incluirlos dentro de los códigos del CIE-10 que se reportan. Dichos códigos son tomados de una tabla presentada por la Instituto Nacional de Salud (2017, p.14) y presentados en la tabla 3 a continuación:

Tabla 3

Códigos CIE 10 relacionados a Violencia de género

Tipo de violencia	Código CIE 10
Violencia Sexual	T74.2, Y05, Y05.0, Y05.1, Y05.2, Y05.3, Y05.4, Y05.5, Y05.6, Y05.7, Y05.8, Y05.9, Z614, Z615
Negligencia y abandono	T738, T740, Y060, Y069, 7625
Violencia Psicológica	T743, Z601, Z610-Z613, Z617-Z619, Z624, Z632
Violencia Física en Niños, Niñas y Adolescentes	T74.0, T74.1, T738-T740, Y060-Y069, T741, T748-T749, X850-Y049, Y070-Y099, Y100-Y349, Y350-Y369, Z616, Z630-Z631, T743, Z601, Z610-Z613, Z617-Z619, Z624, Z632
Violencia Física en Hombres y Mujeres	T74.0, T74.1, T74.3, T74.8, T74.9, T738 - T740, Y060-Y069, T741, T748-T749, X850-Y049, Y070-Y099, Y100-Y349, Y350-Y369, Z616, Z630-Z631, T743, Z601, Z610-Z613, Z617-Z619, Z624, Z632
Falta víctimas de ataques con agentes químicos	

Pasos iniciales

En los pasos iniciales, el/la profesional deberá asegurar que la víctima se encuentra en las condiciones necesarias para poder ser atendido y verse beneficiado/a por la atención. Esto incluye asegurar que hay un adecuado equilibrio psicológico, poder remitir a la víctima a otras rutas de atención de ser necesario y asegurarse que el/la consultante conozca y comprenda sus derechos en relación al hecho victimizante.

Atención en crisis.

Se entiende como crisis la pérdida de equilibrio psicológico o un estado de inestabilidad emocional que incluye elementos de depresión y ansiedad, el cual es precipitado por un evento externo e implica un deterioro funcional en la capacidad del individuo de actuar como usualmente lo hace (Kleespies, 2009). Esta atención se caracteriza por ser una atención de terapia breve que debe ser realizado por un psicólogo clínico (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011)

Es de suma importancia detectar el inicio de la crisis rápidamente ya que “la efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función con su proximidad tanto al tiempo como al lugar del incidente” (Slaikeu, 1996, p. 104). Para esto, el/la psicólogo/a debe conocer que un periodo de crisis puede presentar síntomas tales como “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” (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011, p. 173). Por otro lado, se debe entender que esta atención procura ayudar a la persona a recuperar su nivel inicial de funcionamiento y no debe confundirse por un proceso largo psicoterapéutico. Entonces, los/as terapeutas “se vuelven participantes activos en franquear las dificultades, fijar con precisión las necesidades inmediatas y movilizar los recursos de ayuda” (Slaikeu, 1996, p. 106).

A partir de esto, se propone la siguiente estructura de atención en crisis, la cual fue construida por Albert Roberts y Allen Ottens (2005) para facilitar la efectividad de la intervención del terapeuta. Los autores proponen entonces siete pasos de intervención: 1. Realizar una evaluación psicosocial y de riesgos de letalidad: a partir de esto se deben conocer los apoyos y estresores ambientales, necesidades médicas y actuales conductas de riesgo, 2. Establecer rapport, 3. Identificación de los principales problemas o precipitantes de la crisis: deberá poderse contestar la pregunta de por qué se disparó la crisis en este momento, 4. Manejar emociones y sentimientos, 5. Generar y explorar alternativas de solución, 6. Implementación de un plan de acción y finalmente, 7. Realizar seguimiento al funcionamiento del individuo.

Ahora bien, será importante diferenciar la atención en crisis y la implementación de primeros auxilios psicológicos. Los primeros auxilios, también conocidos como atención en primera instancia, que no necesariamente se da por un profesional en salud, tienen una duración aproximada de minutos a horas y en vez de buscar resolver una crisis busca “reestablecer el enfrentamiento inmediato, dar apoyo, reducir la mortalidad y enlazar con recursos de apoyo” (Slaikeu, 1996, p. 109). Por su parte, la intervención en crisis podrá durar entre semanas y meses u buscará darle solución a la crisis emocional y lograr integrar el incidente a la trama de vida (Slaikeu, 1996).

Desde la visión y los principios del enfoque de género, tal como lo indica el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia de Sexual, las mujeres “cuando se produce una situación de profundización de inequidades sociales, o una confrontación armada, las poblaciones que experimentaban condiciones de privación anteriores a esta situación, sufren mayores afectaciones que las demás poblaciones” (p. 36). Es por esto que se enfatiza la necesidad de una atención en crisis a las víctimas de violencia de género. Esta necesidad se prioriza, por ejemplo, cuando se da un embarazo producto de una violación lo cual puede ser desencadenante de crisis o cuando se identifica que el perpetrador de la violencia de género es cercano a la familia de la víctima o que la afectación sucedió dentro del hogar. Esto último, amplía la población de atención no sólo a la víctima sino a la familia de esta misma (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011).

Remisión a otras rutas o servicios.

Existirán características de ciertos casos que requieran que el/la profesional realice unas acciones específicas de notificación o remisión. Para el primer caso, será de gran importancia que quien atienda a las víctimas de violencia de género conozca las rutas ya existentes en Consultorios de Psicología de la Universidad del Bosque para casos de violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual por medio del SIVIM y para casos de conducta suicida por medio del SISVECOS. La primera tiene como función “asegurar la notificación (...) así como su canalización y seguimiento con el propósito de facilitar su atención integral oportuna y la restitución de derechos de las víctimas” (Secretaría de Salud, s.f.) y, la segunda la “compilación, análisis, interpretación, divulgación y evaluación oportuna de información de la conducta suicida en Bogotá” (Secretaría de Salud, 2018).

Tal como lo indica el Ministerio de Salud y Protección Social (2012, p.45):

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 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.

Es imprescindible, conocer que la ley, específicamente la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece que si el hecho victimizante sucedió hace 72-120 horas debe inmediatamente hacerse la remisión a un servicio de urgencias. Esto, primordialmente en violencias sexuales, pero deberá ser tenido en cuenta para otros tipos de victimización.

Por otra parte, partiendo del enfoque interseccional y la perspectiva de acción sin daño, el/la profesional que atiende a la víctima deberá ser capaz de reconocer sus limitaciones en términos de intervención y conocer que, si bien sí puede realizar un proceso de acompañamiento terapéutico transformador, podría apoyarse en otras

entidades especializadas en atención a víctimas de violencia de género. Por esta razón, estos lineamientos incluyen un directorio con el cual se podrá guiar quien atienda a las víctimas para asegurar que la persona conozca las oportunidades con las que puede contar durante su proceso de atención (Apéndice B).

Asesorar en derechos a la víctima de violencias de género.

Tal como lo indica el Congreso de Colombia en la Ley 1257 de 2008 en su artículo número 8, la víctima de violencia tiene derecho a “Recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad” (p.3) y a “Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos contemplados en la presente ley y demás normas concordantes” (p.3). Así pues, se recalca la importancia de conocer los derechos a los que pueden acceder las víctimas de violencia de género. Será importante que el/la terapeuta pueda guiar al consultante en los mínimos de sus derechos y será también imprescindible que el/la profesional conozca a qué centros especializados puede remitir a la víctima para que reciba la mejor atención.

Existe una alta probabilidad de que la víctima no desee denunciar el hecho victimizante ante las autoridades competentes. Desde una visión de enfoque de género el/la profesional podrá entender que el deseo a no denunciar puede ser resultado de los ejercicios de subordinación que se han instaurado en las víctimas socialmente, lo cual puede llevar a minimizar la importancia o el riesgo de los hechos (Secretaría Distrital de la Mujer y Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE, 2015). Así mismo, la obstaculización del proceso penal, así como la falta de condenas a los perpetradores, puede también desincentivar la denuncia. Incluso, puede suceder que las entidades competentes desincentiven la denuncia al comentarle a la víctima sobre los costos personales que involucra el proceso de denuncia tales como las constantes visitas a juzgados o la incomodidad de los procedimientos médicos en el caso de la violencia sexual (Campbell, 2008). Se vuelve imperativo entonces, que quien atienda a las víctimas conozca estas limitaciones que pueden presentarse y validar los costos y dificultades a las que la

víctima se podrá enfrentar. Será importante que se genere un espacio de confianza y de educación que pueda promover la denuncia. Ahora bien, el/la profesional debe también respetar la decisión de denunciar o de no-denunciar, entendiendo la decisión como un acto de soberanía personal, respetando el principio de autonomía, entendido como “la capacidad de autogobierno (...) la libre determinación de la voluntad, la competencia para realizar elecciones y la posibilidad de realizar un estado de individual de independencia en la toma de decisiones cotidianas” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2016, p. 78). La denuncia, o la no denuncia, se presentan entonces como un reto particular en el espacio de consulta terapéutica.

Ahora bien, asesorar a la víctima en sus derechos también implica asesorarla en sus derechos dentro de la consulta terapéutica. En este proceso, estos lineamientos resaltan dos aspectos primordiales que surgen del código deontológico y ético que rige la labor de los/as psicólogos/as y a la ley 1090 de 2006 que reglamenta la su labor, los aspectos legales principales que debe conocer el consultante:

- El secreto profesional: de acuerdo al artículo 23 la víctima deberá conocer que “el profesional está obligado a guardar el secreto profesional con todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información” (Congreso de la República, 2006, p. 10). Más allá de ser un deber del psicólogo, es un derecho del consultante conocer que lo que se diga en el espacio terapéutico no podrá ser divulgado, esto podría aumentar la sensación de confianza y el establecimiento de un espacio óptimo para hablar de hechos tan íntimos como lo es ser víctima de violencia de género. Debido a la complejidad de población que se pretende abordar con estos lineamientos, será importante también que ésta conozca las potenciales justificaciones éticas que podrían fundamentar el quebrantamiento del secreto profesional: potencial daño a sí mismo, a otros, o por la solicitud de entidades legales competentes.
- Consentimiento informado e historia clínica: Se le hablará a la víctima sobre el consentimiento informado que deberán firmar para ser parte del proceso terapéutico. Esto, enmarcado en el artículo 22 de la Ley 1090 de 2006 la cual indica que “Por ninguna razón se restringirá la libertad de abandonar la intervención y acudir a otro psicólogo o profesional; antes bien, se favorecerá al máximo la capacidad de decisión

bien informada del cliente” (Congreso de la República, p. 10). Así, se fortalece la percepción de autonomía del paciente y se podría afianzar su participación en el espacio terapéutico. Más aun, será imprescindible que el/la terapeuta realice un ejercicio responsable de llevar registro de lo que sucede en sesión en la historia clínica del consultante, conociendo que ésta es un “documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2016, p. 179) y que además “El derecho del documento es el usuario del psicólogo y no el psicólogo o la institución para la cual el profesional presta sus servicios” (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2016, p. 180), por lo cual el/la consultante podrá acceder a ella en cualquier momento. Esto, tras proporcionar las debidas indicaciones de cómo se debe salvaguardar, interpretar y utilizar la información relacionada.

Recomendaciones para la intervención

Luego de que el/la profesional se asegure que el/la víctima se encuentra en condición idónea para iniciar el tratamiento clínico, se podrá iniciar una atención. Para iniciar una atención será importante que el/la profesional pueda identificar y detectar casos de violencia de género ya que muchos de éstos no llegan a atención psicológica reportando la violencia como motivo de consulta. Si se verifica que la persona que se encuentra en atención ha sido víctima de violencia de género, el/la profesional podrá encontrar a continuación los puntos principales que se ha mostrado, de manera empírica, que deben ser tenidos en cuenta.

Identificar y detectar casos de violencia de género - Interseccionalidad.

Será importante que el profesional conozca qué señales podrían apuntar hacia una posible víctima de violencia de género. Se ha identificado que en múltiples ocasiones las mujeres y otras víctimas, consultan a atención médica o psicológica por demandas inespecíficas sobre su salud física o mental, evidenciando síntomas persistentes y crónicos, sin causa clínica clara y existe disonancia entre los signos y los

síntomas reportados, pero que de fondo tienen un problema de violencia de género (Sans & Sellarés, 2010). Por esta razón, varios autores se han centrado en enfatizar la necesidad de mantener al personal de atención alerta a una serie de signos y síntomas que podrían advertir al profesional sobre potenciales víctimas de violencia de género. La tabla 4 fue tomada del trabajo de Sans y Sellarés (2010, p. 108) y podría servir como una buena guía:

Tabla 4

Síntomas reportados por pacientes víctimas de violencia de género

Síntomas asociados a casos de violencia de género
- Antecedentes de haber sufrido o presenciado maltratos en la infancia
- Antecedentes personales y de hábitos de vida Lesiones frecuentes
- Abuso de alcohol u otras drogas o de medicamentos, sobre todo, psicofármacos
- Problemas ginecológicos u obstétricos Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos
- Dispareunia, dolor pelviano, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
- Historia de abortos repetidos
- Hijos con bajo peso al nacer
- Retraso en la solicitud de atención prenatal
- Síntomas psicológicos frecuentes
- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de estrés postraumático
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Agotamiento psíquico
- Irritabilidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Labilidad emocional
- Síntomas físicos frecuentes
- Cefalea
- Cervicalgia
- Dolor crónico en general
- Mareo
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal)
- Molestias pelvianas

-
- Dificultades respiratorias
 - Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono
 - Incumplimiento de citas o tratamientos
 - Uso repetitivo de los servicios de urgencias
 - Frecuentes hospitalizaciones
 - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía
 - Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer
 - Situaciones de cambio vital: embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja
 - Situaciones que aumentan la dependencia: aislamiento tanto familiar como social, migración, tanto interna o nacional como extranjera, enfermedad discapacitante, dependencia física o económica, dificultades laborales y desempleo, dificultades de formación y de ascenso en el trabajo, ausencia de habilidades sociales
 - Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia)
-

Será importante también diferenciar los casos que se identifiquen entre las víctimas jóvenes y las víctimas de mayor edad. Tal como refiere Francisca Muñoz (2012), pareciera que las mujeres más jóvenes, que tienden a acudir a solicitar apoyo en salud por lesiones más agudas, tienen una mayor capacidad de “percibirse como víctimas” (p.26), a diferencia de las mujeres de mayor edad en quienes se identifica más comúnmente “malos tratos de muy larga evolución, con gran dificultad para reconocerlos y detectados más a largo plazo en la relación de confianza y de continuidad asistencial establecida con el profesional de salud” (p. 26). Esto muy seguramente afectará la propuesta y el curso de intervención terapéutica requerida.

Por otro lado, será importante que el/la psicólogo/a reconozca que existen una serie de vulnerabilidades que podrían apuntar hacia una mayor predisposición a ser víctima de violencia de género. Por ejemplo, Morrison, Ellsberg y Bott (2007) lograron articular los factores de riesgo que empíricamente se han evidenciado para la violencia entre parejas, algunos de los cuales podrían verse reflejados en otros tipos de violencia de género. A nivel individual se identifica como factor de riesgo: a) Presenciar violencia de pareja en la niñez y b) Ser víctima de abuso en la niñez. Por otro lado, a nivel relacional, a) padres ausentes, b) asociación con bandas criminales o delincuentes, c) Poder en el hogar atribuido al hombre, d) pareja controladora, e) múltiples parejas tanto en el hombre como en la mujer, f) Diferencias en nivel educativo y edad entre la pareja, g) dificultades económicas en el hogar y h) Consumo de SPA en el hombre. Por último, los autores, a

nivel cultural, identifican los siguientes factores de riesgo: a) Normas culturales que implican una visión de aceptación de la violencia como medio para la resolución de problemas, b) Normas culturales que apoyan las relaciones patriarcales y la obediencia en el género femenino, c) políticas que discriminan a las mujeres y d) Falta de acceso de las mujeres a recursos económicos.

Así mismo, el INMLCF resalta las siguientes vulnerabilidades para la violencia de género (2011, p. 44):

Situación de discapacidad, desplazamiento forzado, pertenencia étnica (afro, indígena y rom), consumo de sustancias psicoactivas, la extrema pobreza, pertenencia a tribus urbanas, habitante de la calle, mujeres bajo custodia, niñas abandonadas, mujeres de orientación sexual diversa y el desempeño de actividades como los realizados por: trabajadoras sexuales, defensoras o activistas de Derechos Humanos, activistas sindicales o gremiales, políticas, profesionales o líderes de salud en zonas de conflicto, profesionales de la rama judicial en zonas de conflicto.

Investigaciones sobre intervención clínica individual en salud mental.

Un anterior trabajo de la misma línea de investigación desde la cual se generan estos lineamientos, realizó una investigación en la cual buscaron identificar, por un lado, las afectaciones en salud mental como consecuencia de las violencias de género, y por el otro, identificar las intervenciones clínicas y abordajes propuestos en la literatura, respecto a la atención que deben recibir las mujeres víctimas de violencia de género. Esto, a través de una revisión por medio de un Estado del Arte de 82 publicaciones conformadas por: artículos, libros digitales, protocolos, tesis de grado que abordaban el tema de atención en psicología para las víctimas de violencia. De este trabajo, se encuentra que las afectaciones en salud mental que más han sido identificados son trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad generalizada, dificultades con autoestima y conducta suicida, en ese orden (Cardona, Márquez y Murillo, 2018).

De esta misma investigación, se resalta el uso predominante de técnicas cognitivas para el trabajo con víctimas de violencia de género tales como re-estructuración

cognitiva, exposición en imaginación y en vivo, solución de problemas, control de respiración, regulación emocional y trabajo en aspectos motivacionales y de auto concepto. Estos resultados pueden guiar al profesional a la hora de buscar intervenciones eficaces para el tratamiento de síntomas agudos o trastornos específicos en una víctima de violencia de género, buscando siempre utilizar los protocolos y métodos de atención validados empíricamente para así asegurar que se está proporcionando la mejor atención posible. Para esto último, podría ser beneficioso que el/la psicóloga verifique en la División 12 de la APA que permite acceder a la información actualizada de los tratamientos efectivos validados según la problemática encontrada. De allí, por diagnóstico se recomiendan, entre otros, los siguientes tratamientos (American Psychological Association, 2016):

- Para estrés post traumático: Terapia de exposición, Terapia centrada en el presente, Terapia de Procesamiento Cognitivo
- Para depresión: Terapia de aceptación y compromiso, Activación conductual, Terapia Cognitiva y Terapia Cognitivo Conductual, Terapia enfocada en las emociones, Terapia de Solución de Problemas, entre otros
- Para ansiedad generalizada: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso

Si bien este estudio permite al profesional estar preparado para la atención en los diagnósticos más comúnmente asociados a las violencias de género, es pertinente aclarar que no siempre se tratará con un paciente con un trastorno o síndrome. Es importante que el/la profesional no se centre en identificar una patología, buscando que la víctima se ajuste a criterios diagnósticos, sino que identifique los síntomas más prevalentes y pueda tomar guía de los insumos que ya han sido validados empíricamente para su atención.

Realizar atenciones psicosociales individuales y grupales.

Tanto en la modalidad individual como en la modalidad grupal los objetivos centrales de la atención psicosocial a víctimas de violencia de género serán: a) Prevenir la perpetuación de la violencia, b) Fortalecer las habilidades de la víctima, tanto para

afrontar la situación de victimización, como para poder prevenir una nueva victimización y c) Reducir los efectos de las secuelas de la violencia de género vivida. Sobre esto, será primordial la atención que busque reducir la prevalencia de enfermedades de salud mental resultado del evento traumático.

Como ya se ha mencionado previamente, el establecimiento de una alianza terapéutica será central en el trabajo con víctimas, pero desde una perspectiva psicosocial será importante buscar establecer un vínculo comprometido. Este, implica ir más allá de la neutralidad y establecer una postura comprometida a la causa de sufrimiento de la víctima, solidarizándose entonces con la lucha en contra de las causas de la violencia de género, estableciendo una postura que no se centra únicamente en ser terapéutica sino también política (Secretaría Distrital de la Mujer y Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE, 2015). Esta postura no sólo integra los enfoques que transversalizan estos lineamientos, sino que también recoge las posturas que debe tomar el terapeuta para evitar una re-victimización.

En la esfera individual, se espera poder activar o fortalecer los mecanismos de ajuste para afrontar el evento traumático. Como lo indica el Ministerio de Protección Social (2011) deberá trabajarse en: a) Facilitar la percepción de control sobre sí mismo y sus circunstancias, b) Facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos atribuidos al hecho y c) resignificar los sentidos y significados atribuidos al hecho hacia formas que faciliten la solución de problemas y reduzca los efectos negativos en salud mental.

Ahora bien, será importante que el profesional sea capaz de comprender las especificidades de cada caso para lograr plantearse una intervención que sea indiferenciada. Esto implica conocer y comprender los siguientes aspectos específicos de la víctima (Romero, 2010): Cómo se ha codificado su historia de violencia, si existen fantasías que han sostenido la historia de violencia, grado de conciencia y reconocimiento del evento, cómo se ha enfrentado a la violencia, recursos y factores protectores con los que cuenta para afrontar la situación y, por último, las secuelas y riesgos que existen actualmente.

Una serie de autores ha trabajado en mostrar los efectos positivos de una atención psicosocial grupal para víctimas de violencia de género, la cual podría constituirse en

una herramienta efectiva para el tratamiento de esta población (Plana, Cirici y Soldevilla, 2006; Alencar-Rodrigues y Cantera, 2013; Santandreu Torrents de los Llanos, Roquero y Iborra, 2014). Se ha identificado que el efecto positivo de la intervención terapéutica se potencializa cuando se incluye el trabajo grupal dentro del plan de trabajo con la víctima. De esto, se destaca la importancia de trabajar de manera grupal con los siguientes grupos, que deberán ser centrales en las investigaciones que busquen nutrir los lineamientos de atención:

- Intervención grupal con las víctimas de violencia de género: los grupos de terapia da a lugar un espacio de aprendizaje vicario que favorece el intercambio de experiencias, reduce el aislamiento y “favorece el proceso de identificación con la historia de otras compañeras, con lo cual cambian la percepción de sí mismas y del problema de la violencia” (Alencar-Rodrigues & Cantera, 2013, p. 88). De este tipo de intervención, se ha encontrado efectos de reducción en ansiedad, depresión, en irritabilidad, insomnio, fatigabilidad y pérdida de apetito y una mejora en estado de ánimo y en el autoconcepto, (Plana, Cirici Amell, & Soldevilla Alberti, 2008).
- Intervención familiar: esto particularmente si se comprende que “el ámbito familiar es, sin lugar a dudas, el espacio más usual y frecuente en donde tienen lugar las violencias de género” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2017, p. 4). En estos espacios, pueden cuestionarse las relaciones de poder y los estereotipos de género que se enseñan y pueden perpetuar la violencia. Será además importante trabajar en grupos familiares cuando la víctima fue un menor de edad.
- Intervención y trabajo terapéutico con los perpetradores de la violencia de género: realizado una revisión documental sobre intervenciones en violencias de género, se encontraron una serie de estudios sobre programas para trabajo con agresores (Lopez García, 2004; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2008; Ruiz Arias y Expósito Jiménez, 2008). En estos, se resalta la importancia del trabajo con el agresor para disminuir la reincidencia del hecho victimizante realizando trabajo en aspectos tales como: minimización, negación y culpabilización, pensamientos distorsionados en torno al género, control de las emociones tales como impulsividad, agresividad, ira y celos,

empatía hacia la víctima, habilidades de comunicación asertiva y resolución de problemas, entre otros.

Recomendaciones para el seguimiento de la intervención

El tratamiento que se inicie y se adelante con una víctima de violencia de género no debe apuntar únicamente a completar las sesiones establecidas para la intervención, de acuerdo a los síntomas y riesgos que presente la persona. Tal como lo indica el Ministerio de Salud y Protección Social en su Resolución 459 de 2012 “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” (p. 49). Así pues, el seguimiento debe plantearse con el objetivo de evaluar el mantenimiento de los cambios y mejoras logradas a partir de la intervención terapéutica y detectar si surgen nuevos síntomas o si aparecen factores de riesgo que pudiesen poner en peligro a la víctima de sufrir un nuevo episodio de violencia (Instituto Nacional de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí, 2012).

Inicialmente, de acuerdo a procesos de tratamiento que han mostrado efectividad, se sugiere atención a la víctima semanalmente, lo cual podrá durar entre 10 a 20 sesiones (Sarasua, Zubizarreta, de Corral y Echeburúa, 2013; Matud, Fortes, y Medina, 2014). Posterior a esto, habiendo evidenciado progreso en términos de indicadores de progreso, reducción de síntomas, reducción de riesgo y habiendo otorgado el apoyo necesario para que la víctima conozca sus derechos y pueda acceder a lo que la ley le ofrece, no deberá cesar el seguimiento, sino que deberá espaciarse. Se deberá centrar el espacio en evaluar el mantenimiento de los síntomas de ajuste psicológico y en el aseguramiento de que la restitución de los derechos ha sido eficaz. Se resalta que dicho proceso de seguimiento puede ser de difícil implementación debido a la alta probabilidad de deserción del proceso por parte del paciente (Sarasua, et. al, 2013; Tol, et. al, 2013), para lo cual será imprescindible establecer una buena relación terapéutica y compromiso al proceso, mostrándole desde el inicio el plan de intervención y seguimiento que se propone seguir.

Este seguimiento, su periodicidad y contenido deberá ser establecido por el terapeuta, en conjunto con el/la paciente, de acuerdo a sus necesidades. Lo que se

presenta a continuación son recomendaciones que se presentan en la literatura, pero el proceso establecido de seguimiento dependerá del proceso individual de cada una de las víctimas. Este podrá incluir (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010; Palazzesi, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2016):

- Seguimiento individual mensual (tras finalizar el proceso de intervención) y posterior ampliación del espacio de seguimiento a trimestral y posteriormente anual, hasta aproximadamente 2 años después del hecho violento en donde se pueda trabajar no sólo lo psicológico sino conocer el proceso de acceso a derechos y garantías por calidad de víctima de violencia de género. Para esto último, el/la psicóloga deberá realizar acciones que sean coordinadas y articuladas con los que las demás entidades e instancias de atención deben brindar.
- Seguimiento mensual a través de estrategias de trabajo grupal es una estrategia potente para movilizar a las víctimas y que además resulta óptimo para espacios donde existen alto número de víctimas y pocos profesionales para atenderlos. En estos espacios puede trabajarse educación en materia de violencia, derechos, sexualidad, entre otros.
- Específicamente en violencia sexual, el “Protocolo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual” (2012) indica la necesidad de un seguimiento a las 2 semanas luego del hecho violento, posteriormente a 4 semanas, luego un seguimiento trimestral seguido por un seguimiento a 6 meses y finalmente un seguimiento a un año.
- Se deberá tener en cuenta el seguimiento al tratamiento farmacológico y sus potenciales efectos secundarios, en los casos que aplique.

Recomendaciones para el cuidado del terapeuta

Quienes trabajan con personas víctimas de violencia de género se enfrentan diariamente al dolor de otros, afrontándose no solamente con el recuento de un evento traumático sino también en muchos casos a una historia de vulneraciones y sufrimiento. Esta condición laboral implica para los profesionales riesgos a su propia salud mental y física, volviéndolos más propensos a desarrollar Síndrome de Burnout, a sufrir de lo que se ha denominado “traumatización vicaria” o fatiga de compasión e incluso a padecer de estrés traumático secundario (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

Maslach y Jackson (1982) definieron el burnout como “una respuesta de estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar” (Citado en Olabarria y Mansilla, 2007, p. 2). Esto, como resultado de la exposición crónica a estrés emocional e interpersonal que surge en el ambiente laboral. Esta característica es primordial para realizar un diagnóstico diferencial entre Síndrome de Burnout y otras patologías como la ansiedad y la depresión: mientras los últimos surgen por situaciones psicológicas individuales y pueden generar interferencia con el desempeño laboral, el primero es una reacción al desgaste generado en el medio relacional del ambiente laboral (Olabarria & Mansilla, 2007). Los principales síntomas del burnout se pueden resumir de la siguiente forma, de acuerdo a las características presentadas por los autores: a) Desgaste emocional: sentimientos de fatiga emocional y física, b) Despersonalización: actitudes cínicas y de deshumanización ante el paciente y c) Sentimientos de inadecuación: falta de sentimientos de realización que se relacionan a sentimientos de incompetencia e ineficiencia.

La prevalencia de síndrome de burnout es más alta en condiciones laborales en donde se da atención en salud física y mental, debido a la alta demanda de recursos cognitivos y emocionales que se requieren para atender a sujetos en estado vulnerable (Isaac Otero, García Grajeda, Bosch Canto, Méndez Venegas, & Mercedes Luque, 2013). Específicamente en atención a pacientes con emociones intensas de sufrimiento, como se presentará con la población objeto de atención con los lineamientos propuestos, el riesgo aumenta debido a la necesidad de contribuir a la solución de problemas en corto tiempo, trabajando en un estado constante de alerta a diversos riesgos y donde se requiere se utilice sensibilidad, empatía y una sobrecarga asistencial (Isaac Otero *et. al*, 2013).

Por otra parte, si bien el Síndrome de Burnout se puede presentar en otras áreas de trabajo, el desarrollo de fatiga por compasión, traumatización vicaria y el estrés traumático secundario es un riesgo ocupacional que únicamente se presenta en aquellos

que trabajan con víctimas de trauma. Estos tres riesgos se pueden definir y diferenciar de la siguiente forma (Coles, Dartnall, & Astbury, 2013):

- Fatiga por compasión: término que se utiliza para describir a cualquiera que sufre como resultado de apoyar y conocer el trauma de otro
- Traumatización vicaria: implica un efecto/cambio en la experiencia interna del terapeuta y su visión del mundo y de sí mismo
- Estrés traumático secundario: es similar a la traumatización vicaria pero difiere en su sintomatología, presentando síntomas intrusivos similares al Síndrome de Estrés Postraumático, como la re-experimentación del trauma del consultante, evitación de lugares que recuerden al trauma, dificultad para recordar aspectos de las consultas y otros síntomas de sobre-excitación como palpitaciones y pesadillas

Teniendo lo anterior en cuenta, se evidencia la importancia de establecer espacios y estrategias que reduzcan el riesgo de efectos nocivos en salud mental en los y las profesionales que trabajan con víctimas. Para esto, varias investigaciones y documentos proponen una variedad de recomendaciones, que no solo buscan incidir en el individuo, sino que también suponen cambios y propuestas a nivel organizacional (Brady, Guy, Poelstra, & Fletcher Brokaw, 1999; Coles, Dartnall, & Astbury, 2013; Peterson, Bergström, Samuelsson, Asberg, & Nygren, 2008; Kim & Young Lee, 2009):

- Establecer de manera regular tiempo en las reuniones de los y las profesionales para la discusión de emociones y preocupaciones relacionados al trabajo relacionado a trauma. Esto, de ser posible una vez en la semana, donde un/a profesional lidere el espacio y se maneje un tema por sesión, tema que podrá variar de aspectos personales a aspectos del lugar de trabajo.
- Incentivar la supervisión a los y las profesionales por otros/as profesionales expertos/as en trabajo de trauma para aumentar la capacidad y las habilidades terapéuticas. Así mismo, para que estos puedan identificar factores de riesgo (síntomas) en los y las profesionales que se supervisan. Sobre esto, la efectividad del espacio corresponderá tanto a la efectividad del dialogo relacionado al trabajo (retroalimentación, información de reglas, instrucciones relacionadas con tareas) como

del relacionamiento positivo que se genere, lo cual hace referencia a un tipo de relacionamiento algo más informal que proporcione apoyo.

- Incentivar la continua formación en aspectos relacionados con el trabajo con víctimas de violencia de género para facilitar el acceso a recursos y reducir el aislamiento
- De ser posible, distribuir los casos relacionados a violencia de género entre los y las diferentes profesionales que puedan atender, para promover una carga de pacientes diversa lo que puede contribuir a mantener el material traumático en perspectiva
- A nivel personal, prestar atención y conocer los síntomas que podrían indicar un riesgo de burnout o traumatización secundaria. Así mismo, es importante realizar conductas que fomenten la salud física y mental propia.

Capítulo quinto

Discusión

La elaboración de los lineamientos permitió establecer recomendaciones para los profesionales que brindarán atención a víctimas de violencia de género. El ejercicio implicó una amplia revisión de documentos teóricos, científicos y normativos de los cuales se buscó extraer la información más relevante y proveer un panorama más profundo sobre qué son las violencias de género, sus afectaciones en salud mental y las implicaciones en términos de atención en salud mental. Ahora bien, es importante mencionar que, al investigar sobre violencias de género, una gran mayoría de la información se centra en atención a mujeres y en gran medida, atención a mujeres víctimas de violencia sexual. Esto permite identificar un sesgo en la información recolectada, dejando en evidencia la importancia de realizar investigaciones que no solo se centren en las mujeres, ya que el género es una categoría que abarca a toda la población. Por otra parte, será importante que se continúe la línea de investigación, permitiendo ampliar las recomendaciones del lineamiento, específicamente para las atenciones grupales (centrados tanto en la víctima como en el victimario) ya que éstas han evidenciado efectos positivos.

Es imprescindible que el ejercicio de construcción de lineamientos de atención esté en un constante proceso de evaluación, monitoreo y mejoramiento, para que se continúe nutriendo con la nueva información existente, las nuevas leyes que los regulan y que tenga en cuenta los resultados que ha presentado en su implementación. Así pues, a continuación, se presentan recomendaciones para este proceso de evaluación, seguimiento y mejoramiento del producto construido.

Recomendaciones para la evaluación, monitoreo y mejoramiento de los lineamientos

La evaluación, monitoreo y mejoramiento son herramientas de gestión de programas y políticas públicas. Esto se explica en gran medida por el reconocimiento que se tiene del impacto positivo que estas actividades generan en el ajuste del diseño de programas, lineamientos o servicios y la necesidad de validarlos y evaluarlos, especialmente cuando estos son financiados con recursos de diferentes fuentes o implican un trabajo intersectorial permitiendo de esta forma, un flujo de información transparente sobre recursos, administración de los mismo e impactos del trabajo realizado. De acuerdo con el Banco Mundial (2004), las herramientas que permiten llevar a cabo esta función en el contexto de monitoreo y evaluación de una política social son: los indicadores de desempeño, las encuestas y la evaluación de efectos. Estos se entienden de la siguiente forma:

- Los indicadores de desempeño permiten medir durante toda la fase de una política o programa la utilización y el desarrollo de insumos, procesos, resultados y efectos. Estos indicadores permiten en el tiempo, realizar un seguimiento a los progresos, adoptar medidas de ajuste o mejora y presentar resultados. Permiten a su vez, configurar un sistema de alertas tempranas, a través del monitoreo de indicadores para tomar acción sobre los eventos que están produciendo estas alertas.
- Las encuestas son recomendadas en este caso para la evaluación de los lineamientos en procesos de atención, permitiendo establecer el impacto de estos a largo plazo. Los resultados de las encuestas se utilizan como línea de base, y las aplicaciones posteriores permiten realizar un seguimiento a los resultados de los lineamientos. No obstante, como toda encuesta, requiere de grandes esfuerzos logísticos por lo que se debe definir la periodicidad de la aplicación dentro de la evaluación de los lineamientos, además sus resultados requieren de análisis complejos que implican tiempo.
- La evaluación de efectos hace referencia a la estimación sistemática de los impactos tanto positivos como negativos de los lineamientos en el tiempo, de tal manera que permite comprender mejor cada una de las actividades dentro del proceso de

atención en sus diferentes momentos. A este proceso se le puede denominar sistematización.

No existe una metodología única para la realización de evaluación, monitoreo y mejoramiento de programas o políticas, por lo que se sugiere la adaptación de cada una de estas herramientas al contexto, necesidades y recursos disponibles, utilizando métodos múltiples y combinando metodologías cualitativas y cuantitativas de recopilación y análisis de datos. El presente apartado integra los conceptos básicos que se deben tener en cuenta para realizar evaluación, monitoreo y mejoramiento de los lineamientos en cuanto a las actividades de atención de Consulta Externa en Salud Mental para Víctimas de Violencias de Género.

Qué es la evaluación

La evaluación es un procedimiento sistemático de recolección, análisis e interpretación de información sobre un programa, proyecto servicio. Puede ser entendida como una actividad programada cuya realización puede darse en el antes, durante y después de la implementación de un proceso. Frecuentemente debe ser realizada a través de comparaciones de parámetros previamente definidos. Su finalidad está dada en la emisión de resultados fundamentados en dichas comparaciones sobre las intervenciones realizadas o propuestas, siendo uno de sus propósitos permitir una adecuada y oportuna toma de decisiones a través del ajuste de las acciones previamente definidas.

Toda evaluación debe permitir la posibilidad de modificar las intervenciones o acciones planeadas, convirtiéndose en una herramienta para la toma de decisiones. En el marco de lo anterior, la evaluación precisa la valoración de la ejecución, el diseño o finalización de un proceso para actuar, construir y/o modificarlo. El proceso de evaluación se compone, desde el punto de vista estratégico de: a) Objetivo: Programa o actividad que se evaluará, b) Referente: Programa o actividad con el que se comparará y los criterios de evaluación y c) Estrategia: Procedimiento sistemático mediante el cual de recolecta y analiza la información.

De esta forma, en el ejercicio propio de los lineamientos la evaluación se concentra en medir resultados en el tiempo, identificar impactos atribuibles sobre los diferentes

niveles de desagregación de los procesos de atención e intervención, analiza los efectos directos e indirectos y aporta elementos para su mejoramiento.

La evaluación integra diferentes fuentes de información. Por un lado, la obtenida a través del proceso propio de evaluar o valorar, por otro lado, se puede conseguir a través de las actividades de monitoreo o seguimiento que se en este caso se realicen durante la ejecución de los lineamientos. En este sentido, tanto monitoreo como evaluación son instrumentos o herramientas complementarias, fundamentales en la toma de decisiones estratégicas a mediano y a largo plazo, constituyéndose en fuente de aprendizaje para el desarrollo de acciones de mejora (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012).

Qué es el Monitoreo/seguimiento

El monitoreo o seguimiento se realiza durante el uso de los lineamientos, proceso en el cual se revisa de forma periódica sus aspectos propios, de forma que permita optimizar procesos, resultados e impactos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012)

El monitoreo en la implementación de los lineamientos debe consistir en un examen continuo o periódico que se efectúa durante la implementación del proceso, el cual tendrá como objetivo analizar de forma continua el cumplimiento a las actividades programadas y los resultados obtenidos según lo planeado. En este sentido, el monitoreo se convierte en un proceso continuo de observación y elaboración de ajustes que permiten dar trazabilidad a los objetivos planteados. La información que se sugiere monitorear en la implementación de los lineamientos: a) Ejecución de actividades, b) Resultados conseguidos y c) Consecución de objetivos

Más aun, se proponen cuatro categorías de indicadores verificables que permitan medir el progreso de los lineamientos e intervenciones que se adelantan, con los cuales, se pueda realizar seguimiento periódico sobre el cumplimiento de órdenes, responsabilidades y el grado de implementación de las medidas adoptadas de tal forma, que permita visibilizar los compromisos, los responsables y el cumplimiento a los resultados y las acciones a mejorar. Estas categorías son: a) Proceso, b) Producto, c)

Cobertura y d) Resultados. Para esto, se hace necesario contar con la información básica, de tal manera que permitan construir el dato que hará parte del indicador (línea base). Adicionalmente se deberá definir la periodicidad de la recolección del dato y las características de este. Entonces, la estrategia de monitoreo y mejoramiento se convierte en un insumo fundamental para la gestión del conocimiento que permita implementar acciones de mejoramiento de forma periódica, además de generar información estratégica que se complemente con los procesos de evaluación.

Estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación.

La evaluación y el monitoreo pueden ser realizados por diferentes actores, vinculados o no con la implementación de los lineamientos, según sea el interés de cada una de estas estrategias (auditoría, control, comparación, etc.), por lo cual será importante ser cuidadoso en no perder la objetividad del proceso y sus resultados. Para esto, se proponen mecanismos mixtos, de tal forma que potencien los aspectos positivos de cada uno, permitiendo incluir diferentes posiciones, actuando de manera participativa facilitando la vinculación y el interés sobre el proceso.

Diseñar e implementar un sistema de evaluación, monitoreo y mejora, exige adecuarse a las características propias del modelo organizacional de la institución encargada de la implementación de los lineamientos para el proceso de atención en salud mental. La figura 1 muestra los pasos del proceso para realizar una adecuada evaluación, monitoreo y mejoramiento:



Figura 1. Proceso para la evaluación, monitoreo y mejora de los lineamientos

Es necesario precisar que en el proceso es necesaria la construcción y/o levantamiento de la línea de base, lo cual refiere un punto de referencia y comparación de los indicadores de proceso y de resultados y no a los indicadores de impacto. Los productos esperados serán los resultados concretos de la implementación de los lineamientos, el cumplimiento de objetivos, metas y actividades, calidad, cantidad de productos; los efectos esperados en términos de cambios, los efectos no planeados y finalmente el impacto que dé cuenta del desarrollo del proceso. Para efectos de este documento propone en dos niveles: 1) Monitoreo y evaluación a los procesos para la implementación de los lineamientos y 2) monitoreo y evaluación de indicadores de resultados e impacto: construcción de un marco de desempeño, determinado el flujo de información, control de calidad de datos y procesos de evaluación en cuanto a la atención.

Para mayor claridad, la figura 2 que se presenta a continuación esquematiza conceptualmente las estrategias de evaluación, monitoreo y mejora de los lineamientos:

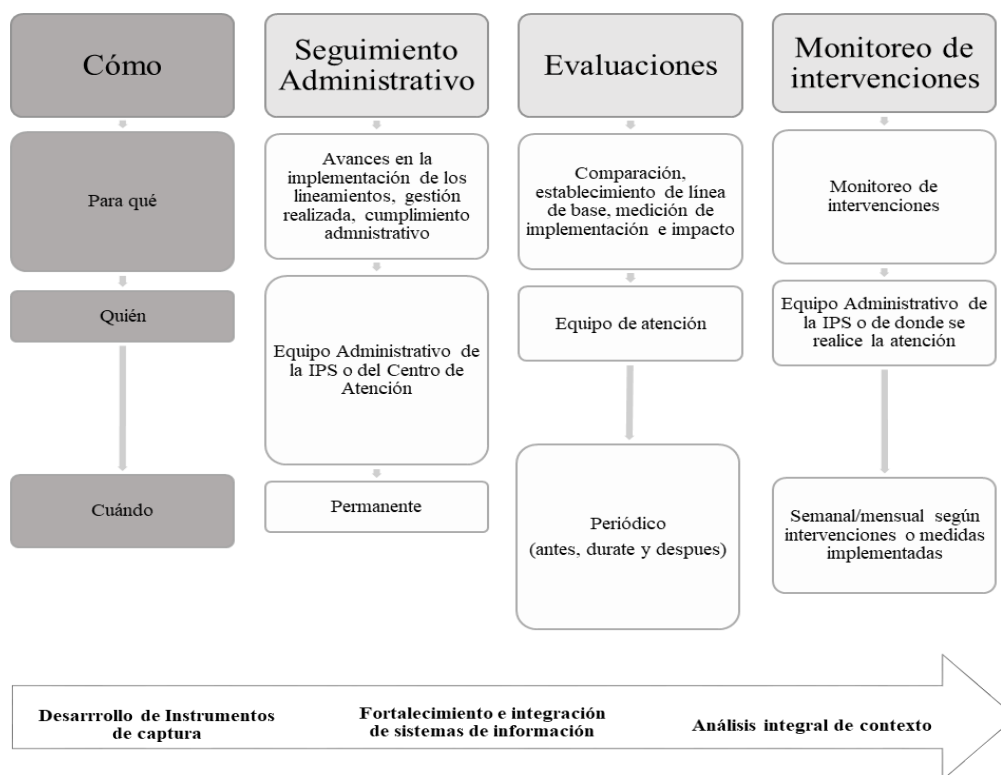


Figura 2: Estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación

Instrumentos para el monitoreo y evaluación.

Para la elección de los instrumentos y herramientas de evaluación y monitoreo se deben tener en cuenta los objetivos de estas dos actividades, los recursos disponibles y los tiempos establecidos para su desarrollo.

Para la implementación de estos lineamientos se propone un sistema de evaluación, monitoreo y mejora que previamente se describió y se esquematizan en la figura 1. La evaluación puede ser guiada por la capacidad de gestión y respuesta institucional teniendo en cuenta la implementación de los procesos de atención, así también la capacidad de atención y la articulación institucional para dar respuesta a las diferentes necesidades de las víctimas de violencias de género.

Dentro de los instrumentos propuestos para desarrollar el proceso de monitoreo, se proponen el diseño y desarrollo de la medición de la aceptabilidad y la calidad de la atención.

Por un lado, en 1980, Avedis Donabedian definió la calidad como "aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (Citado en Maldonado, 2004, p.14) mientras que la aceptabilidad involucra una dimensión de respeto por las particularidades individuales y colectivas que determinan las posibilidades del ejercicio, el respeto a normas éticas y a aspectos culturales e incluye dimensiones como la relación médico-paciente, las comodidades y las preferencias del paciente (Mejía Villegas, s.f). Esta última hace parte de los criterios de calidad de la prestación de servicios (Palmer, 1983) y en el ámbito sanitario es definida como el grado de satisfacción de los usuarios frente al servicio (Net y Suñol, 2014). Sin embargo, recientemente se ha propuesto que la aceptabilidad no debe ser asumida como sinónimo de la satisfacción, sino que la aceptabilidad es una condición para el logro de la satisfacción y como tal debe ser incorporada como uno de los aspectos medibles de la calidad de prestación de servicios.

Para medir la aceptabilidad y calidad en la atención se sugiere el diseño de una metodología a partir de una combinación y diálogo entre grupos focales de usuarios, análisis estructural y estrategias de marco lógico, estas herramientas se reúnen en lo que hoy se conoce como Prospectiva. De igual manera es importante la identificación, revisión e integración de diferentes medios de información proveniente de las fuentes oficiales con el objetivo de detectar información de interés. Esta actividad permite la revisión y análisis de los datos e información notificada a través de los sistemas nacionales de información, información sectorial y de otras fuentes oficiales diferentes (tales como organismos dentro y fuera del sector salud que tengan información que sea de importancia en materia de atención en salud mental a las víctimas de violencias de género). Lo anterior para tener línea de base que guíe los ajustes necesarios a realizar periódicamente en los lineamientos para ofertar una atención con calidad y efectiva, que cumpla con los requerimientos legales vigentes y que impacte en la salud y atención en salud mental de los usuarios.

La información que se recoja debe favorecer la evaluación de las medidas adoptadas para la atención en salud mental de la violencia de género. Para el monitoreo se sugiere

el establecimiento de indicadores teniendo en cuenta que los indicadores son el resultado de operacionalizar los objetivos a alcanzar en el marco de la implementación de los lineamientos. La selección o construcción son un paso importante para construir un buen sistema de monitoreo, por lo cual deben tener en cuenta criterios como independencia, verificabilidad, validez y accesibilidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012). Los indicadores más utilizados son de tipo cuantificables, por lo cual se expresan en cifras absolutas como tasas, proporciones o porcentajes, la selección de estos dependerá de la disponibilidad de los datos, tiempo y capacidad de captura y análisis de la información.

Independiente del propósito del indicador los atributos que estos deben tener en cuenta para una adecuada formulación son: estar redactado en un lenguaje claro y preciso; seleccionar los más apropiados en términos de importancia y facilidad de captura de información; verificar la consistencia en el tiempo; definir su horizonte temporal y plazo de evaluación, propender por la confiabilidad. Para ello, los indicadores deberán ser planteados en términos genéricos, diseñarse de manera sectorial según el área de trabajo, pero no perder la especificidad en función de los lineamientos.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2010). *Decreto 166 “Por el cual se adopta la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DocumentosPolíticasEnSalud/POL%C3%8D.%20MUJERES.EQUID.GENER.DECRETO%20166%20DE%202010.pdf>
- Alencar-Rodrigues, R., y Cantera, L. M. (2013). Intervención en violencia de género en la pareja: el papel de los recursos institucionales. *Athenea Digital*, 13(3), 75-100.
- American Psychological Association (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychological Association. (2016). *Treatments*. Recuperado de <https://www.div12.org/treatments/>
- Anderson, I., & Doherty, K. (2008). Rape-Supportive Culture and The Rape Victim. En I. Anderson, & K. Doherty, *Accounting For Rape* (pp. 1-24). Nueva York: Routledge.
- Arias, S. R., y Expósito Jiménez, F. (2008). Intervención con Hombres en Suspensión Condicional de Condena por Violencia de Género. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 81-89.
- Bello Albarracín, M. N. (2010). Acción Sin Daño y Construcción de Paz. En M. N. Bello Albarracín, *Introducción, contexto y perspectivas sobre acción sin daño y construcción de paz* (pp. 4-54). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Burgorgue-Larsen, L., Maués, A., y Sánchez Mojica, B. E. (2014). *Derechos Humanos y Políticas Públicas. Manual*. Recuperado de: https://www.upf.edu/dhes-alfa/materiales/docs/DHPP_Manual_v3.pdf
- Brady, J. L., Guy, J., Poelstra, P., & Fletcher Brokaw, B. (1999). Vicarious Traumatization, Spirituality, and the Treatment of Sexual Abuse Survivors: A National Survey of Women Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (4), 386-393.
- Banco Mundial. (2004). *Seguimiento y evaluación: instrumentos, métodos y enfoques*. Washington: Banco Mundial.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

- Bowleg, L. (2012). The Problem with the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102 (7), 1265-1273.
- Campbell, R. (2008). The Psychological Impact of Rape Victims' Experiences With the Legal, Medical, and Mental Health Systems. *American Psychologist*, 63 (8), 702-717.
- Cardona, G..P, Marquez Villamizar, L.A y Murillo Franco, C. (2018) Intervenciones clínicas en psicología para el abordaje de las violencias contra las mujeres [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad el Bosque.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). *Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia: Lineamientos y Protocolos*. Recuperado de: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/MANUAL_ATENCION_PSICOLOGICA.pdf
- Cobos, F. M. (2012). La Violencia de Género en Atención Primaria. *Epidemiología y salud*, 1(2), 25-29.
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and Research in Psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. doi:10.1037/a0014564
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2016). Deontología y bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia. Bogotá: Manual Moderno.
- Coles, J., Dartnall, E., & Astbury, J. (2013). “Preventing the Pain” When Working with Family and Sexual Violence in Primary Care. *International Journal of Family Medicine*, 1-7. Doi: 10.1155/2013/198578
- Consejería Presidencial para Derechos Humanos y Sistema Nacional de Derechos Humanos. (2015). *Estrategia Nacional Para la Garantía de los Derechos Humanos para el 2014-2034*. Recuperado de: http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/2014/140815-estrategia_web.pdf
- Congreso de Colombia (2006). Ley 1090 de 2006. Recuperado de: http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf
- Congreso de Colombia (2013). Ley 1616 de 2013. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

- Congreso de Colombia (2008). Ley 1257 de 2008. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1257008.pdf>
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (2017). *Sobre La Implementación Y Cumplimiento De La Ley 1257 De 2008, Entidades Del Orden Nacional Y Territorial*. Recuperado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/Informe-Congreso-Ley-1257-2016-2017.pdf>
- Consejo Nacional De Beneficios Tributarios en Ciencia, T. e. (S.F). *Documento de tipología de proyectos de carácter científico, tecnológico o de innovación Versión 5*. Recuperado de: https://www.colciencias.gov.co/sites/default/files/upload/paginas/documento_de_tipologias_-_version_5_vf.pdf
- Crenshaw, K. (2012): “Cartografiando los márgenes. Intreseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color” en Platero, Raquel (Lucas) (ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Bellaterra. (Publicación original 1991)
- Dulzaides Iglesias, M. E., y Molina Gómez, A. M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2), p.1-5.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres [ONU Mujeres]. (2017). *Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género*. Recuperado de: http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20colombia/documentos/publicaciones/2016/sivige_final_web.pdf?la=es&vs=1633
- Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (2016). *Normativa*. Recuperado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Paginas/normativa-internacional.aspx>

- Fondo de Población de Naciones Unidas. (26 de enero de 2011). *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuadernos de Estrategia*, 183, 147-168.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottmoeller, M. (2002). A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78, S5–S14.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. D. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Forensis*. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>.
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Boletín Epidemiológico Semanal: Violencias de género e intrafamiliar*. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2021.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2019). *Informe de Evento: Violencia de Género e Intrafamiliar*. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIOLENCIA%20DE%20G%C3%89NERO%20PE%20I%202019.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2011). *Modelo de Atención a las Violencias Basadas en el Género para la clínica forense*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40686/Modelo+de+Atenci%C3%B3n+a+las+Violencias+Basadas+en+el+G%C3%A9nero+para+Cl%C3%ADnica+Forense.pdf/b09c98c8-0fae-bfb7-8d05-7e2de4813ab7>
- Instituto Nacional de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí. (2012). *Modelo de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Familiar y de Género*. Recuperado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamvly/27.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Protocolo de Vigilancia En Salud Pública: Violencia de Género*. Recuperado de <https://cruevalle.org/files/PRO-Violencia-de-genero.pdf>

- Isaac Otero, B. G., García Grajeda, G., Bosch Canto, V., Méndez Venegas, J., y Mercedes Luque, C. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23(2), 217-226.
- Kim, H., & Young Lee, S. (2009). Supervisory Communication, Burnout, and Turnover Intention Among Social Workers in Health Care Settings. *Social Work in Health Care*, 48:4, 364-385, DOI: 10.1080/00981380802598499.
- Kleespies, P. (2009). Behavioral Emergencies: An Evidence-Based Resource for Evaluating and Managing Risk of Suicide, Violence and Victimization. Washington: American Psychological Association.
- La Parra, D., y Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social*, 131, 57-72.
- López García, E. (2004). La Figura del Agresor en la Violencia de Género: Características personales e Intervención. *Papeles del Psicólogo*, 25 (88), 31-38.
- Maldonado, C. (2004). Gestión de la información sanitaria: una herramienta en la calidad asistencial. *Revista argentina de documentación biomédica*, 1, 13-18.
- Matud, M. P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23 (3), 199-207.
- Mejía Villegas, D. (S.F). *Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud: índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento*. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/es/public/Informesdefensoriales/918/Evaluaci%C3%B3n-de-los-servicios-de-salud-que-brindan-las-empresas-promotoras-de-salud-Informes-defensoriales---Salud.htm>
- Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. (2011). *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Preguntas Frecuentes RIPS. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Estrategia de Atención Psicosocial En El Marco de atención psicosocial y salud integral a víctimas PAPSIVI*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/papsivi.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 10 30). *Derechos de las víctimas de violencias de género*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Derechos-de-las-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Violencias de Género*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/violencias-de-genero.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *No más cifras de violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/No-mas-cifras-de-violencia-contra-la-mujer.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Resolución 0000459 de 2012. 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. (2018). Resolución 0005857 de 2018. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205857%20de%202018.pdf
- Morrison, A., Ellsberg, M., & Bott, S. (2007). Addressing Gender-Based Violence: A Critical Review of Interventions. *The World Bank Research Observer*, 22(1), 25-51.
- Morrison, A., Ellsberg, M., y Bott, S. (2005). *Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones*. Recuperado de http://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/3.pdf

- Munévar-Munévar, D. I., y Mena-Ortiz, L. Z. (2009). Violencia Estructural de Género. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57 (4), 356-366.
- Novoa, M. M. (2012). Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género. *Dikaion*, 21 (2), 337-356.
- Núñez, A., y Carvajal, C. (2004). Violencia intrafamiliar. Sucre: Proyecto Sucre Ciudad Universitaria.
- Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el Burnout: Cuidados a los Equivos de Salud Mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(1), 1-14.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Estrategia Y Plan De Acción Sobre El Fortalecimiento Del Sistema De Salud Para Abordar La Violencia Contra La Mujer*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18386/CD549Rev2_esp.pdf;jsessionid=E3098464CA7A191447D6E74EE4D9945C?sequence=8
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Género*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/gender/es/>
- Palazzesi, A. (2014). Tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 11, 69 - 77.
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 506-516.
- Plana, M. A., Cirici Amell, R., y Soldevilla Alberti, J. M. (2008). Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. *Psiquiatría Biológica*, 15(2), 29-34.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). La Violencia De Género. Recuperado de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/gender-equality/gender-based-violence.html>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

- Rodríguez Puentes, A. L. (2010). *El enfoque ético de la acción sin daño*. Bogotá: Oficina de Cooperación Suiza en Colombia - Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (GTZ) - PIUPC - Universidad Nacional de Colombia.
- Romero, I. (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en Torno al Tratamiento. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 191-199.
- Sierra, R., Macana, N., & Cortés, C. (2006). Violencia Intrafamiliar, Colombia 2006. Bogotá: INML y CF.
- Sans, M., & Sellarés, J. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36 (3), 104-109.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29(1), 29-37.
- Secretaría de Salud. (2018). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SISVECOS.aspx>
- Secretaría de Salud. (s.f.). *El sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual – SIVIM*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/ViolenciaIntrafamiliar.aspx>
- Secretaría Distrital de la Mujer y Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE. (2015). *Lineamiento para la atención-acompañamiento integral e integrado en salud mental a mujeres víctimas de violencias de género*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Slaikew, K. (1996). *Crisis Intervention: A Handbook for Practice and Research*. (M. Chávez Mejía, Trad.) México D.f: El Manual Moderno.
- Sprang, G., Clark, J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma*, 12 (3), 259–280.
- Tol, W., Stavrou, V., Greene, C., Mergenthaler, C., Van Ommeren, M., & García Moreno, C. (2013). Sexual and gender-based violence in areas of armed conflict: a systematic review of mental health and psychosocial support interventions. *Conflict and Health*, 7(16), 1-9.

UN Women. (2018). *UN Secretary-General's database on violence against women*. Recuperado de <http://evaw-global-database.unwomen.org/en/about>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Recuperado de <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>

Villa Gómez, J. D. (2012). La Acción y el Enfoque Psicosocial de la Intervención en Contextos Sociales: ¿Podemos Pasar de la Moda a la Precisión Teórica, Epistemológica y Metodológica? *El Agora*, 12(2), 214- 547.

Zúñiga Vega, E., García, A., Meglioli, A., y Valades, J. (S.F). *Guía de capacitación: Detección, orientación y referencia en violencia basada en género con énfasis en violencia de la pareja*. Recuperado de https://www.inppares.org/sites/default/files/GBVGuide_Spanish.pdf

Apéndice A: Financiamiento de los servicios de atención en salud mental: un enfoque en las víctimas de la violencia de género

Lista de abreviaturas

FOSYGA: Administrador Fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía

CNSS: Consejo Nacional de Seguridad Nacional

IPS: Institución Prestadora de Salud

EPS: Entidades Promotoras de Salud

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

UPC: Unidad de Pago por capacitación

Introducción

Analizar y comprender el financiamiento de la salud mental implica comprender el marco de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), en la cual se establecen una serie de elementos claves desde los cuales se orienta el derecho a la salud en el país, como la disponibilidad, la accesibilidad y la libre elección. En este sentido, es labor del Estado establecer programas de salud de calidad y competentes, accesibles para todas las personas, en condiciones de igualdad y valorando las diferencias que existen en un país pluricultural como Colombia. Otro factor importante que es estipulado en la Ley 1751 del 2015, es que todos los colombianos y colombianas tienen el derecho a elegir libremente las entidades donde desean ser atendidos, siempre y cuando se tenga en cuenta la oferta que existe de acuerdo con las normas de habilitación.

También es importante considerar la Ley de salud mental, en la cual se especifica que el derecho a la salud incluye la atención integral humanizada, especializada e interdisciplinaria en salud mental, teniendo en cuenta los avances científicos que se presenten en el área. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Territoriales, a través de su red prestadora

de salud deben de manera prioritaria garantizar el servicio a las víctimas de violencias de género, los tratamientos médicos, psicológicos y procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la salud física y mental. Por otro lado, las IPS mixtas, públicas y privadas deben garantizar la atención integral desde cuando ocurre el hecho hasta la atención ambulatoria una vez la víctima sale de la hospitalización.

Un factor fundamental desde el cual se ha venido considerando el tema de la salud mental en Colombia es el de progresividad, que lleva a la necesidad de mejorar de manera continua el servicio, calidad y accesibilidad, a través de nuevas políticas que ayuden a promover el financiamiento, evitando de esta manera la regresividad.

Siguiendo el análisis normativo sobre el principio de progresividad asociado a la prestación de los servicios de salud mental, es preciso considerar las apreciaciones de Muñoz (2010), quien explica que dicho principio implica el desarrollo de dos clases de deberes particulares para el Estado. El primero tiene una función positiva, y hace referencia a la obligación de diseñar y poner en marcha un conjunto de medidas, estrategias y políticas que permitan promover una mayor igualdad y equidad en el territorio nacional, para de esta manera cumplir con sus obligaciones constitucionales, asociadas al cumplimiento y garantía progresiva de los derechos de toda la población. El segundo, por otro lado, tiene una función negativa, pues señala la necesidad y obligación del Estado de abstenerse de aplicar cualquier medida que genere una regresión en el cumplimiento de los derechos, y que conduzca a agravar la situación de injusticia que se vive en el país.

En este sentido, se puede decir con Calvo (2014), que:

El principio de progresividad ha sido aplicado por la jurisprudencia colombiana, como parámetro de control de constitucionalidad en abstracto y en concreto, en la efectividad de los derechos al trabajo, a la salud, a la seguridad social en pensiones, a la educación, al acceso a la propiedad, a la vivienda, al goce del medioambiente, de las personas con discapacidad y de los desplazados, y a la reparación integral a cargo del Estado en casos de responsabilidad extracontractual; así como también en la previsión de garantías judiciales para la exigibilidad de los derechos (p. 169).

Así, el Principio de Progresividad ha sido definido por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, como una carga estatal en virtud de la cual el Estado debe propender por realizar reformas que permitan cada vez una mayor inclusión y ampliación en los niveles de cobertura y calidad de la salud mental en el país, por lo que, en cumplimiento de este principio, no pueden generarse situaciones regresivas para los derechos y beneficios que han sido adquiridos en materia de seguridad social (Sentencia T-826 del 5 de noviembre de 2014, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado).

Esta situación implica retos importantes para todo lo que tiene que ver con el financiamiento de los servicios de atención en salud, considerando que la financiación sostiene una relación directa con la calidad y con la cobertura. En este sentido, es preciso considerar las palabras del Ministerio de Salud (2018):

Una Política Nacional de Salud Mental debe ser una política pública que apunte a reducir la carga que representan los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar las capacidades del Estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática, dentro del contexto del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (p. 12).

Ante la necesidad de mejorar continuamente el servicio de salud en mental, especialmente para lo que tiene que ver con las víctimas de la violencia de género, en la Ley 1773 de 2016 se ordena al Gobierno Nacional que, en un lapso de seis meses, se expida una ruta de atención integral que garantice el acceso a la atención médica y psicológica integral. Por otro lado, el Ministerio de Salud ha desarrollado una ruta de atención integral para víctimas de violencias de género, a través de la cual se establecen una serie de acciones articuladas, y se definen las responsabilidades cada institución para abordar a la víctima, de acuerdo con sus competencias específicas:

Considerando que cada caso es único y particular por las condiciones individuales de las víctimas, por el tipo de violencia de género presentado y por la oferta de servicios y disponibilidad institucional en los territorios, la ruta intersectorial se construye

localmente involucrando a todas las entidades corresponsables en materia de salud, protección y justicia y tomando en cuenta los análisis de la situación y de determinantes sociales de la salud en cada territorio (Ministerio de Salud, 2018).

Sin embargo, el problema es que todavía no se ha definido como tal un esquema de financiamiento para la ruta, y en el caso de la atención en salud mental las consultas son remitidas y pagadas como consulta externa de atención por psicología. De esta manera, los pagos que realizan las EAPB a las IPS no se están facturando por violencias de género sino como urgencias y consulta externa (Rodríguez, 2012).

Por tanto, teniendo en cuenta esta situación, es importante identificar el modelo de financiamiento que se establece en el país para la prestación de los servicios de atención en salud mental, reconociendo además las problemáticas asociadas y las recomendaciones centrales.

Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación

De acuerdo con la ley 1616 de 2013, en todo el país debe existir una red articulada de prestación de servicios en salud mental, como parte integral de los servicios generales de salud en las IPS. De esta manera, en todos los rincones del territorio nacional deben existir las siguientes modalidades y servicios disponibles:

- Atención ambulatoria.
- Atención domiciliaria
- Atención prehospitalaria
- Centro de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia.
- Centro de salud mental comunitario.
- Grupos de apoyo de pacientes y familias.
- Hospital de día para adultos, hospital de día para niñas, niños y adolescentes
- Rehabilitación basada en comunidad (RBC)
- Unidades de salud mental y urgencia de psiquiatría.

Ahora bien, para comprender el modelo de financiamiento de los servicios de salud mental, es preciso considerar que los servicios cubiertos por el SGSSS se financian a través de un sistema de aseguramiento público (subsidios a la demanda), el cual se establece como un mecanismo clave para reducir y eliminar los problemas que se derivan de los riesgos de salud especificados en un plan único de beneficios: el plan obligatorio de salud (POS).

De esta manera, el aseguramiento se administra a través de las funciones de las empresas promotoras de salud (EPS), las cuales asumen de manera integral las contingencias especificadas en el POS, a partir de dos regímenes de aseguramiento: contributivo (RC) y subsidiado (RS). De esta manera:

El POS se financia con recursos de naturaleza pública, por medio de una suma fija de dinero que el SGSSS le paga a las EPS a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga): la unidad de pago capitado (UPC). El monto está definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Los mecanismos de pago de la UPC a las EPS por parte del SGSSS son diferentes, dependiendo del tipo de régimen de aseguramiento (Rodríguez, 2003, p. 23).

Cabe tener en cuenta que el Plan de Beneficios en Salud – PBS, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se ha venido actualizando mediante la Resolución 046 de 2018 y la Resolución 05269 de 2017. En esta última resolución se ha definido el valor UPC 2018 de la siguiente manera:

- Régimen contributivo \$ 804.463
- Subsidiado \$ 719.690,40

Por otro lado, para el UPC del 2019 los valores son los siguientes:

- Régimen contributivo \$ 847.180
- Subsidiado \$ 787.320,20

De acuerdo con la ley 1438, el paquete de salud (POS) es el mismo para toda la población. Sin embargo, la prestación y financiación del servicio se segmenta en tres sistemas, como se muestra en la tabla No. 1.

Tabla 1.

Prestación y financiación del servicio

Sistema	Financiación
Sistema contributivo	Los recursos del sistema contributivo provienen de aportes de los trabajadores asalariados e independientes con capacidad de pago
Sistema subsidiado	provienen de diversas fuentes, principalmente rentas departamentales y municipales del Sistema General de Participación, y cubren a las personas sin capacidad de pago
Regímenes especiales	Se nutren de recursos de presupuesto y contribuciones de los trabajadores públicos

Fuente: Adaptado de González et al. (2006)

No obstante, es preciso tener en cuenta que en el año 2011, de acuerdo con la Ley 1438 del 2011, se formularon nuevos beneficios y ampliaciones para las acciones en salud mental, con el fin de garantizar una mejor atención en lo que tiene que ver con prevención y tratamiento de las enfermedades, mejorando además en el tema de consultas externas, exámenes de diagnóstico y compra de medicamentos. Sin embargo, persisten problemáticas importantes asociadas al modelo de financiación que limitan la cobertura y la calidad del servicio, como se explica a continuación

Problemáticas asociadas a la financiación de la atención en salud mental en Colombia

Si bien los retos que tiene la prestación de la salud mental en Colombia son varias, y se relacionan en gran medida con la cobertura, la calidad y las posibilidades de ofrecer un servicio eficiente para todos los y las ciudadanos/as que lo necesiten, existe un aspecto fundamental que limitan la eficiencia del sistema: la falta de aplicación de un carácter y unas políticas integrales que atiendan las diferentes dimensiones de las cuales se compone el bienestar humano, especialmente en casos en los cuales se presentan situaciones de violencia y maltrato. Esta es una situación que debe ser solucionada mediante estrategias coherentes con las necesidades del país, que ayuden a generar un sistema de salud más competitivo e inclusivo, basado en principios de justicia social.

Más allá de aludir a las críticas sobre los medios de financiamiento del Sistema de Seguridad Social, sobre las cuales se enfocan generalmente los autores al hablar problemáticas y desafíos, la idea es argumentar que en la actualidad la protección a las víctimas de la violencia de género no se establece desde un enfoque integral, que permita reconocer sus diferentes necesidades y que genere un apoyo significativo en los diferentes aspectos que componen su calidad de vida.

El Estado es el principal responsable que debe garantizar el control y la coordinación de las diferentes herramientas de asistencia que hacen parte de la salud mental. Sin embargo, explica Rodríguez (2003) la poca efectividad de Sistema de Seguridad Social Colombiano se evidencia en el desarrollo de un conjunto de problemas estructurales que tienen ver con la ausencia efectiva de mecanismos de control que permitan detectar a tiempo las diferentes violaciones que se cometen a los derechos de las personas, y la presencia constante de inequidades que afectan considerablemente su calidad de vida.

Por otro lado, el Sistema de Seguridad Social se ha enfocado únicamente en mejorar la cobertura, incrementando el número de beneficiarios, pero no en asegurar la calidad de los servicios y de las políticas de protección, por lo cual hoy en día se cuenta con un sistema débil, que no es capaz de promover efectivamente una mejor situación.

El principio básico que debe orientar el diseño de las políticas e iniciativas que conforman la salud mental debe ser el de la justicia social, fomentando el desarrollo de posibilidades y oportunidades iguales para todas las personas, con el fin que puedan hacer valer sus derechos, sin ser discriminadas; y beneficiándose del progreso económico y social del entorno en el cual participan. En este sentido, siguiendo las apreciaciones de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá (2018):

El posicionamiento de la salud mental requiere acciones progresivas y constantes que fortalezcan y sostienen la articulación de instancias nacionales, distritales y locales que incentiven la participación y la movilización social y comunitaria, orientadas a la incidencia en el financiamiento, regulación y desarrollo de planes de acción sectoriales y transectoriales, a través del ejercicio de control social (p. 40).

Por tanto, reivindicar el carácter integral de la atención en salud mental implica mejorar la cobertura, la asistencia, los programas de apoyo, el acceso a la educación y a la salud. Un sistema de este tipo, explica Flórez (2013), no puede basarse únicamente en mejorar la cobertura, sino que debe además integrar todo el conjunto de condiciones de las cuales depende el bienestar, la salud y la seguridad de las víctimas de la violencia, formulando políticas efectivas que incidan positivamente en sus vidas y en las de sus familias.

La inequidad en los servicios de salud mental se relaciona directamente con una serie de determinantes desde los cuales se establecen las posibilidades reales que tienen los grupos poblacionales de acceder al sistema de salud, y que se relacionan con factores económicos, sociales y demográficos, que en general, definen las condiciones de su bienestar y calidad de vida.

Siguiendo el planteamiento de Rodríguez (2012), en la mayoría de las sociedades el potencial de los servicios de salud se ha desaprovechado debido a una mala administración y a la ineficiencia de las políticas públicas, lo cual genera inequidades y desigualdades que actúan en detrimento de grupos sociales específicos, a quienes por motivos económicos se les dificulta el acceso a la salud. Según Ruíz y Morales (2015), las reformas en salud pública de los últimos años en Latinoamérica tienen la intención principal de disminuir los costos de la salud, reduciendo los

presupuestos, y ofreciendo así la mayor calidad posible a partir de la menor inversión de fondos, debido a las carencias y a las crisis económicas que afronta la región.

Ante esta situación desfavorable, los gobiernos han tenido que elegir entre cobertura o calidad en el servicio, de tal manera que, según sea el caso, o existe una aceptable cobertura del sistema pero sin tener una buena calidad o, por el contrario, hay buena calidad pero una cobertura deficiente. Por lo tanto, debido al contexto social de los países en Latinoamérica y a su economía, los sistemas de salud no han podido ser eficientes y exitosos, en la medida en que no han podido garantizar un apoyo sostenible para la justicia y el desarrollo social.

En medio de este contexto, se generan de manera constante las denominadas inequidades, entendidas como diferencias sistemáticas relacionadas con diversos aspectos del estado de salud de las personas, que guardan un vínculo directo con los factores sociales, contextuales económicos, demográficos o geográficos.

De acuerdo con Gutiérrez, Acosta y Alfonso (2012), los nuevos principios que orientan el desarrollo de la salud mental en Colombia y las cifras de financiamiento que se establecen desde la UPC, permiten afirmar que en el país se cumple con el principio de progresión y de no regresividad. Sin embargo, teniendo en cuenta que las enfermedades mentales requieren de una mayor atención por parte del Estado, debido a las situaciones complejas que se presenta en un marco de violencia y conflicto, el Ministerio de Protección Social (2018), ha definido un conjunto de estrategias centrales que tienen como objetivo mejorar la financiación de la atención en salud mental para la población Colombiana. Dichas estrategias son:

- Incrementar la inversión para el tema de salud mental, teniendo en consideración la crítica situación social, económica y política por la que atraviesa el país.
- Ajustar planes de beneficio a través de la inclusión de nuevas actividades, procedimientos e intervenciones en los dos Regímenes de Afiliación en Salud.
- Redefinir las fuentes de financiamiento para estos servicios.

Es importante tener en cuenta estas recomendaciones para orientar el desarrollo de nuevos esquemas, fuentes y modelos de financiamiento que permitan mejorar aspectos como cobertura,

calidad e integralidad en la prestación del servicio de la atención en salud mental. Lo anterior implica la participación e integración de los diversos actores interesados, mejorando de esta manera el diagnóstico de las situaciones que debe enfrentar la población para establecer, de esta manera, mejores iniciativas de atención.

Para finalizar, teniendo en cuenta el análisis sobre la justicia social que se ha presentado, en relación con la financiación y prestación de servicios en salud mental, es importante reconocer la responsabilidad social que tienen las universidades frente a la salud respecto a los servicios que prestan a través de sus Instituciones Prestadoras de servicios de salud IPS como aporte institucional. Se reconoce que a través de este servicio se hace un aporte interinstitucional a una problemática que genera graves problemáticas en el país como la violencia de género, de tal manera que los aportes desarrollados por las universidades no tienen como objetivo impactar únicamente a la población estudiantil, sino a toda la comunidad circundante y a la sociedad en general.

De esta manera, en los entornos universitarios la responsabilidad social se define como el diseño, aplicación y ejecución de un conjunto de acciones y procesos sistemáticos que las empresas establecen a nivel interno, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad y al desarrollo de cada país. Como lo explica Herrera (2016), la responsabilidad social en instituciones académicas es un elemento relevante y fundamental a, pues involucra la ayuda y la participación de todas las partes interesadas y de los actores que hacen parte de la comunidad a, en medio de un trabajo articulado para contribuir al desarrollo económico sostenible, en donde se involucran las capacidades de las directivas, los trabajadores, los estudiantes, sus familias, la comunidad local y la sociedad en general. Por lo tanto, para la universidad El Bosque, la responsabilidad social, es vista como la respuesta que tiene la Universidad para formar ciudadanos/as responsables con su entorno, generadores de ideas creativas y comprometidos para ayudar a solucionar problemas sociales y ambientales. Desde esta perspectiva surge la iniciativa de ofrecer y desarrollar programas asistenciales y de prevención, como la atención en salud mental desde la IPS de psicología como respuesta oportuna a la realidad del contexto, a las necesidades que tiene el país en la solución de problemas sociales como es la violencia de género apoyando el desarrollo de una justicia social

que promueva el acceso y la calidad de servicios básicos como la salud y la atención en salud mental.

Referencias – Apéndice a

- Bernal, O., y Forero, J. (2012). Análisis de actores del sector salud colombiano. En: *La salud en Colombia Logros, retos y recomendaciones*. [pp. 34-65]- Bogotá D.C. Universidad de los Andes.
- Flórez, K. (2013) Tensiones institucionales en el sistema de salud colombiano. *Justicia*, 8(3), 24-53.
- González, L. et al. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev colomb psiquiat*. 45(1), 89–95.
- Gutiérrez, C., Acosta, O., y Alfonso, E. (2012). Financiación de la Seguridad Social en Salud: Fuentes de recursos y su administración. Problemas y alternativas. En O, Bernal y C. Gutiérrez: *La salud en Colombia Logros, retos y recomendaciones*. [pp. 102-133]- Bogotá D.C. Universidad de los Andes.
- Herrera, C. (2016). Prevención y promoción de la salud mental como factor del desarrollo: análisis y desafíos para una política pública en Bogotá. Universidad De La Salle. Facultad De Ciencias Económicas
- Ministerio de la Protección Social (2018). Lineamientos de política de salud mental para colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). Boletín de salud mental. Oferta y acceso a servicios en salud mental en colombia. Bogotá D.C.

Rodríguez, C. (2012). Verdades y realidades del sistema de seguridad social en Colombia. Universidad de Manizales. [En línea]. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/2101/VERDADES%20Y%20REALIDADES%20DEL%20SISTEMA%20DE%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20EN%20COLOMBIA.pdf?sequence=1>

Rodríguez, M. (2003). Oportunidades para la salud mental dentro del sistema general de seguridad social en salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(33), 5-79.

Ruíz, D., y Morales, M. (2015). Social determination of the oral health-disease process: a socialhistorical approach in four Latin American countries. *Invest. Educ. Enferm*, 33(2), 248-259.

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. (2018). Política Distrital de Salud Mental. Recuperada de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf

Leyes y normas

Congreso de Colombia (2013). Ley 1616 de 2013. Recuperada de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Corte Suprema de Justicia (2014). Sentencia T-826 del 5 de noviembre de 2014. Recuperada de http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=jurcol&document=jurcol_0d1c8521934201cee0530a01015101ce

Ministerio de Salud y De Protección Social (2015). Ley 1751 de 2015. Recuperada de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y de Protección Social (2018). Resolución 046 de 2018. Recuperada de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-046-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y de Protección Social (2017). Resolución 05269 de 2017. Recuperada de <https://www.serviciocivil.gov.co/portal/transparencia/marco-legal/normatividad/resolucion-no-046-de-2018>

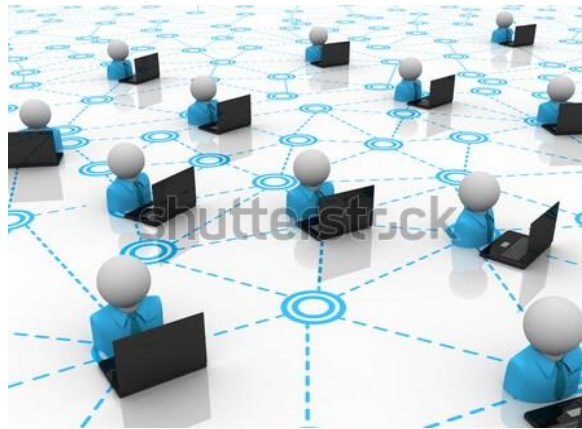
Presidencia de la República (2016). Ley 1773 de 2016. Recuperada de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201773%20DEL%206%20DE%20ENERO%20DE%202016.pdf>

Apéndice B - Atención a víctimas de violencia de género

El objetivo del presente directorio, es tener una herramienta que nos permita orientar a aquellas personas víctimas de la violencia basada en género. El profesional tendrá en su mano un abanico de posibilidades para guiar hacia los diferentes centros de

atención, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de manera efectiva y rápida a las mujeres que padecen la violencia en nuestra sociedad.

Con este trabajo nos propusimos dar a conocer las entidades que se encargan de la atención integral en cuanto a salud, protección y justicia, que debemos conocer para así actuar de manera efectiva acorde a la legislación colombiana.



Para poder tener acceso a la ubicación de las instituciones y trazar una ruta que guíe a quienes son víctimas, debes dar click al siguiente link: <https://edwinjutban.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=804f46dfdd544de29583b3a16c6c0288>

Allí podrás ubicar las instituciones que se encuentran cerca de la IPS El Bosque y aquellas que son de suma importancia en la ciudad capital. La georreferenciación aquí utilizada, nos permite encontrar la ubicación de las instituciones encargadas de trabajar en pro de las víctimas de violencia de género.

Para el uso del presente directorio debes tener en cuenta que a través de la ley 1257 de 2008, el Congreso de Colombia dictó normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

Es importante entender que la definición de violencia contra la mujer, es entendida como “cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado”³.

³ Ley 1257 de 2008.

Por tal motivo, es importante que conozcas que hacer cuando se presenta ante el Centro de Consulta Externa de Psicología una mujer víctima de este tipo de violencia.

En el caso que exista o se sospeche de agresión física o sexual, debes sugerirle acudir de inmediato al centro de salud más cercano para que esta persona sea valorada por un especialista en salud física y mental. Además, es a través de los servicios de urgencia que se activarán posteriormente las rutas de justicia y protección.

Aquí te daremos las indicaciones necesarias para una mejor orientación:



Los Centros de atención hospitalaria, son los encargados de identificar, atender, remitir, notificar y reportar según sea el caso, a partir de la resolución 3561 del Ministerio de Salud (Dirección General de Promoción y Prevención), que reglamenta con la guía 412/2000 del menor y de la mujer maltratados.

DECRETO 1876 DE 1994 (agosto 3) CAPÍTULO V, las Disposiciones finales mencionan en su Artículo 23º

“Plan de seguridad integral hospitalaria. Las Empresas Sociales del Estado deben elaborar un Plan de Seguridad Integral Hospitalaria que garantice la prestación de los servicios de Salud en caso de situaciones de emergencia y desastre, de

acuerdo con la normatividad existente sobre la materia”.

Por tal motivo, se establece el procedimiento de atención y se exige como un derecho gratuito, desde la obligación del sector Salud de estabilizar a una víctima física y emocionalmente la puedes remitir al hospital más cercano de tu zona.

Hospital de Usaquén: Calle 165 No. 7 - 38 Upa
Servitá. Teléfono: 671 9760

En el distrito, puedes orientarte con las siguientes entidades que te prestarán ayuda frente a dudas sobre la atención en salud física y mental ya que ahí hay profesionales dedicados a las diferentes áreas de medicina y ayuda psicológica:



Se

Sede Central:

Avenida El Dorado, calle 26 # 69 - 76
Torre 1 Piso 9 Edificio Elemento
Bogotá – Cundinamarca
Teléfonos: (571) 3169001
Código Postal 111071
De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.
e-mail: servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co

La Secretaría Distrital de la mujer se encarga de “Contribuir con la prevención y atención de las violencias contra las mujeres en sus diferencias y diversidades en el Distrito Capital” y “Consolidar la Secretaría Distrital de la Mujer como una entidad innovadora y eficiente, para contribuir con la garantía de derechos de las mujeres en el Distrito Capital”.

En Bogotá existe la Línea Púrpura Distrital, puedes comunicarte al número 01 8000 112 137 totalmente gratis desde el celular o el teléfono fijo y comunicarte vía WhatsApp al número 3007551846.

Esta línea de atención es “una oportunidad de escucha y orientación para las mujeres que habitan Bogotá. Es atendida por psicólogas, enfermeras y trabajadoras sociales, quienes cuentan con los conocimientos y la experiencia especializada para ofrecer orientación y atención psicosocial en temas relacionados con la salud de la mujer (física y psicológica), bienestar emocional, casos de violencias e inquietudes en relación con la salud sexual, salud reproductiva de las mujeres, seguridad materna, entre otros aspectos”.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Dirección
sede principal: Carrera 32 N. 12-81 Conmutador:
(571) 3649090 Línea gratuita: 106 - 123
Páginas Web:
www.saludcapital.gov.co Rafael Uribe Uribe
<http://www.eserafaeluribe.gov.co> UPA Bravo Páez.



Sede ANTONIO NARIÑO Calle 37 sur No. 25 - 37
teléfonos No. 7208674 2025673 atención de lunes a
jueves 7:00 am a 5:00 pm y los viernes de 7:00 am a
4:00 pm lugar: Sede Granjas de S. Pablo, su labor
consiste en intervención en Crisis Psicología y atención
a Víctimas de Violencias.

CAMI Perseverancia Servicio de Consulta de
Psicología y Psiquiatría. Paquetes de Atención:
Atención Médica Especializada, Intervención en
Crisis, Atención Integral a Víctimas de Violencia
Intrafamiliar.

Aspectos a tener en cuenta: 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. Estos deberán además hacer notificación inmediata a SIVIGILA e interponer denuncia ante el ICBF a través de la línea 141.

La Ley 1146 de julio 10 de 2007. Establece la obligatoriedad de dar aviso de la ocurrencia de conductas que atentan contra la integridad sexual de niños, niñas y adolescentes, tanto para el sector Salud, como para el educativo y tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de NNA que hayan sido víctimas de abuso sexual.

Puedes informar a la persona acudiente (siempre que se considere que no es la persona agresora), que las acciones de remisión, notificación y denuncia permitirán acciones como: recoger de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia; el inmediato a Fiscalía y al ICBF permitirá que se practiquen de inmediato las pruebas forenses patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

La Fiscalía General de la Nación es la encargada de administrar justicia y por tanto ante cualquier hay que poner en conocimiento ante sus diferentes centros de atención, creados para que a las víctimas les sean reestablecidos sus derechos.



Fiscalía General de la Nación
Diagonal 22 B No. 52-01 (Ciudad Salitre)
Conmutador: 57(1)570 20 00 - 57(1) 414 90 00
Líneas gratuitas: Denuncias penales: 018000916111 o
57(1)4149137
Página Web: www.fiscalia.gov.co.



Las Unidades de Reacción Inmediata URI. Estas Unidades facilitan el acceso ciudadano a la administración de justicia, a través de la prestación permanente del servicio. Logran la efectividad de la acción judicial y dan respuesta oportuna a las necesidades de la comunidad.

Ten en cuenta la unidad más cercana a tu zona o localidad, en ella podrás remitir a las personas que sean víctimas de violencia de género o la unidad más cerca de la localidad donde reside la víctima.

Las unidades están conformadas por fiscales con funciones de dirección y coordinación de sus equipos de trabajo, un grupo de investigadores y técnicos adscritos al Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía, la Sijin, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el Ministerio Público.

URI Paloquemao - Carrera 32 No 13^a- 20. Piso 1° Barrio Paloquemao. Coordinación tel. 29710000.

URI Centro - Carrera 32 No 13^a- 20. Coordinación tel. 201 2727 - 201 2636 - 201 2638.

Carrera 78 A No. 77 A. Coordinación tel. 201 2727 - 201 2636 - 201 2638.

URI Kennedy - Carrera 72 J No. 36-56 Sur. Coordinación tel. 299 35 15 - 273 22 09.

URI Ciudad Bolívar - Calle 54 Sur No 16-03 Barrio San Carlos. Coordinación tel. 760 3822 - 760 3644

Una vez identificada la agresión de la cual ha sido víctima la persona que acude a ti, ten en cuenta que la ruta de atención para poder orientarla y así brindar un apoyo eficaz y efectivo ante su situación jurídica es la siguiente.

En la parte legal, la Fiscalía cuenta con:



Los Centros Especializados de Atención a los Delitos sexuales, son aquellos *que fortalecen* los esfuerzos y acciones interinstitucionales para atender con calidad a las víctimas de la violencia sexual, en el marco del restablecimiento de derechos

Ahora encontraras aquellos centros que están capacitados para ayudar a las víctimas en diferentes situaciones que se presenten dentro de la ley 1257 de 2008.

Recuerda que los CAIVAS, CAVIF y CAPIV, así como la secretaria Distrital de la Mujer cuentan con abogadas que brindan orientación, asesoría y representación jurídica a las mujeres de manera gratuita.

Estos centros enfocan su actividad hacia el trato digno a las mujeres, hombres, niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas dentro de las actuaciones procesales, con el fin de evitar su doble victimización. Igualmente, ofrecen a la ciudadanía atención en las áreas psicológica, social, jurídica, médico-legal e investigativa, de forma que se promueva la recuperación y se generen mecanismos de autoprotección que le eviten de nuevo, ser víctima de estos delitos.

Ten en cuenta la unidad más cercana a tu zona o localidad, en ella podrás remitir a las personas que sean víctimas de violencia de género o la unidad más cerca de la localidad donde reside la víctima.

Las unidades están conformadas por fiscales con funciones de dirección y coordinación de sus equipos de trabajo, un grupo de investigadores y técnicos adscritos al Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía, la Sijin, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el Ministerio Público.

CAIVAS Centro de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual.

Diagonal 34 No 5-18

Teléfonos coordinación: 232 22 65 288 05 57 232 40 11 232 1043 lunes a viernes 8 am a 4 pm.

Estos centros proporcionan un servicio oportuno y eficiente a las víctimas y personas involucradas en los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual y trata de personas, en un marco de respeto por la dignidad humana.

CAVIF Centros de Atención e Investigación Integral contra la Violencia Intrafamiliar.

Carrera 13 No. 18 - 38. Pisos 2 y 4 Fiscalía Local Armonía Familiar.

Tel 3347893 - 3347953.

El propósito de estos centros es ofrecer una atención más oportuna, eficiente y eficaz para instruir a quienes necesitan saber cómo actuar al enfrentarse a un caso como estos.

En este espacio exclusivo, un equipo de profesionales de la Fiscalía brindará apoyo jurídico además de psicosocial a las potenciales víctimas. De igual forma dará a conocer las medidas de protección a las afectadas, quienes finalmente deberán llenar un formato de valoración de riesgo, información con la cual se abrirá la respectiva investigación.

Centro de Atención Penal Integral a Víctimas (CAPIV), ubicado en la Carrera 27 #18-59, tel. 5188471 en el sector de Paloquemao – Bogotá.

En este centro, trabajarán conjuntamente en pro de las víctimas, los funcionarios y funcionarias de la Fiscalía General de la Nación, la Policía Nacional, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el ICBF, la Defensoría del Pueblo y la Alcaldía de Bogotá quienes prestarán toda la asesoría y acompañamiento necesarios para responder de manera efectiva a las necesidades de las personas que sean víctimas de la violencia de género.

Para brindar una protección adecuada a las víctimas de la violencia de género, puedes apoyarte y brindar asesoría con las siguientes instituciones.



Las **Comisarias de Familia**, ayudan a orientar a aquellas personas que sean Víctimas de Violencia Intrafamiliar o que requieran orientación y atención por conflicto familiar y niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y delito sexual al interior del grupo familiar

Unidad de Atención Preprocesal Suba y Usaquén (Sala de Recepción de Denuncias) Calle 133 N° 101 C – 09 tel. 6826109 - 6924032 – 6710123.
Unidad de Conciliación Preprocesal (UCP). Denuncias de todos los delitos.

Estas comisarias te ayudarán a orientar a las personas víctimas, en cuanto a:

Apoya a la familia y acompaña a la víctima
Toma medidas de protección
Remite a fiscalía
Puede solicitar examen a medicina legal
Remite y gestiona atención a servicios especializados
Realiza seguimiento del caso
En casos de violencias sexuales, fundamentalmente la comisaria de familia ha de mandar medidas de emergencia, orientar y remitir a Fiscalía.

A continuación, encontrarás las comisarías de familia existentes en la ciudad de Bogotá, te daremos la más cerca y las de diferentes localidades que existen en la capital.

Usaquén 1 Calle 165 No. 7 - 02 Barrio Servita. Tel. 6790056

Chapinero Calle 61 No. 7 - 51, Barrio Chapinero 3459765

Santa fe Calle 15 No. 13 - 86 piso 2, Barrio La Capuchina 2435271 y 2824956

Suba II Transversal 126 No. 133 A 32, piso 2 CADE Barrio La Gaitana 6903585

San Cristóbal 1 Av. 1 de mayo No. 1 - 40 Sur, Barrio San Blas 3644866 y 3644920

San Cristóbal La Victoria Diagonal 37 Sur, Carrera 2 - 00 Este Barrio La Victoria 3628504 y 3628522

Usme II Carrera 1 No. 73 B 66 Sur, Barrio Santa Librada teléfono 2004793

Usaquén Calle 159 No 7F-28 Teléfono: Tel: 6702367 - 6702419 Cel: 304 590 54 30

Kennedy I Carrera 74 No. 42 F 46 Sur, Lago - Timiza 4542717 y 4542720

Bosa I Carrera 81 D No. 59 - 59 Sur, Barrio Argelia 7802084 y 7802113

Bosa II Calle 58 No. 91 A 14 Sur, Barrio El Regalo 7859787 y 5976356

Kennedy II Calle 38 Sur No. 94 C 29, Bellavista - Patio Bonito 4518954 y 4542712

Kennedy III Carrera 69 F No. 5 A 82, Barrio Nueva Marsella 4137119 y 4137073

Fontibón Carrera 104 B No. 22 J 15, Barrio La Giralda 2672250 y 2672695

Engativá I Calle 71 No. 73 A 44, piso 2. Barrio Boyacá Real 2916670 ext. 2214/15/17

Suba I Calle 146 A No. 94 A 05. Barrio Suba La Campiña 6921592/93 y 94

Engativá II Calle 72 No. 109 - 04. Barrio Villa Amalia 4418350 y 4316458

Teusaquillo Carrera 17 No. 39 A 38; Barrio Teusaquillo 3384623 y 3384624

Suba II B Sampedro de Tibabuyes Suba III Carrera 94 A No. 129 B 28, Barrio Rincón Escuela 6851911 y 6851916

Mártires Carrera 21 No. 14 - 75, Barrio El Listón 2472602 y 3510463

En la zona Norte este servicio se desarrolla desplazándose el equipo de profesionales a las distintas localidades del norte, te puedes comunicar al tel. 3279797 ext. 1907, 1908 y 1955 Disponibilidad 24 horas en operativos y eventos.

Policía Nacional de Colombia



Estación de Policía Usaqué

Calle 165 #8 A-43.

Teléfono (6) 6784927

Línea de atención a mujeres 155

Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112

La policía Nacional en sus funciones constitucionales, debe intervenir para evitar la consumación de conductas violentas y violencias al interior de la familia o en el ámbito social; que constituyan una conducta punible. Las autoridades de policía deben prestar toda la ayuda necesaria a las víctimas, a fin de impedir que se repitan esos hechos y evitar la retaliación por tales actos.

Cuando se trata de abuso sexual a menores, está facultada la policía de infancia y adolescencia, quien se encarga de auxiliar y colaborar con los organismos destinados por el Estado a la educación, protección y prevención de violencias contra niños, niñas y adolescentes y funciona en convenio con el ICBF.

Una vez exista la comisión de un delito de violencia de género, se debe realizar el procedimiento establecido por la ley y las autoridades de policía deben realizar las siguientes acciones.

Ofrecer medidas de Protección Asistenciales:

Conducir a la víctima hasta el centro asistencial más cercano

Acompañar a la víctima hasta un lugar seguro o hasta su hogar para el retiro de las pertenencias personales en caso de ser necesario.

Informarle sobre derechos de la víctima y servicios gubernamentales y privados.

Asesorar a la víctima en la preservación de la prueba.

Protege la escena del delito y asesora a la víctima sobre las medidas para conservar las pruebas de los actos constitutivos de violencia.

Acompaña y Apoya a las demás autoridades.

Reporta el caso.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

ICBF sede Usaqué
Calle 163ª #13 B -50
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. Teléfono [01-800-0918080](tel:01-800-0918080)



La función del ICBF es identificar, atender, remitir y notificar el caso de violencia sexual siempre que se trate de niños, niñas y adolescentes – NNA (Ley 360/97)

Su especificidad es velar por el restablecimiento de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes. Entendiéndose por Restablecimiento de Derechos:

a) La suspensión de la amenaza de violencia o acto violento mediante medida de protección (en casos que así lo requieran).

b) denuncia del caso ante la autoridad competente.

c) Intervención psicosocial y atención terapéutica a la víctima y su familia.

El Defensor de familia cumple por ley la función de representante legal de un infante y formula la denuncia ante entidad competente y asume los casos cuando el agresor/a del delito sexual es menor de 14 años.

Por otra parte, si a tu consulta llega una persona que ha sido víctima de Estigma o Discriminación debido a su orientación sexual o identidad de género, podrás sugerirle contactar las siguientes instituciones, que realizarán acompañamiento y seguimiento especializado:



Gustavo Adolfo Pérez Rodríguez
área de derechos Humanos - Colombia
Diversa

derechoshumanos@colombiadiversa.org

Teléfonos 3173753557 – (071)4831237

Calle 30ª No. 6-22 oficina 1102 –

Bogotá D.C.

Calle 30ª No. 6 - 22 Oficina 1102,

Bogotá - Colombia

Teléfono: (+57 1) 4831237 - Fax: (+57

1) 2880393

Aquí podrás encontrar un equipo de personas comprometidas con la lucha por los derechos de lesbianas, gays, bisexuales y trans en nuestro país. Es un equipo de trabajo es interdisciplinar y está conformado por abogados/as, antropólogos/as, pedagogos/as, comunicadores/as sociales, secretaria y contadores.

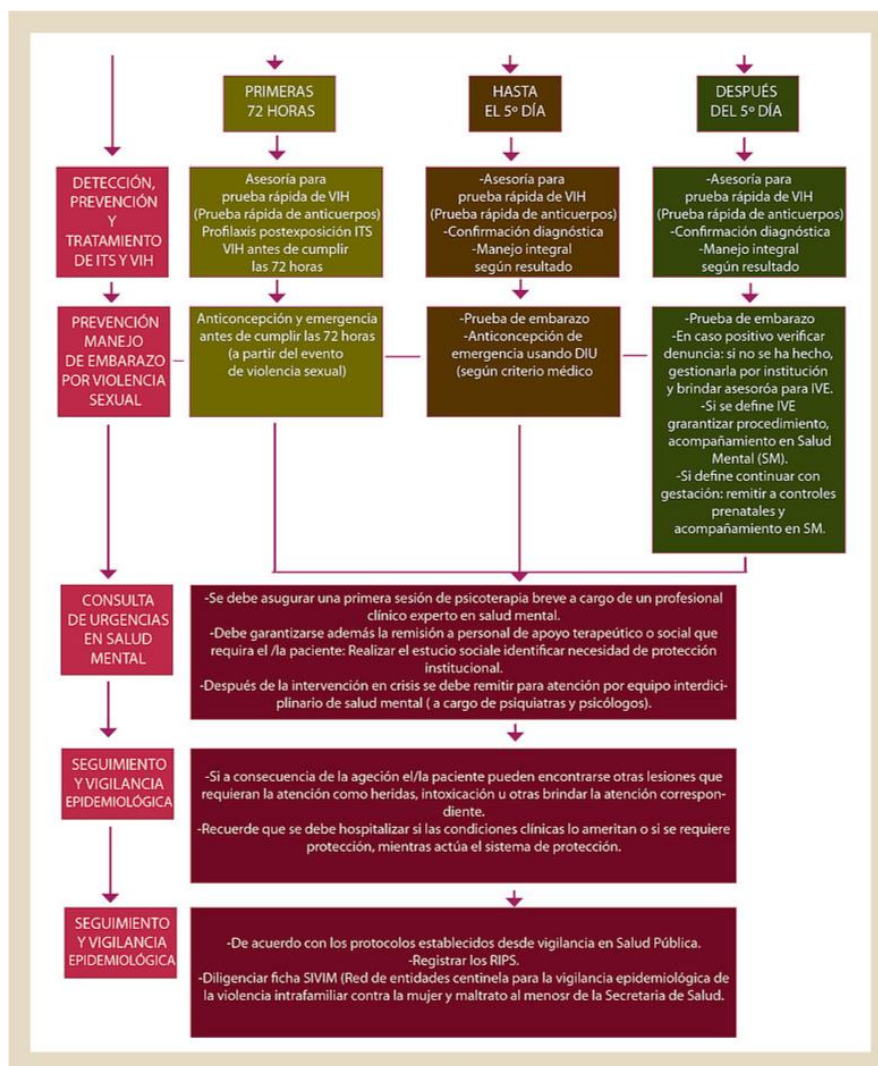
En cuanto a las violencias de género tiene como objetivo investigar hechos de violencia en contra de lesbianas, gays, bisexuales y trans, así como los crímenes asociados al prejuicio y discriminación.

El objetivo es incidir en espacios judiciales y fuera de estos para que los crímenes sean investigados y sancionados, para que las víctimas tengan justicia y para que los hechos no se repitan.



Corporación Casa de la Mujer
Carrera 35 # 53a - 86
Teléfonos: (57 1) 221 8785 Fax
(57 1) 222 9170

Asesorías y acompañamiento psicosocial, legal
y de fortalecimiento organizativo a grupos y
organizaciones de mujeres



women's **L I N K** worldwide

Women's link worldwide
Teléfono (071) 2575491
info@womenslinkworldwide.org

“Trabajamos para poner fin a la impunidad de la violencia contra las mujeres y niñas, y a las múltiples violaciones de sus derechos humanos por motivos socioeconómicos, raciales, étnicos o de estatus migratorio, entre otros”.

“En Women's Link entendemos la violencia como cualquier acto que afecta a la integridad física, emocional, psicológica, sexual, espiritual y cultural contra las mujeres y niñas por el hecho de ser mujeres”.



Colectivo en defensa de los derechos de las Minorías Sexuales en COLOMBIA y el Mundo.

Trabajan por la inclusión e igualdad, contra la Homofobia, el Bullying (abuso escolar) la discriminación y enfrentado a los Curas Pedófilos y religiones de doble moral.

- <http://orgullolgbtcolombia.blogspot.com/>
- <http://www.orgullolgbt.net>
- orgullolgbtcolombia@gmail.com

Red de Apoyo psicológico, médico y jurídico a personas que construyen otras identidades de género.

Av. Calle 32 # 13 - 83 Of. 1304 Torre 5, Bogotá, D.C.

Tel: 57-1- 4273853

Celular: 313-8290568

<http://www.trans-ser.com>
trans_ser@yahoo.es

**RED DE APOYO A
TRANSGENERISTAS TRANS-
SER**



LIBERARTE Asesoría Psicológica

Carrera 15 No 122 - 35 Torre 2 Cons
202 Bogotá, Cundinamarca - Colombia
TEL: (57-1) 6370623
Celular: (57) 3112579743 - 3108604298

<http://www.terapialiberarte.com>
terapia.liberarte@hotmail.com



“Somos una empresa de asesoría psicológica exclusiva para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas y demás sexualidades diversas. Prestamos un servicio de óptima calidad, especializado y confidencial para solucionar las diferentes dificultades de nuestros consultantes desde una valoración de la diferencia y un profundo conocimiento de las dinámicas específicas que se presentan a lo largo de la vida en los miembros de la comunidad LGBT y sus familias.

En LIBERARTE trabajamos a nivel individual, de pareja, de familia, dependiendo de las necesidades de nuestros consultantes. La modalidad de consulta es presencial y virtual este último para las personas que están fuera de Bogotá y de Colombia. Tenemos un

programa de tv por internet en www.dominioig.com que se llama "A LIBERARTE con el

Gracias a la Alianza entre la Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto Distrital de al Participación y Acción Comunal, IDPAC, y su Gerencia de Mujer y Géneros, Bogotá cuenta con dos nuevos Centros Comunitarios para los Sectores Sociales LGBTI.

**Centro Comunitario
Zona Sur / Bosa**

Carrera 100 No 52-24 sur Barrio porvenir
centrocomunitariolgbtzonasur@gmail.com

**Centro Comunitario
Zona Centro / Los Mártires**

Diagonal 22B Bis N° 20 - 51 Piso 2 Barrio Samper Mendoza
cclgbt.zonacentro@gmail.com
Tel: 3407939

En estos dos nuevos centros, al igual que el ya existente, brindará apoyo social, orientación jurídica, asesoría psicológica y fortalecimiento organizacional a personas o grupos poblacionales que se identifiquen con los sectores sociales LGBTI.

sexo" con temática psicológica para la comunidad LGBT".

*Centro Comunitario
Distrital LGBT/Chapinero
Asesorías gratuitas en tu centro
comunitario.
Asesoría Psicológica Regulares
Lunes a viernes 1:00 p.m. a 4:00 p.m.
Asesoría Psicológica Horario extendido
Miércoles y jueves 09:00 a.m. a 7:00 p.m.*

*Centro Comunitario
Zona Centro/ Los Mártires
Asesorías gratuitas en tu centro
comunitario.
Orientación Jurídica
Martes 11:00 a.m. a 4:00 p.m.
Asesoría Psicológica
Jueves 08:00 a.m. a 4:00 p.m.*

Asesoría Psicológica
Centro de Ciudadanía LGTBI

Recuerda que el Centro de
Ciudadanía LGTBI ofrece asesoría
psicológica gratuita.

Información/citas: 300-4455131

Transversal 17 Bis No. 36-74 B.



Fundación GAAT

Grupo de Acción y Apoyo a Personas
con Experiencia de Vida Trans

Email: logistica@fundaciongaat.org

Teléfono: 300 445 5131

Dirección: Calle 59 # 13 - 84

Bogotá, Colombia.

“Nuestros servicios están orientados a la generación y promoción de una calidad de vida digna para las personas Trans, sus familias y redes de apoyo.

Para lograrlo, el GAAT cuenta con varios programas institucionales, a través de los cuales construye espacios de encuentro, escenarios de formación y estrategias de búsqueda de oportunidades”.

Grupo de Apoyo

Orientado a facilitar los procesos o experiencias de tránsito y desarrollo identitario de las mujeres y hombres Trans, sus parejas y/o familias. “Se trata de un grupo en el que construimos relaciones de solidaridad, amistad y respeto, donde compartimos cada semana las vivencias que nos atraviesan cotidianamente no sólo a nosotras como personas Trans, sino también a las personas que nos rodean”

Patrulla Trans

Una estrategia de atención y documentación de casos de violencias y violaciones de derechos humanos hacia personas Trans, donde se hace seguimiento y acompañamiento a éstos.

<https://edwinjutban.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=804f46dfdd544de29583b3a16c6c0288>

Usuario: EdwinJutban

*Clave: Tata123456**

Ubicación georreferenciada de las Instituciones:

Apéndice C - Resumen de la financiación reglamentada por la resolución 5857 de 2018 para la atención gratuita a víctimas

Hecho victimizante	Grupo poblacional	Atención en salud mental	Internación
Violencia Sexual (Delitos contra la Libertad e Integridad Sexual) – Violencia de Género	Mujeres	Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total y Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja por <u>psicólogo y médico especialista competentes</u> , durante el año calendario. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.	El paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día
	Menores de 6 años	Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual y Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.	En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.
Violencia Sexual, Intrafamiliar, abuso sexual	Menores de 6 años	Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual y Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total, por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario. Adicionalmente: Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual y hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja.	En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización hasta la edad de 14 años podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.
	Para personas de 14 años a menores de 18 años.	Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual y hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total	En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días,

		por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.	continuos o discontinuos por año calendario.
Violencia Sexual, Intrafamiliar, abuso sexual (ley 1336 de 2007 – Ley 1257 de 2008)	Para personas de 14 años a menores de 18 años	Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual y hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.	En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario. (internación parcial u hospital día).