

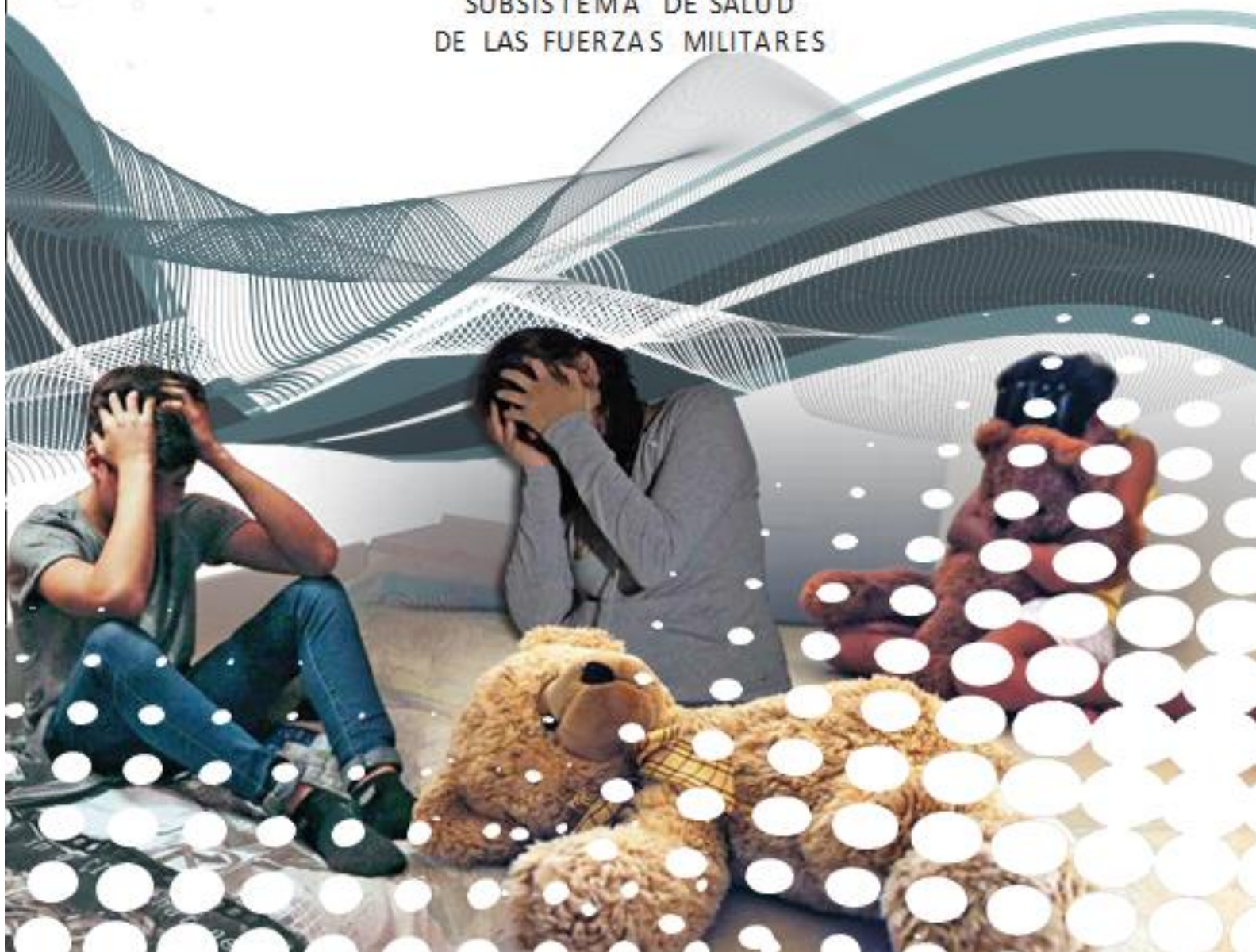


**Comando General FF.MM.
Dirección General
de Sanidad Militar**



LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y OTRAS VIOLENCIAS

**SUBSISTEMA DE SALUD
DE LAS FUERZAS MILITARES**



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

COMANDO GENERAL



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

**LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y OTRAS VIOLENCIAS**

SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

**SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO GESTIÓN EN SALUD
SALUD MENTAL**

BOGOTÁ, D.C., MARZO de 2015

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA COMANDO GENERAL



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

MAYOR GENERAL DEL AIRE JULIO ROBERTO RIVERA JIMÉNEZ
DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

CORONEL LINA JEANNETTE VALERO VIANCHA
SUBDIRECTORA DE SALUD - DGSM

BRIGADIER GENERAL CARLOS ARTURO FRANCO CORREDOR
DIRECTOR DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

CAPITÁN DE NAVÍO GERMÁN ARANGO JARAMILLO
DIRECTOR DE SANIDAD NAVAL

CORONEL FRANCISCO ARROYO ARBOLEDA
DIRECTOR DE SANIDAD FUERZA AÉREA COLOMBIANA

MAYOR GENERAL (RA) LUIS EDUARDO PÉREZ ARANGO
DIRECTOR HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Autoría DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

SMSM. MARÍA GLADYS QUIÑONES VENEGAS
Psicóloga - Líder Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

Capitán CAROLINA GARCÍA DE GRIJALBA ORTEGA
Psicóloga - Jefe Salud Mental
DRA. LISED MILENA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ
Psicóloga Clínica

DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL

Capitán de Fragata ASTRID CONSTANZA VERGARA
Psicóloga - Jefe Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZA AÉREA COLOMBIANA

Capitán CATHERINE OTÁLORA MOSQUERA
Psicóloga - Jefe Salud Mental

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DRA. MERY HERNÁNDEZ ANGULO
Psicóloga
SMSM DANY DE ÁVILA JIMÉNEZ
Trabajadora Social

Asesoría y Revisión DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

SMSM LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO
Coordinadora Grupo de Gestión en Salud

HOSPITAL MILITAR CENTRAL SMSM

PATRICIA HERNÁNDEZ ZUBIETA Coordinadora
Psicología Hospital Militar Central

Colaboradores DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

ENF. JEFE ANGELA AMPARO LÓPEZ LÓPEZ
Grupo Red
ENF. JEFE YEIMY YULIETH VALBUENA MORA
Grupo Salud Pública

PS. JORGE L. CERMEÑO GARRIDO
Periodista
Comunicaciones Estratégicas

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
SMSM CLAUDIA E. MEDINA SANABRIA
Psicóloga

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SMSM MARTHA OCHOA CASTILLO
Trabajadora Social

DIRECCIÓN DE FAMILIA EJÉRCITO
DRA. JULIANA VELÁSQUEZ ÁNGEL
Trabajadora Social
DRA. CIELO BURGOS
Trabajadora Social



TABLA DE CONTENIDO

	Página
JUSTIFICACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1	
GENERALIDADES	
1. OBJETIVOS	13
1.1. OBJETIVO GENERAL	13
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2. ALCANCE	13
3. NORMATIVIDAD	13
4. VIOLENCIA	15
4.1. VIOLENCIA INTERPERSONAL	16
4.1.1. Violencia intrafamiliar	16
4.1.2. Violencia comunitaria	16
4.1.3. Violencia Basada en Género (VBG)	16
Violencia contra la mujer	16
4.2. NATURALEZA DE LAS VIOLENCIAS	16
4.2.1. Violencia Física	16
4.2.2. Violencia Psicológica	16
4.2.3. Negligencia - Privación/Desatención	16
4.2.4. Violencia Sexual	16
4.2.5. Abuso Sexual	16
4.2.6. Violación/Asalto Sexual	16
4.2.7. Acoso sexual	16
4.2.8. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA)	16
4.2.9. Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes)	17
4.2.10. Trata de personas para explotación sexual	17
4.2.11. Turismo sexual	17
4.2.12. Matrimonios tempranos	17
4.2.13. Utilización sexual de niñas y niños por actores armados	17
5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA	17
5.1. ESTADÍSTICA MUNDIAL	17
5.2. ESTADÍSTICA NACIONAL	19
5.3. ESTADÍSTICA SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES	26
CAPÍTULO 2	
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE VIOLENCIA	
1. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	29
1.1. PSICOEDUCACIÓN	29
1.2. FACTORES DE RIESGO FACTORES DE PROTECCIÓN	29
1.2.1. Factores de Riesgo de Violencia Intrafamiliar	30
1.2.2. Factores de Riesgo Violencia de Pareja	31
1.2.3. Factores de Riesgo de Violencia Sexual Adultos	32
1.2.4. Factores de Riesgo de Violencia Sexual NNA	33
1.2.5. Factores de Protección	34



1.3. DETECCIÓN OPORTUNA DE VIOLENCIAS:	35
1.3.1. Identificación Casos de Violencia Física a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	35
1.3.2. Identificación casos de violencia psicológica a NNA	36
1.3.3. Identificación casos de Violencia por Negligencia	37
1.3.4. Identificación de casos de Mujeres víctimas de Violencia Física	38
1.3.5. Identificación de casos de mujeres víctimas de Violencia Psicológica	38
1.3.6. Detección oportuna de casos de Violencia Sexual	39
1.3.7. Detección de situaciones de violencia sexual en NNA	39
1.3.8. Identificación de Casos de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual	41
1.3.9. Signos de sospecha de Explotación Sexual Comercial (ESCNA)	41
1.3.10. Signos y síntomas que pueden estar asociados a múltiples causas además de la violencia sexual	41
1.4. SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	42
2. ¿CÓMO PREVENIR LA VIOLENCIA?	43

CAPÍTULO 3 45

PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS

1. PROCESO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS: FÍSICA / PSICOLÓGICA / NEGLIGENCIA / OTRAS	45
1.1. PASO 1: SENSIBILIZAR A LOS USUARIOS DEL SSFM FRENTE A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS	45
1.2. PASO 2: VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA	45
1.3. PASO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	45
1.4. PASO 4: RECEPCIÓN DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA EN EL SERVICIO DE SALUD	45
1.5. PASO 5: REALIZAR UNA COMPLETA VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA VÍCTIMA	46
Diagnóstico clínico específicamente relacionado con el evento de violencia	46
1.6. PASO 6: ASEGURAR UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INICIAL ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA	47
1.7. PASO 7: PLANEAR LOS SEGUIMIENTOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LA VÍCTIMA	47
1.8. PASO 8: DERIVAR HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA SEXUAL	48
1.9. PASO 9: EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA QUE CORRESPONDAN	49
1.9.1. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes (SIVIGILA)	49
1.9.2. Reporte en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)	50
1.10. PASO 10: REALIZAR LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDA POR EL SECTOR SALUD	50
1.11. PASO 11: EFECTUAR UN ADECUADO CIERRE DE CASO	50
2. PROCESO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	50
2.1. PASO 1: SENSIBILIZACIÓN FRENTE A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	50
2.2. PASO 2: VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	51
2.3. PASO 3: Consentimiento Informado	51
2.4. PASO 4: RECEPCIÓN INMEDIATA DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS	52
2.5. PASO 5: REALIZAR UNA COMPLETA VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA VÍCTIMA	52
2.5.1. PARTE A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual	54
2.5.2. PARTE B: Examen clínico general de la víctima de violencia sexual	55
2.5.3. PARTE C: Examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual	55
2.5.4. PARTE D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual	56
2.5.5. KIT de Profilaxis Post-exposición en víctimas de violencia sexual	57
2.6. PASO 6: TOMA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NECESARIAS PARA EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA VÍCTIMA EN LA EVALUACIÓN INICIAL	58

2.7.	PASO 7: ASEGURAR PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA ITS DURANTE LA CONSULTA INICIAL POR SALUD	59
2.8.	PASO 8: ASEGURAR PROFILAXIS PARA VIH/SIDA DURANTE LA CONSULTA INICIAL POR SALUD	59
2.8.1.	Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual	59
2.8.2.	Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual	59
2.9.	PASO 9: SEGUIMIENTO VIH/ITS EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL SEGUIMIENTO VIH/ITS EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL	60
2.10.	PASO 10: ASEGURAR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y ACCESO A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	60
2.10.1.	Durante las Primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual	60
2.10.2.	Después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual	61
	OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	61
	Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual	61
2.11.	PASO 11: ASEGURAR UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INICIAL ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA	63
2.11.1.	Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud	63
2.11.2.	Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial en el ESM o Red Externa Contratada	64
2.12.	PASO 12: PLANEAR LOS SEGUIMIENTOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LA VÍCTIMA	65
2.13.	PASO 13: DERIVAR HACIA OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD REQUERIDOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	65
2.14.	PASO 14: DERIVAR HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA SEXUAL	66
2.15.	PASO 15: EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA SEXUAL QUE CORRESPONDAN	66
2.15.1.	Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes (SIVIGILA)	66
2.15.2.	Registro en los RIPS	67
2.16.	PASO 16: REALIZAR LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDA POR EL SECTOR SALUD	67
2.17.	PASO 17: EFECTUAR UN ADECUADO CIERRE DE CASO	67

CAPÍTULO 4

	PROCESOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y SEGUIMIENTO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	69
1.	SÍNTOMAS, MANIFESTACIONES Y CARACTERÍSTICAS	70
2.	INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	71
2.1.	Reestructuración cognitiva	71
2.2.	Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento	71
3.	INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	71
3.1.	OBJETIVO GENERAL	71
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
3.3.	VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL POR TRABAJO SOCIAL	72
	Recepción Caso	72
	Direccionamiento del caso	72
3.4.	INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	74
3.5.	Etapas de la intervención	74

CAPÍTULO 5

	PROCESO DE CADENA DE CUSTODIA	75
1.	OBJETIVO	75
2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
3.	ALCANCE	75
4.	JUSTIFICACIÓN	75
5.	DEFINICIONES	75
5.1.	CADENA DE CUSTODIA	75



5.2.	REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA	75
5.3.	ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA (EMP) O EVIDENCIA FÍSICA (EF)	75
5.4.	EMBALAJE	76
5.5.	EMBALAR	76
5.6.	ROTULADO	76
5.7.	INDICIO	76
6.	PROCEDIMIENTOS EN SALUD	76
7.	PERSONAL QUE DEBE CUSTODIAR	76
8.	PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO	76
8.1.	MANEJO DE ROPA	76
8.2.	MANEJO DE CABELLO, VELLO Y FIBRAS	77
8.3.	MANEJO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS	77
8.4.	MANEJO DE ARMAS CORTANTES, PUNZANTES Y CONTUNDENTES	77
8.5.	DOCUMENTOS QUE INTERVIENEN	77
9.	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EN MATERIA DE CADENA DE CUSTODIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR	77
10.	FLUJOGRAMA	79
BIBLIOGRAFÍA		80

JUSTIFICACIÓN

Existe una gran preocupación de la Organización Mundial de la Salud y a nivel del Ministerio de la Salud y Protección Social, por el fenómeno de la Violencia. De acuerdo a la OMS¹ en su informe de Violencia y Salud, para el año 2000 se estimó la muerte de 520.000 personas, como resultado de violencia interpersonal, cifra que equivale a una tasa de 8.8 por 100.000 habitantes, dato que no se corrobora con la cifra oficial de homicidios, probablemente por ausencia de notificación del evento o se informa como accidente o se atribuyen a causas naturales o desconocidas. En relación a la violencia de pareja se encontró que entre el 10 y 69% de las mujeres informaron haber recibido agresión física por su pareja masculino en algún momento de sus vidas, generalmente esta naturaleza de violencia se acompaña de otras.

La Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, (2013)², emitieron un informe de la primera evaluación sistemática y datos científicos a nivel mundial y regional de la prevalencia de la violencia conyugal contra la mujer y la violencia sexual infligida por otra persona distinta de la pareja.

Se evidenció que el 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. Casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%.

A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal. Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes.

En Colombia el informe Forensis, reporta que durante el año 2013 se presentaron 14.294 casos de homicidios, 6.219 muertes en accidentes de transporte, 2.643 accidentales, 1.810 suicidios y 1.657 muertes indeterminadas, para un total de 26.623 muertes violentas. En relación a las lesiones no fatales, la violencia interpersonal ocupó el primer lugar con 158.798 casos (52%), seguido de la violencia intrafamiliar con 68.230

(23%), lesiones en accidentes de transporte 41.823 registros (14%), exámenes médico legales por presunto delito sexual 20.739 (7%) y, en último lugar, las lesiones accidentales con 12.894 (4%), para un total de 302.484 lesiones no fatales.

Las cifras de violencia y su situación en la realidad colombiana muestra la vulneración a los Derechos Humanos de Niños, Niñas, Adolescentes, Mujeres y Hombres que son víctimas de Violencia en el marco de las relaciones familiares, sociales, comerciales, de delincuencia común y en el conflicto armado. Sólo un porcentaje de ellas acceden a los servicios de salud buscando atención médica específica, aunque no existen datos precisos, se plantea que solo un bajo porcentaje de estas víctimas acceden a servicios de salud, lo que sugiere que en casos de violencia intrafamiliar o de violencia sexual no se hace reporte que favorezca su registro.

La violencia intrafamiliar se constituye en situaciones que deterioran la calidad de vida de las personas y de las familias, reforzando la solución privada y violenta de los conflictos y las respuestas de intolerancia e irrespeto entre las personas. Este tipo de violencia se fundamenta en el uso de la fuerza física, la manipulación, la intimidación y el engaño, para debilitar a la víctima, a través de la disminución de su capacidad de respuesta y de toma de decisiones. Sus consecuencias son significativas y se ven reflejadas en el ámbito familiar y social, además del riesgo directo sobre la vida, producen gran dolor y sufrimiento emocional, e inevitablemente desencadena una cadena de violencia en la cotidianidad.

La violencia sexual en sus diferentes manifestaciones constituye una de las más graves afectaciones a los derechos fundamentales de las personas y ha sido reconocida como una problemática en Salud Pública. Afecta profundamente la salud tanto física como mental de las víctimas; sus consecuencias, pueden manifestarse inmediatamente o muchos años después. La mortalidad asociada a este tipo de violencias se relaciona con suicidio, infección por el VIH u homicidio durante la agresión.

Las Fuerzas Militares no son una excepción en el tema de la Violencia, se comprende que el personal incorporado refleja las condiciones de la sociedad en que están inmersas y en el caso de Colombia. En el año 2013 fueron reportados 333 casos por el personal de salud del Subsistema de Salud de

¹ OMS, 2002.

² OMS, 2013.



las Fuerzas Militares al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA como evento 875 = Violencia, el 81,98% fue reportado como violencia intrafamiliar, de la cual el 57,95% correspondió a violencia de pareja, el 34,98% a violencia contra niños, niñas y adolescentes, el 4,24% a violencia contra el adulto mayor y un 2,83% a violencia entre otros familiares. Del 100% del reporte de violencias el 55% correspondió a violencia física seguida con un 16% por violencia sexual.(Reporte estadístico DGSM - 2013).

Considerando lo anterior, y en consonancia con los planteamientos del Ministerio de la Salud y la Protección Social, el presente Manual establece "lineamientos al interior del Sub-sistema de Salud de las FF.MM. para la atención e intervención integral en violencia sexual y otras violencias, que garantice la calidad del servicio en salud y el restablecimiento de derechos de las víctimas".

INTRODUCCIÓN

En concordancia con los informes nacionales e internacionales acerca del panorama en eventos de Violencia, se hace necesario formular estrategias de intervención encaminadas a generar acciones concretas sobre la prevención de los mismos y sus consecuencias en las diferentes áreas de vida de las personas. La presencia de Violencia no solo identifica en la población civil, también se evidencia en el contexto militar. En respuesta a esta necesidad la Dirección General de Sanidad Militar en coordinación con las Direcciones de Sanidad Ejército, Naval, Fuerza Aérea y el Hospital Militar, propuso la creación del proyecto Lineamientos de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y otras Violencias para ser implementado en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM). Cuyo objetivo se orientó en “Establecer lineamientos para la atención e intervención integral en violencia sexual y otras violencias, que garantice la calidad del servicio en salud y el restablecimiento de derechos de las víctimas”.

Es un documento normativo e informativo, contiene los lineamientos para el abordaje integral desde el sector salud de las conductas violentas. Los contenidos plasmados desde la perspectiva de la detección temprana, la atención y rehabilitación de las víctimas de violencia, proponen extender el abordaje más allá de la atención inmediata o de urgencias, incluyendo factores de riesgo (prevención), administración de los riesgos (mitigación y superación) y promoción de los factores protectores.

El presente manual contempla el abordaje de la salud biopsicosocial como un proceso dinámico de interacción entre el individuo, con su herencia, su ambiente familiar, comunitario, sociocultural, y la accesibilidad a servicios de salud, para un óptimo desarrollo de sus potencialidades. El desarrollo de los lineamientos abarca, una exposición del panorama de las violencias a nivel mundial, nacional y al interior de las Fuerzas Militares de Colombia, una descripción de los aspectos a nivel personal, familiar y social que pueden favorecer la Detección Temprana de casos de violencia por parte de los profesionales de salud, en los cuales se incluyen la identificación tanto de factores de riesgo como de factores protectores, el paso a paso de intervención inicial en salud a las víctimas de violencia, la continuidad de las intervenciones terapéuticas y su seguimiento así como el procedimiento a realizar en los casos que requieran cadena de custodia.

Es de reconocer que el presente documento de lineamientos se basa en un cúmulo de literatura nacional e internacional sobre el fenómeno de la violencia, en especial tuvieron particular relevancia la Resolución 459 de 2012 “Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual” y el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual desarrollado por el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el año 2010.



CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

1.

OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer lineamientos al interior del Subsistema de Salud de las FF.MM. para la atención e intervención integral en violencia sexual y otras violencias, que garantice la calidad del servicio en salud y el restablecimiento de derechos de las víctimas.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer la detección oportuna de los casos de violencia en los usuarios del Subsistema.
- Brindar herramientas a los profesionales (SSFM) en la Atención Integral en Salud a Víctimas de algún tipo de violencia.
- Fortalecer la prevención primaria a través de la detección y fortalecimiento de factores protectores.
- Sensibilizar al personal de salud frente a la atención en los casos de violencia para la adecuada y oportuna implementación del protocolo.
- Fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica en violencia - Reporte SIVIGILA RIPS.

2.

ALCANCE

El presente manual favorece a usuarios del Subsistema de SSFFMM mediante la descripción de procesos de evaluación, intervención y seguimiento en procesos de atención integral a víctimas de violencia

3.

NORMATIVIDAD

NORMATIVIDAD	
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.
Ley 1336 de 2009	Por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.
Decreto 412 de 1992	“Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones”.
Resolución 412 de 2000 Mediante Acuerdo 117 de 1998	“Por la cual se reglamenta el Sistema de Vigilancia y control de interés de notificación en Salud”.
Resolución 1890 de 2002	“Por la cual se regula el artículo 288 del CPP cadena de custodia”.



Resolución 2869 de 2003	“Por medio de la cual se adopta el Manual de Procedimientos de Sistema de Cadena de Custodia”.
Resolución 6394 de 2004	“Por medio de la cual el Señor Fiscal General de la Nación adoptó el Manual de Procedimientos de Cadena de Custodia”.
Resolución 02770 de 2005	“Por medio de la cual se modifica el Manual de Procedimiento del sistema de cadena de custodia para el sistema penal acusatorio”.
Resolución 1043 de 2006	“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar su servicio e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones”.
Resolución 2680 de 2007 Art 1° párrafo 1°	Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios. <u>Parágrafo 1° dará aplicación para el literal A sobre capacidad tecnológica y científica.</u>
Resolución 459 de 2012	“Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”.
Acuerdo 04 de Mayo de 1997 del CSSMP	“Por medio del cual se adoptan los regímenes de Referencia y Contrarreferencia en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”, siendo de obligatorio cumplimiento con la finalidad de facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de dichos afiliados del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales.
Circular 022 de diciembre de 2007	Dirigida a las entidades promotoras de salud, IPS, empresas sociales del estado, servicio de ambulancia y personal de atención pre hospitalaria públicas y privadas en las cuales recuerdan la obligación de establecer e implementar los procesos y procedimientos para el manejo de los EMP (elemento materia de prueba) o EF (evidencia física).

RESPONSABILIDAD FRENTE A LA DENUNCIA	
Ley 1146 de 2007, artículo 9	Sobre la atención integral en salud. En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes.
Ley 1438 de 2011, artículo 21	Sobre la obligación de denunciar posible vulneración de derechos, maltrato o descuido.
Código de la Infancia y la Adolescencia, artículo 46	Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes.
Código de procedimiento Penal, artículo 67	Sobre el deber de denunciar.
Código Penal, artículo 417	Abuso de autoridad por omisión de denuncia.
Código de penal, artículo 219-B	Sobre la omisión de la denuncia.
Código de procedimiento Penal, artículo 143	Poderes y Medidas Correccionales - Al establecimiento de salud que reciba o dé entrada a persona lesionada sin dar aviso inmediato a la autoridad respectiva.
Código de procedimiento Penal, artículo 218	Aviso de ingreso de presuntas víctimas.

EL SECRETO PROFESIONAL Y LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR

Ley 23 de 1981	Normas en materia de ética médica, artículo 38: señala que la revelación del secreto profesional procede ante autoridades judiciales (...) en los casos previstos en la ley (por ejemplo cuando existe el deber de denunciar) salvo que la declaración implique autoincriminación.
Ley 1090 de 2006	Sobre profesión de psicología, artículos 2, 14 y 25: establece las excepciones al secreto profesional por ejemplo para evitar un evidente daño a la persona y cuando las autoridades lo soliciten. Impone además el deber de denunciar violaciones a los Derechos Humanos y malos tratos de los que tenga conocimiento en ejercicio de su profesión.
Ley 1542/2012	Incorpora medidas para hacer efectiva la investigación y el castigo de los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria. Excluye tales tipos penales de la categoría de delitos querellables, exige a las autoridades competentes investigar de oficio los delitos de violencia contra la mujer. Finalmente, ordena que el Instituto de Medicina Legal de previo concepto sobre la peligrosidad del individuo, con el fin de otorgarle el beneficio de prisión domiciliaria, en casos de violencia intrafamiliar.

4.

VIOLENCIA

Se define como el uso intencional de la fuerza física y/o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupo o comunidades y que tiene como consecuencias probables: lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.

En el Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la Violencia y la Salud³ (OMS, 2002) la violencia ha sido esquematizada en tres grandes categorías: Violencia Autoinflingida, Violencia Interpersonal y Violencia Colectiva, y se establece la relación con la Naturaleza de la Violencia como Física, Sexual, Psicológica y Privaciones o desatención:

Clasificación de la violencia

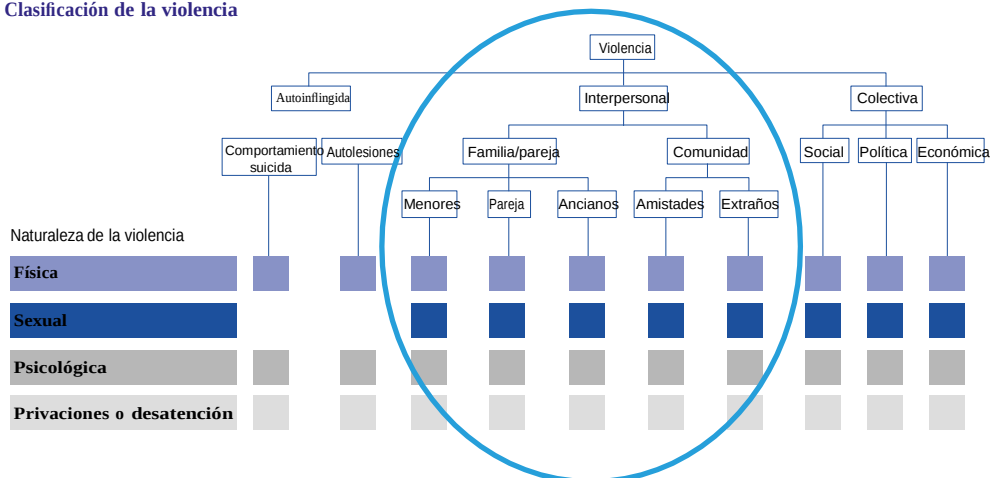


Figura 1. Fuente: tomada de OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002.

Adicionalmente, se ha incorporado el género de la víctima lo cual ha establecido la Violencia Basada en Género; en Colombia específicamente la Ley 1258/05 Dic 2008 dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

De acuerdo a la clasificación anterior y para efectos del presente manual se establece el abordaje clínico de las Violencias de tipo Interpersonal relacionadas con la naturaleza de la Violencia y la Violencia Basada en Género.

4.1. VIOLENCIA INTERPERSONAL

4.1.1. Violencia intrafamiliar

Es una práctica de fuerza y de poder ejercida por los miembros que conforman el grupo familiar, el cual puede ser por afinidad, consanguinidad o afiliación, incluidas las exparejas; causando daño físico, psicológico, sexual y/o económico, entre otros. Generalmente, mantiene un patrón cíclico dentro de la dinámica familiar y suele acontecer en el hogar, aunque no necesariamente.

4.1.2. Violencia comunitaria

Es una práctica de fuerza y de poder que se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

4.1.3. Violencia Basada en Género (VBG)

Toda forma de agresión ejercida en contra de una persona o grupo de personas, en razón del sexo, la edad, la etnia o cualquier otra condición personal, trayendo como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. La VBG se refiere tanto a la violencia dirigida a hombres como a mujeres.

Violencia contra la mujer

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.

4.2. NATURALEZA DE LAS VIOLENCIAS

4.2.1. Violencia Física

Ocasiona riesgo o disminución de la integridad corporal. Incluye golpes, agresiones con objetos o líquidos que puedan hacer daño, encierros, sacudidas, estrujones, entre otras conductas que busquen hacer daño a la integridad física de las personas.

4.2.2. Violencia Psicológica

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. Se incluyen malos tratos, las ofensas, menosprecio, amenazas, prohibiciones y control, entre otros.

4.2.3. Negligencia - Privación/Desatención

Es la omisión de las acciones orientadas a satisfacer las necesidades básicas para garantizar el desarrollo armónico e integral de los miembros de la familia, tales como: alimentación, educación, salud, cuidado, seguridad, afecto, entre otros.

4.2.4. Violencia Sexual

Hace referencia a cualquier acto sexual, tentativa de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad mediante el uso de fuerza o la amenaza de usarla, la intimidación, la coerción, el chantaje, la presión indebida, el soborno, la manipulación o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal de decidir acerca de la sexualidad y de la reproducción. Igualmente se considera violencia sexual cuando la persona agresora obliga a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

4.2.5. Abuso Sexual

Situación que incluye cualquier tipo de violación de la libertad sexual, puede presentarse con o sin contacto físico.

4.2.6. Violación/Asalto Sexual

La OMS lo define como “cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona”⁴.

4.2.7. Acoso sexual

“El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta, relaciones de autoridad, poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona.”⁵

4.2.8. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNA)

Comprende el abuso sexual por un adulto y la remuneración en especie al niño o a una persona o terceras personas. El medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. El abuso sexual de NNA con propósitos comerciales es una forma de violencia contra el NNA que equivale a trabajos forzados y una forma contemporánea de esclavitud. Es importante aclarar que aunque declaren que estuvieron de acuerdo con el abuso sexual realmente no están tomando una decisión informada y libre.

⁴ OMS, 2002.

⁵ Ley 1257 de 2008.

4.2.9. Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes)

Producción, distribución y tenencia de “toda representación, por cualquier medio de comunicación, de un niño o niña menor de 18 años de edad, o con aspecto de niño o niña, involucrado en actividades sexuales reales o simuladas, de manera explícita o sugerida, con cualquier fin” 9, 10. Ésta se divide, según los materiales o contenidos, en pornografía blanda y dura. La primera hace referencia a imágenes desnudas y seductoras de niños o niñas, mientras que en la segunda se exhiben imágenes de acceso carnal 11 y actos sexuales 12 con niños o niñas.

4.2.10. Trata de personas para explotación sexual

“Forma de explotación sexual a través de la captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra. Es la manifestación contemporánea de esclavitud que equipara los seres humanos a la condición de objetos. Se configura cuando el agresor capta a la víctima con la intención de trasladarla dentro o fuera de su ciudad, departamento, país con la finalidad de explotarla sexualmente”.¹³

4.2.11. Turismo sexual

“Utilización de una niña, niño o adolescente en actividades sexuales por personas que viajan de su país o ciudad de origen a otro u otra. Se da en el contexto del turismo por lo tanto, predomina en los lugares cuya economía depende de este sector”.⁶

4.2.12. Matrimonios tempranos

Se refiere a la venta encubierta de niñas, bajo la forma de matrimonios legales, para ser sometidas a servidumbre sexual por el esposo, quien paga una suma de dinero por el derecho sobre la niña y luego la somete a sostener relaciones sexuales con él o con otras personas. Algunas veces implica el traslado de la niña a otra ciudad o país y la servidumbre doméstica. También puede realizarse por motivos de inmigración, de mejoramiento de la situación familiar, entre otras posibilidades.

4.2.13. Utilización sexual de niñas y niños por actores armados

Consiste en forzar a los menores a mantener interacción sexual con actores armados adultos o adolescentes mayores y/o

utilizarlos para obtener información estratégica de actores del conflicto y para ello se les exige establecer relaciones sexuales con los combatientes.

5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA

5.1. ESTADÍSTICA MUNDIAL

Frente al tema de las Violencias y específicamente en el reporte de las mismas, se presenta ausencia de notificación del evento, en otras oportunidades se informa como accidente o se atribuyen a causas naturales o desconocidas. Esta situación obstaculiza un conocimiento exacto de la prevalencia de este fenómeno con su directa implicación para establecer medidas de prevención y atención a las víctimas.

De acuerdo a la OMS⁷ en su informe de Violencia y Salud, para el año 2000 se estimó la muerte de 520.000 personas como resultado de violencia interpersonal, cifra que equivale a una tasa de 8.8 por 100.000 habitantes, dato que no se corrobora con la cifra oficial de homicidios, probablemente por las razones anteriormente expuestas entre ellas muertes disfrazadas de accidentes; Karkal (1985) afirma que específicamente en la India los funcionarios de salud pública sospechan que muchas de las muertes registradas corresponden a agresiones ejercidas por sus compañeros sentimentales u otros familiares, en las cuales son rociadas deliberadamente con inflamables como el queroseno y luego se les prende fuego⁸. Por cada persona que muere a consecuencia de actos violentos hay más que sufren lesiones físicas o psíquicas.

En relación a la violencia de pareja la OMS considera que aunque las mujeres pueden agredir al hombre, y en las parejas del mismo sexo también se presenta agresión, en una mayor proporción la violencia es infligida por el hombre y recibida por la mujer. Al realizar un estudio a nivel mundial se encontró que entre el 10 y 69% de las mujeres informaron haber recibido agresión física por su pareja masculino en algún momento de sus vidas, generalmente esta naturaleza de violencia se acompaña de otras; en Japón se realizó un estudio en 613 mujeres que recibieron violencia física, de ellas menos del 10% fueron agredidas solo físicamente mientras que el 57% reportó violencia física, psicológica y sexual. Otro estudio realizado en México arrojó que aproximadamente el 50% de mujeres víctimas de violencia física por parte de su pareja había sido acompañada de abuso sexual.

La violencia sexual generalmente se dirige a mujeres y niñas e infligida por hombres y niños, sin embargo, no puede excluirse



la violación de hombres y niños por parte de otros hombres y el acoso que se presenta de mujeres mayores hacia hombres jóvenes para tener relaciones sexuales. En algunos países, se reporta que 1 de cada 4 mujeres ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta una tercera parte de las adolescentes han iniciado su vida sexual de una forma forzada. Los datos también indican que cientos de miles de mujeres y niñas de todo el mundo son compradas y vendidas cada año con destino a la prostitución o la esclavitud sexual, o son sometidas a abusos sexuales en escuelas, lugares de trabajo y contextos de salud.

La violencia sexual afecta profundamente la salud tanto física como mental de las víctimas. Sus consecuencias pueden manifestarse inmediatamente o muchos años después y generalmente, se relacionan con problemas sexuales y reproductivos. La mortalidad asociada a este tipo de violencias se relaciona con suicidio, infección por el VIH u homicidio durante la agresión.

La Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, (2013)⁹, emitieron un informe del primer examen sistemático y datos científicos a nivel mundial y regional de la prevalencia de la violencia conyugal contra la mujer y la violencia sexual infligida por otra persona distinta de la pareja.

Se evidenció que el 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. Casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%.

A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal. Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal, y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal; a nivel mundial, el 7% de las mujeres han sido agredidas sexualmente por una persona distinta de su pareja.

Aunque se dispone de menos datos sobre los efectos de la violencia sexual no conyugal en la salud, de los datos existentes se desprende que las mujeres que han sufrido esta forma de

violencia son 2,3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2,6 veces más propensas a sufrir depresiones o ansiedad. OMS (2013).

Al respecto, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer, en el artículo Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas una pandemia que se presenta en diversas formas¹⁰, reporta que algunos estudios nacionales de violencia muestran que hasta un 70 por ciento de mujeres sufre violencia física y/o sexual a lo largo de su vida, a manos de una pareja. En Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, entre el 40 y el 70 por ciento de los asesinatos de mujeres corresponde a violencia en que el agresor es la pareja de la víctima. A continuación se exponen datos del estudio:

Más de 64 millones de niñas en todo el mundo son niñas casadas; el 46 por ciento de las mujeres entre 20 y 24 años de edad en Asia sudoriental, y el 41 por ciento en África Oriental y Central, señalan que se casaron antes de cumplir 18 años. El matrimonio infantil provoca embarazos prematuros y no deseados, por lo que pone en peligro la vida de las adolescentes. En el plano mundial, las complicaciones asociadas al embarazo son la principal causa de muerte entre niñas y adolescentes de 15 a 19 años de edad.

En el mundo, aproximadamente 140 millones de niñas y mujeres han sufrido la mutilación/ablación genital femenina¹¹. Las mujeres y niñas representan el 55 por ciento del total de víctimas del trabajo forzoso, estimado en 20,9 millones de personas en todo el mundo, y el 98 por ciento de las personas que son explotadas sexualmente contra su voluntad (4,5 millones de personas)¹².

Respecto a la violencia en el marco del conflicto armado, según estimaciones conservadoras, entre 20.000 y 50.000 mujeres habrían sido violadas durante la guerra de Bosnia y Herzegovina en el periodo 1992 - 1995¹³, cifra que se disparó hasta las 250.000 - 500.000 durante el genocidio que vivió Rwanda en 1994¹⁴. En los países de la Unión Europea, entre un 40 y un 50 por ciento de las mujeres sufren insinuaciones sexuales no deseadas, contacto físico u otras formas de acoso sexual en el trabajo¹⁵. En Estados Unidos, un 83 por ciento de las niñas de 12 a 16 años ha experimentado alguna forma de acoso sexual en las escuelas públicas¹⁶.

Entre los factores adicionales de vulnerabilidad consideran que las mujeres de las zonas urbanas tienen el doble de probabilidad que los hombres de sufrir algún tipo de violencia,

9 OMS. 2013.

10 ONU. 2014.

11 OMS, 2012.

12 OIT. 2012.

13 Gobierno de Bosnia y Herzegovina, 2002.

14 ONU, 1996.

15 ONU, 2006.

16 American Association of University Women, 2001.

especialmente en los países en desarrollo. En Nueva Delhi, un estudio realizado en 2010 descubrió que un 66 por ciento de las mujeres declaraba haber sufrido entre dos y cinco situaciones de acoso sexual durante el año anterior¹⁷.

La probabilidad en las mujeres de infección por VIH durante sus relaciones sexuales es entre dos y cuatro veces superior a la de los hombres. La violación o las relaciones sexuales forzadas incrementan este riesgo al limitar el uso del preservativo y provocar lesiones físicas. En Estados Unidos, el 11,8 por ciento de las nuevas infecciones por VIH entre mujeres mayores de 20 años durante el año anterior se atribuyó a la violencia a manos de compañeros sentimentales¹⁸. Se calcula que los costos anuales de la violencia en la que el agresor es la propia pareja de la víctima ascendieron a 5.800 millones de dólares en Estados Unidos en 2003 y a 22.900 millones de libras esterlinas en Inglaterra y Gales en 2004. Un nuevo estudio realizado en Australia en 2009 estimó que el costo de la violencia contra mujeres y niños ascendía a 13.600 millones de dólares australianos cada año¹⁹.

5.2. ESTADÍSTICA NACIONAL²⁰

Según el informe Forensis, durante el año 2013 se presentaron 14.294 casos de homicidios, 6.219 muertes en accidentes de transporte, 2.643 accidentales, 1.810 suicidios y 1.657 muertes indeterminadas. En total, 26.623 muertes violentas, 1.873 menos que en 2012. En relación a las lesiones no fatales, la violencia interpersonal ocupó el primer lugar con 158.798 casos, seguido de la violencia intrafamiliar con 68.230, lesiones en accidentes de transporte 41.823 registros, exámenes médico legales por presunto delito sexual 20.739 y, en último lugar, las lesiones accidentales con 12.894, como se observa en la siguiente tabla:

TIPO DE	2012		2013	
RECONOCIMIENTO	Casos	Tasa X 100.000 Hab	Casos	Tasa X 100.000 Hab
Violencia Interpersonal	155.507	333,84	158.798	337,00
Violencia Intrafamiliar	83.898	180,11	68.230	144,80
Accidentes de transporte	39.440	84,67	41.823	88,76
Exámenes Médico Legales por presunto delito sexual	21.506	46,17	20.739	44,01
Lesiones accidentales	11.163	23,96	12.894	27,36
	311.514	668,75	302.484	641,93

Tabla 1. Lesiones no fatales. Colombia 2012- 2013.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en las proyecciones de población DANE 2005-2020.

En Colombia de acuerdo al reporte del Instituto Nacional de Medicina Legal²¹ 2013, respecto a la violencia intrafamiliar, en el 2004 se presentó la tasa más baja de los últimos diez años 142 por 100.000 habitantes, mientras que en el 2009 la más alta 209; en el año 2013 con relación al año 2012 se presentó una disminución de 15.668 casos, equivalente al 18,68%. Aunque los últimos dos años la violencia al interior de la familia ha presentado una tendencia al descenso, no se ha logrado alcanzar los niveles de comienzo de la década. Información reflejada en la siguiente gráfica:

¹⁷ JAGORI y ONU Mujeres (2010).

¹⁸ Sareen, J. Pagura y B. Grant, 2009.

¹⁹ The National Council to Reduce Violence against Women and their Children, 2009.

²⁰ Forensis, 2013.

²¹ Forensis, 2012.



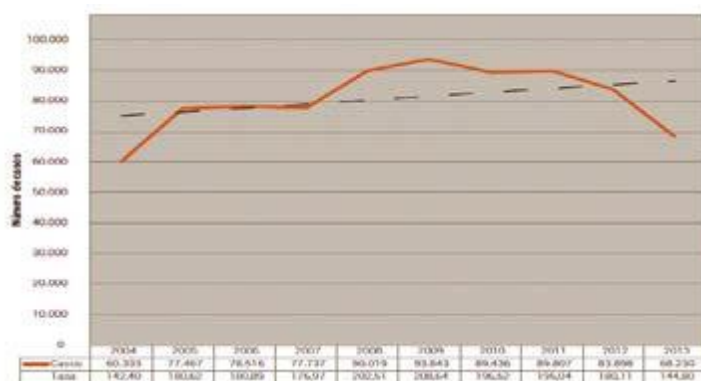


Figura 2. Violencia intrafamiliar, tasa por 100.000 habitantes, Colombia, 2003-2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en las proyecciones de población DANE 2005-2020.

De los 68.230 casos de violencia intrafamiliar, el 65,58% correspondieron a violencia de pareja, el 14,23% a violencia contra niños, niñas y adolescentes, el 18,20% a violencia entre otros familiares y un 2,00% a violencia contra el adulto mayor.

La Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en el contexto de la violencia intrafamiliar, representó el 14,23% de los casos ocurridos en el 2012. El 53,42% de las víctimas fueron de sexo femenino y el 46,58% de sexo masculino. Al relacionar edad de la víctima con el sexo, la edad promedio de los hombres menores maltratados fue entre los 10 y los 15 años; en tanto que la de las mujeres fue entre los 11 y los 65 años, acorde con el informe de Forensis (2012) en el sexo femenino los niveles de violencia intrafamiliar se incrementaron con la edad²². Respecto al nivel educativo de la víctima en el 63,75% de los casos, acorde con la edad de las víctimas la mayor frecuencia de casos correspondió a menores que cursaban la instrucción básica primaria.

En relación al agresor, los familiares en primer grado debido a su cercanía con el menor y además porque en la mayoría de las veces comparten el mismo espacio, son quienes más maltratan a los niños, niñas y adolescentes el 71,51%, otras

personas fuera de la familia, pero que ejercen control y autoridad sobre los menores, son también sindicados de cometer el 4,19% de las agresiones.

La actividad realizada por el menor antes de sufrir la agresión en el 79,22% de los casos, corresponde a actividades vitales y de cuidado personal, lo mismo que las actividades propias del hogar. Respecto al reporte del motivo de la agresión, se evidenció poca colaboración de la víctima para informarlo, el nivel de subregistro de esta variable en los últimos dos años ha sido del 32,32%. La causa fue reportada en el 67,68% de los casos, siendo la intolerancia la principal causante de las agresiones físicas a los menores con 30%, seguida por el consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas en un 18,58%, enfermedad de víctima o agresor en 17,64% y abandono en 16,55%.

El mecanismo que causó la lesión en el 70,18% de los casos, los más utilizados son los elementos contundentes y cortocontundentes, en estos se incluyen las manos y los pies del agresor. En el 68,92% de los casos se logró establecer el área del cuerpo lesionada, la gran mayoría de las víctimas presentaron traumas y lesiones en más de un lugar, como se observa en la tabla a continuación:

Diagnóstico topográfico de la lesión	Sexo		Total	%
	Hombre	Mujer		
Poli-trauma	960	988	1.948	29,11
Trauma facial	627	663	1.290	19,28
Trauma de extremidades y glúteos	793	1.167	1.960	29,28
Trauma craneano	86	62	148	2,21
Trauma de cuello	45	41	86	1,29
Trauma de tórax	117	55	172	2,57
Piel y fineras	40	45	85	1,27
Trauma de espalda	61	38	99	1,48
Trauma de abdomen	29	25	54	0,81
Trauma Área pélvica	15	17	32	0,48
Área genital/paragenital	4	6	10	0,15
Sin lesiones	390	417	807	12,06
Total	3.167	3.924	6.891	100,00

Tabla 2. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según Diagnóstico topográfico de la lesión, Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

22 Forensis, 2012.

El 91,77% de los casos sucedieron en la zona urbana, el 6,17% en áreas rurales dispersas y el 2,05% en centros poblados no urbanos. Las víctimas informaron el sitio donde se presentó la agresión en el 79,54% de los casos. La gran mayoría de hechos sucedieron en la vivienda de la víctima o del agresor; el porcentaje restante acontece en espacios donde el agresor y el agredido socializan, tales como, centros comerciales, parques, etc.

Los departamentos que presentan las tasas más altas de maltrato al menor son en orden descendente: Casanare, Cundinamarca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Boyacá y Meta. Los municipios con el mayor número de casos por violencia contra niños, niñas y adolescentes son en orden descendente: Bogotá, Medellín (Antioquia), Soacha (Cundinamarca), Cali (Valle del Cauca) y Villavicencio (Meta). Sin embargo, los municipios con las tasas más altas de violencia contra menores de edad son: Yaguará (Huila), Ubaque (Cundinamarca), Herrán (Norte de Santander), Boyacá (Boyacá) y Chima (Santander).

De los 68.230 casos de violencia intrafamiliar, el 65,58% correspondieron a violencia de pareja, porcentaje muy similar al registrado en el año 2012 de 64,84%. La tasa por 100.000 habitantes fue de 94,95 que junto con la registrada en el año 2004 son las más bajas de la década. Con relación al año inmediatamente anterior se registró un descenso de 17,75% casos.

El 87,21% de las víctimas valoradas en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses por maltrato de pareja fueron mujeres. El mayor porcentaje se presentó en el grupo de 20 a 24 años; sin embargo, la tasa más alta para mujeres se presenta en el grupo de 25 a 29 años. En hombres el porcentaje más alto se encuentra de 25 a 29 años y el grupo de 30 a 34 años con la tasa más alta. La edad promedio de las víctimas: es 30,6 años para las mujeres y 34,9 años para hombres.

En relación al estado conyugal de la víctima en el 86,4% de los casos. La unión libre ha permanecido invariable en los últimos años como el estado conyugal de mayor frecuencia en víctimas de violencia de pareja, tabla 3.

Estado conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Unión libre	2.369	47,01	16.568	49,28	18.937	48,99
Soltero (a)	1.385	27,49	9.029	26,86	10.414	26,94
Casado (a)	833	16,53	4.633	13,78	5.466	14,14
Separado (a)	415	8,24	3.249	9,66	3.664	9,48
Divorciado (a)	37	0,73	140	0,42	177	0,46
Total	5.039	100,00	33.619	100,00	38.658	100,00

Tabla 3. Violencia de pareja según estado Civil de la víctima, Colombia, 2013.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

El 7,86% de las personas valoradas manifestó tener algún factor de vulnerabilidad para ser víctima de violencia de pareja, siendo en 2013 el consumo de alcohol, drogas y sustancias psicoactivas el principal de ellos, seguido por el de ser mujeres cabeza de hogar.

La violencia de pareja es ejercida tanto por la persona con quien la víctima comparte actualmente un vínculo, como por quienes alguna vez lo compartieron; los duelos no elaborados y/o ciclos inconclusos, ocasionan aproximadamente una tercera parte de todo el maltrato de pareja, proporción que se ha mantenido inalterable en los últimos años.

Presunto agresor	Sexo		Total	%
	Hombre	Mujer		
Compañero permanente	2.461	17.665	20.126	44,98
Ex - Compañero (a) permanente	1.192	8.031	9.223	20,61
Esposo (a)	1.151	7.559	8.710	19,47
Ex - Esposo (a)	406	2.262	2.668	5,96
Ex - Novio (a)	254	1.732	1.986	4,44
Novio (a)	177	1.497	1.674	3,74
Amante	51	153	204	0,46
Ex - Amante	31	121	152	0,34
Total	5.723	39.020	44.743	100,00

Tabla 4. Violencia de pareja según presunto agresor y sexo de la víctima, Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.



La actividad realizada por la víctima al momento de los hechos aproximadamente en la mitad de las agresiones por violencia de pareja, acontecen cuando la víctima está realizando actividades que normalmente se desarrollan en espacios privados o

en el hogar. Respecto al motivo de la violencia contra la pareja el principal motivo que desencadena el maltrato es la intolerancia, seguido de la celotipia, como se observa en la siguiente tabla.

Razón de la agresión	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Intolerancia	2.191	39,94	10.755	28,53	12.946	29,98
Celotipia	1.035	18,87	6.985	18,53	8.020	18,57
Consumo alcohol, drogas y sustancias psicoactivas	943	17,19	6.668	17,69	7.611	17,63
Motivos económicos	806	14,69	6.337	16,81	7.143	16,54
Enfermedad mental de víctima o victimario	257	4,68	2.597	6,89	2.854	6,61
Infidelidad	164	2,99	2.444	6,48	2.608	6,04
Interferencia de otro familiar en relación de pareja	30	0,55	1.645	4,36	1.675	3,88
Separación y divorcio	27	0,49	121	0,32	148	0,34
Abandono	21	0,38	115	0,31	136	0,31
No acceder a relaciones sexuales	4	0,07	12	0,03	16	0,04
Custodia y tenencia de los hijos	5	0,09	7	0,02	12	0,03
Otros no especificados	3	0,05	7	0,02	10	0,02
Total	5.486	100,00	37.693	100,00	43.179	100,00

Tabla 5. Violencia de pareja según motivo de la agresión y sexo de la víctima, Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

El elemento o mecanismo causante de la lesión en el 81,49% se realiza principalmente con contundentes y cortocontundentes entre los que se incluyen partes del cuerpo como lo son las manos, los pies, la cabeza, etc. Los principales lugares del cuerpo que son lesionados se observan en la siguiente tabla:

Diagnóstico topográfico de la lesión	Sexo		Total	%
	Hombre	Mujer		
Politraumatismo	2.192	14.479	16.671	47,19
Trauma facial	883	6.919	7.802	22,08
Trauma de extremidades y gluteos	864	6.393	7.257	20,54
Trauma craneano	88	555	643	1,82
Trauma de cuello	120	479	599	1,70
Trauma de tórax	148	389	537	1,52
Piel y faneras	64	302	366	1,04
Trauma de espalda	40	204	244	0,69
Trauma de abdomen	40	143	183	0,52
Trauma área pélvica	10	67	77	0,22
Área genital/paragenital	2	16	18	0,05
Sin lesiones	173	761	934	2,64
Total	4.624	30.707	35.331	100,00

Tabla 6. Violencia de pareja según Diagnóstico topográfico de la lesión y el sexo de la víctima, Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

Se le dictaminaron secuelas al 0,74% de las víctimas, siendo la principal deformidad física la que afecta el rostro, como se observa en la siguiente tabla:

Secuela	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Deformidad física que afecta el rostro	22	37,93	125	45,96	147	44,55
Deformidad física que afecta el cuerpo	31	53,45	107	39,34	138	41,82
Perturbación funcional de órgano	2	3,45	16	5,88	18	5,45
Perturbación funcional de miembro	2	3,45	14	5,15	16	4,85
Perturbación funcional de órgano	-	-	3	1,10	3	0,91
Perturbación psíquica	-	-	4	1,47	4	1,21
Aborto	-	-	1	0,37	1	0,30
Pérdida funcional de órgano	1	1,72	2	0,74	3	0,91
Total	58	100,00	272	100,00	330	100,00

Tabla 7 Violencia de pareja según Secuelas Médico legales y el sexo de la víctima, Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

Dentro del contexto de la violencia intrafamiliar, en el 2012 la violencia contra el adulto mayor tuvo una representación de 1,8 % sobre el total de las cifras registradas. El rango de edad en que se presentó mayor número de casos fue el de 60 a 64 años, de 65 a 69 años. Y se observó que a medida que aumentaba la edad el número de personas agredidas disminuía.

El 93,25% de los casos se denunciaron y fueron valorados en áreas urbanas; en contraste, el 1,33% de los casos informa que los hechos acontecieron en el área rural, aspecto que puede explicarse en parte por el déficit de acceso que tienen las comunidades rurales a los centros de justicia; el 5,42% de los casos ocurrieron en centros poblados no urbanos. El maltrato de pareja es un evento que se da principalmente en espacios privados como lo es la vivienda 71,22%, seguido por la vía pública con un 22,04%.

Los departamentos con las tasas más altas de violencia de pareja son en orden descendente el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Casanare, Cundinamarca, Huila y Meta.

Los municipios con el mayor número de casos de violencia de pareja son en orden descendente Bogotá, Medellín (Antioquia), Cali (Valle del Cauca), Villavicencio (Meta) y Neiva (Huila).

Las tasas más altas de violencia de pareja se ubican en los municipios de El Rosal (Cundinamarca), Sabanalarga (Casanare), Orocué (Casanare), La Palma (Cundinamarca) y Viracachá (Boyacá).

Durante el 2013 se registraron 1.364 casos de Violencia por parte de familiares contra personas de 60 y más años lo cual da una tasa nacional de 27,47 por cada 100.000 adultos mayores. Como víctima predomina en la mujer con el 52,57%. La edad promedio de las víctimas valoradas fue de 69 años. En mujeres la tasa más alta y la mayor frecuencia de casos se registró en el grupo de 60 a 65 años, en hombres la tasa más alta correspondió al grupo de 70 a 75 años.

En Colombia, en el 2013, la tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual fue de 44,01 por cada 100.000 habitantes correspondiente a un total de 20.739 casos. El comportamiento de este fenómeno durante los últimos 10 años muestra el 2011 como aquel en donde se registraron las cifras más altas con una tasa de 49,08 por cada 100.000 habitantes. En comparación con el año 2012 se presentó una reducción de 767 casos, lo que equivale a una disminución porcentual del 3,57%, así lo muestra la siguiente gráfica:





Figura 3. Exámenes médico legales por presunto delito sexual, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

El 86,34% de los casos se concentró entre los 0 a 17 años de edad en donde la población de los 5 a 14 años mostró las tasas más altas. Según el sexo de la víctima el 84,44% correspondió a víctimas mujeres (17.512 casos) y el 15,56% a hombres (3.227 casos), es decir que por cada cinco víctimas mujeres se registró un hombre como víctima; es de resaltar que los hombres registraron la tasa más alta por 100.000 habitantes en el grupo de edad de los 5 a 9 años (56,34), con 1.228 casos, mientras que las mujeres de los 10 a 14 años (335,91), con 7.116 casos.

Dentro de los 2.138 casos que contaron con información del factor de vulnerabilidad, la población más afectada fueron los niños, niñas y adolescentes en estado de abandono con el 16,84%, seguido por los adictos y/o consumidores de sustan-

cias psicoactivas con 15,43%, las personas bajo custodia especial con 13,33%, campesinos y/o trabajadores del campo con un 11,23%, víctimas del conflicto armado 8,75% y personas con discapacidad 6,69%.

De los 17.894 casos en donde se registró información sobre el presunto agresor el 77,50% (13.868 casos), fueron aquellos que se encontraron en el entorno social de la víctima siendo estos los familiares, conocidos y amigos; es de resaltar que en el país la violencia sexual perpetrada por agresores desconocidos aporta un porcentaje relativamente bajo (8,83%) en relación a la de los agresores identificados (se excluyeron 2.845 casos sin información en esta variable), en la siguiente tabla se observa la información detallada:

Presunto agresor	Sexo		Total	%
	Hombre	Mujer		
Familiar	1.018	6.069	7.087	39,61
Conocido	1.071	3.844	4.915	27,47
Amigo (a)	297	1.569	1.866	10,43
Agresor desconocido	237	1.343	1.580	8,83
Pareja o ex pareja	8	1.317	1.325	7,40
Encargado del cuidado	28	104	132	0,74
Delincuencia común	9	75	84	0,47
Miembros de un grupo de la delincuencia organizada	2	35	37	0,21
Miembros de las fuerzas armadas, de policía, policía judicial y servicios de inteligencia	6	30	36	0,20
Miembros de grupos alzados al margen de la ley	-	19	19	0,11
Miembros de seguridad privada	3	13	16	0,09
Miembros de una tribu urbana	2	7	9	0,05
Otro personal de custodia	2	7	9	0,05
Custodios (guardián de prisión)	1	2	3	0,02
Otro	77	699	776	4,34
Total	2.761	15.133	17.894	100,00

Tabla 8. Exámenes médico legales por presunto delito sexual según presunto agresor y sexo de la víctima, Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

La Tabla 9 muestra el comportamiento de la violencia sexual en Colombia según la circunstancia en la que se dieron los hechos, de acuerdo a la información recolectada; el delito sexual se presentó de manera marcada dentro del contexto general de la violencia intrafamiliar con el 49,69% (8.541 casos) en donde el conflicto familiar registró las cifras más altas; otro

porcentaje importante se registró de manera global en la violencia sexual con el 34,53% (6.057 casos) con un registro significativo de casos dentro del abuso sexual (del total de casos no se analizaron 3.199 registros por no contarse con información, para un total de 17.540 casos con datos dentro de la variable circunstancia del hecho).

Circunstancia del hecho	Sexo		Total	%
	Hombre	Mujer		
Violencia Intrafamiliar	1.054	7.487	8.541	48,69
Conflicto familiar	1.046	6.175	7.221	41,17
Conflicto de pareja	8	1.312	1.320	7,53
Violencia sexual	1.044	5.013	6.057	34,53
Abuso sexual	901	4.000	4.901	27,94
Asalto sexual	95	721	816	4,65
Acceso carnal violento/acto sexual violento con persona protegida	32	237	269	1,53
Abuso dentro de establecimiento prestador de servicios de salud	6	21	27	0,15
Presunta explotación sexual de niños, niñas o adolescentes	6	17	23	0,13
Pornografía	1	8	9	0,05
Presunta esclavitud sexual o prostitución forzada	3	5	8	0,05
Presunta trata de personas con fines de explotación sexual	-	4	4	0,02
Violencia Sociopolítica	4	64	68	0,39
Retención ilegal	-	34	34	0,19
Acción grupos alzados al margen de la ley	-	12	12	0,07
Agresión contra grupos marginales o descalificados	3	8	11	0,06
Acción bandas criminales	1	8	9	0,05
Enfrentamiento armado		2	2	0,01
Violencia interpersonal	10	57	67	0,38
Riña	8	48	56	0,32
Ajuste de cuentas	1	5	6	0,03
Contacto engañoso vía internet	1	4	5	0,03
Violencia Económica	5	46	51	0,29
Atraco callejero o intento de	3	33	36	0,21
Hurto	2	13	15	0,09
Otros	527	2.229	2.756	15,71
Total	2.644	14.896	17.540	100,00

Tabla 9. Exámenes médico legales por presunto delito sexual según la circunstancia del hecho y el sexo de la víctima, Colombia, 2013

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas



Indirectas.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense/Sistema de Información para el análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia/ Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

En relación con la distribución de casos de violencia sexual según la actividad que ejercía la víctima durante el hecho; se pudo establecer que el 55,88% de los casos registrados se concentraron principalmente en actividades relacionadas con el cuidado personal, de desplazamiento de un lugar a otro, actividades propias del hogar y las relacionadas con la asistencia a diferentes tipos de eventos.

Respecto al escenario del hecho, sobre el total de casos abordados por el INMLCF (20.739) se tuvo información en dicha variable en 17.120 registros, de los cuales el 53.79% tuvo lugar

de ocurrencia en la vivienda de la víctima y en la del victimario el 16,32%.

De acuerdo a la distribución geográfica los departamentos con la tasa más alta de violencia sexual fueron Meta 86,93 (804 casos), Casanare 82,86 (283 casos), Quindío 75,14 (420 casos), Risaralda 67,67 (637 casos) y Amazonas 67,08 (50 casos). Las cifras más altas se registraron en Bogotá, D.C. (3.554 casos), Antioquia (2.608 casos), Valle del Cauca (1.791 casos), Cundinamarca (1.517 casos) y Santander (1.240 casos).

5.3. ESTADÍSTICA SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ²³

De los 333 casos reportados por el personal de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares al Sistema de Vigilancia Epidemiológica como evento 875 violencia, el 81,98% corresponde a violencia intrafamiliar, de la cual el 57,95% correspondió a violencia de pareja, el 34,98% a violencia contra niños, niñas y adolescentes, el 4,24% a violencia contra el adulto mayor y un 2,83% a violencia entre otros familiares.

Del 100% del reporte de violencias el 55% correspondió a violencia física seguida con un 16% por violencia sexual (Figura 4).

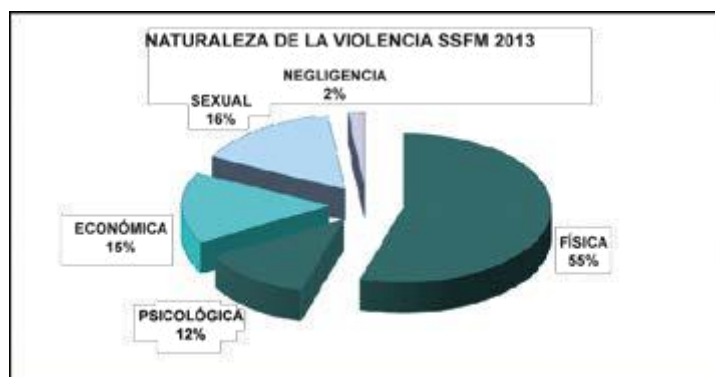


Figura 4. Naturaleza de la violencia, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

El rango de edad en el cual se presentaron más casos de violencia en NNA es de 0 a 9 años con un 23%, mientras que en adultos el rango fue de 25 - 34 años con un 28%. Respecto a la edad del agresor el 35% se encontró entre 20 y 34 años (Figura 5).

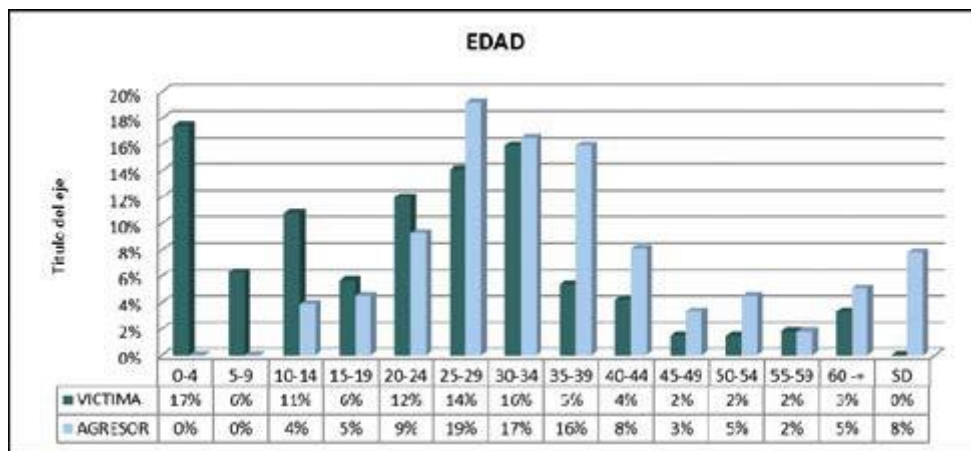


Figura 5. Edad de la víctima y del agresor, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

En relación al sexo de la víctima el 71,47% correspondió a femenino y el 28,53% a masculino; valores inversos en relación al sexo del agresor, en el cual predominó el masculino con un 72,07% mientras el agresor femenino obtuvo un 20,12% y del restante 7,81% no se registró el dato. El 92% de los casos fueron atendidos en los servicios de salud de forma ambulatoria y el 8% requirió hospitalización. Respecto a la escolaridad la más frecuente fue nivel secundaria en la víctima con un 36,64% y en el agresor con un 46,85%.

Dentro de los 215 casos que contaron con información del factor de vulnerabilidad, la población más afectada fue la menor de 14 años con un 21,40%, seguido por mujer cabeza de familia con 20,93% y estudiantes con 19,53%. En el 24% de los casos se reportó antecedentes de violencia.

En la siguiente figura 6 se observan los porcentajes respecto a la ocupación, las presuntas víctimas militares corresponden al 9,01% y a presunto agresor militar el 44,44%.



Figura 6. Ocupación de la víctima y del agresor, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

En relación al agresor, los familiares en primer grado debido a su cercanía con la víctima y además porque el 60% conviven con el agresor, son quienes más ejercen violencia con el 69,07% y otros familiares el 12,91% (Tabla 10).

	CASOS	%
Pareja	158	47,45%
Padres	53	15,92%
Expareja	23	6,91%
Otros familiares	14	4,20%
Ma/Padrastro	9	2,70%
Hijo(a)	6	1,80%
Abuelo(a)	6	1,80%
Hermano(a)	4	1,20%
Cuidador	3	0,90%
Conocidos	3	0,90%
Desconocido	2	0,60%
SD	52	15,62%
	333	100,00%

Tabla 10. Relación con el agresor, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

El principal medio utilizado para ejercer la violencia fue con objetos contundentes y corto contundentes con el 32%, seguido por quemaduras con 10%, (Figura 7).

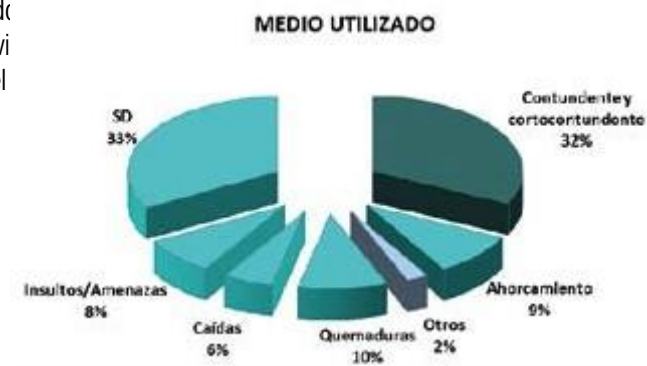


Figura 7. Medio utilizado, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

En el hecho se evidenció presencia de alcohol o sustancias psicoactivas en un 7,21% de las víctimas y un 18,02% en el agresor. El 76% de los casos se presentaron en casa y un 11% de la totalidad de los eventos fueron reportados como en el marco del conflicto armado.

En las acciones de salud realizadas en la atención de los usuarios víctimas de presunta violencia sexual el 90,57% recibieron atención psicológica, el 67,92% de los casos fueron informados a las autoridades competentes y en un 56,60% se recomendó protección para la víctima, (figura 8).

Acciones en Salud presunta Violencia sexual (53 casos)

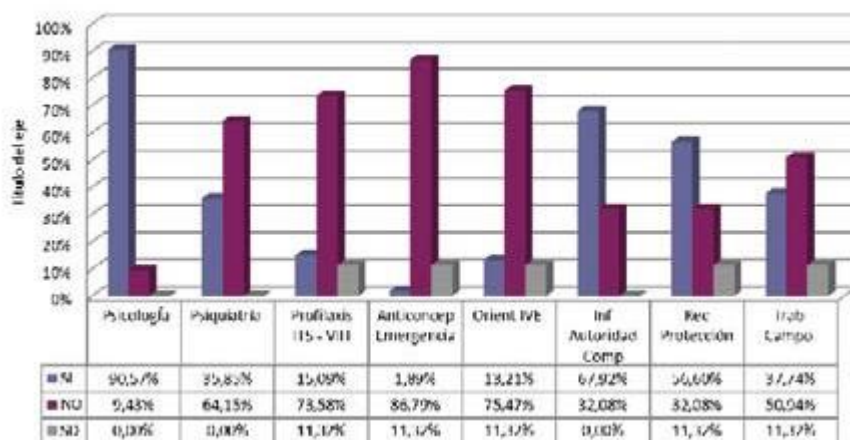


Figura 8. Acciones en salud presunta violencia sexual, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

En las acciones de salud realizadas en la atención de los usuarios víctimas de otras violencias sexual el 66,79% recibieron atención psicológica, el 36,43% de los casos fueron informados a las autoridades competentes y en un 49,29% se recomendó protección para la víctima, (figura 9).

Acciones en Salud otras Violencias (280 casos)

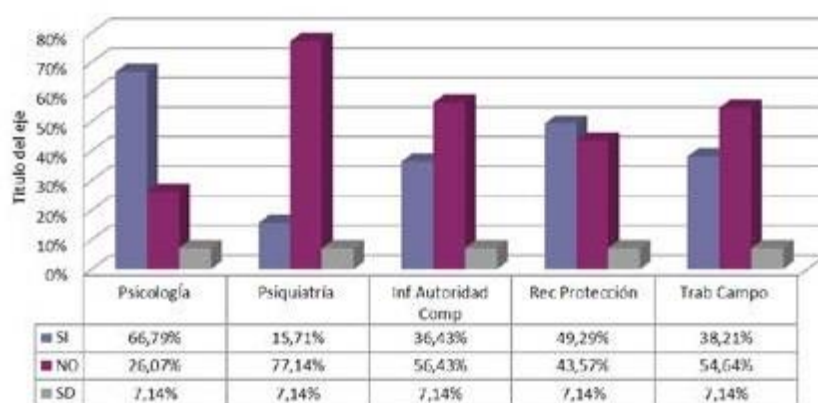


Figura 9. Acciones en salud presunta otras violencias, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

De acuerdo a la distribución geográfica el porcentaje más alto de eventos de violencia reportados al SIVIGILA fueron Bogotá 29,94%, seguido por Antioquia 13,17%, (Tabla 11)

Georreferenciación	Casos sospecha de Violencia	%
BOGOTÁ	96	28,83%
ANTIOQUIA	44	13,21%
BOLÍVAR	30	9,01%
TOLIMA	24	7,21%
META	23	6,91%
VALLE	18	5,41%
SUCRE	16	4,80%
CASANARE	11	3,30%
CUNDINAMARCA	11	3,30%
NARIÑO	9	2,70%
CÓRDOBA	8	2,40%
SANTANDER	8	2,40%
BOYACÁ	7	2,10%

CAUCA	7	2,10%
HUILA	5	1,50%
CAQUETÁ	4	1,20%
QUINDÍO	3	0,90%
AMAZONAS	2	0,60%
N. SANTANDER	2	0,60%
PUTUMAYO	2	0,60%
ATLÁNTICO	1	0,30%
GUAVIARE	1	0,30%
SAN ANDRÉS	1	0,30%
Total	333	100,00%

Tabla 11. Acciones en salud presunta otras violencias, SSFM 2013

Fuente: Consolidado estadístico Dirección General de Sanidad (DGSM) eventos reportados SIVIGILA 2013 y reporte casos Hospital Militar Central (HOMIC).

CAPÍTULO 2

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE VIOLENCIA

1. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

Prevenir la violencia es responsabilidad de todas las personas que conforman la sociedad. No es una tarea de un momento, es de toda la vida y en todo lugar en los distintos roles que se desempeñan: como jóvenes, niños, niñas, padres y madres de familia, profesionales, vecinos y vecinas, miembros de una familia, entre otros.

En este sentido se plantean los siguientes objetivos para prevenir la violencia:

- Mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, las comunidades y las sociedades.
- Fomentar principios y valores acerca del rol femenino y masculino, para ayudar a reducir la desigualdad y las inequidades por razón de género, en la medida en que la violencia de pareja y la violencia sexual, o la amenaza de las mismas, contribuye a mantener las inequidades.
- Disminuir el comportamiento violento, las agresiones y otras formas de violencia interpersonal que pueden ser resultado de haber vivido experiencias de violencia durante la niñez.
- Concientizar y sensibilizar a los usuarios en la lucha activa contra la violencia en vía de disminuir los costos emocionales, sociales y económicos, directos e indirectos y las consecuencias asociadas con estas formas de violencia.

Dentro del marco normativo de la Ley 1616 de 2013 que busca garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental mediante la Promoción de la salud y la Prevención del trastorno mental y en referencia a la Constitución Política de Colombia en el artículo 49 “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Por tal razón, se pretende desde los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) implementar acciones preventivas tanto individuales o colectivas, a toda la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para reducir la aparición de nuevos casos de violencia fortaleciendo los hábitos protectores de los usuarios y promoviendo conductas adecuadas de prevención.

Desde el sector salud, la prevención para las víctimas de violencia²⁴, va dirigida a minimizar la prevalencia de los casos fortaleciendo factores protectores a través de varias estrategias, las cuales serán descritas a continuación:

1.1. PSICOEDUCACIÓN

En un primer momento, la prevención se centra en capacitar a los usuarios sobre cómo evitar la violencia y qué medidas se pueden adoptar ante determinadas situaciones. La psicoeducación en todos los servicios de salud es fundamental para sensibilizar al personal frente a la problemática que se vive a diario en la sociedad, sus tipos, consecuencias y secuelas que conlleva cuando una persona es víctima de algún tipo de violencia.

Los temas que se buscan fortalecer desde una mirada preventiva, están encaminados hacia los siguientes aspectos:

- Conocimiento de los Derechos de los Niños y las Niñas (Convención sobre los Derechos del Niño).
- Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos.
- La equidad y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Diferencias entre “secreto apropiado y no apropiado”.
- Enseñar a decir NO ante situaciones amenazantes o desagradables (asertividad).
- Técnicas de autoprotección.
- Psicoeducación sobre el ciclo de violencia.
- Clarificación sobre mitos e ideas irracionales.

1.2. DETECCIÓN FACTORES DE RIESGO FORTALECIMIENTO FACTORES DE PROTECCIÓN

La presencia de factores de riesgo puede emerger en los diferentes escenarios de interacción de las personas, de

24

Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud (2008).



tal forma que la puesta en marcha de herramientas que orienten la prevención de las diversas formas de violencia se convierte en un aspecto de gran relevancia a la hora de minimizar la presencia de este fenómeno o de mitigar los efectos que esta conlleva. De acuerdo a los niveles de riesgo y la vulnerabilidad identificada se enmarcan acciones de prevención específicas, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo, brindando herramientas para la construcción de

factores protectores como la familia, la escuela y la comunidad, que a pesar de la vulnerabilidad humana, social y económica, se pueda evitar la violencia y/o mitigar sus efectos.

A continuación se expone en forma detallada los factores de riesgo, haciendo un comparativo entre la "Víctima" y el "Agresor", y así mismo, se esbozan los factores protectores de violencia.

1.2.1. Factores de Riesgo de Violencia Intrafamiliar

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		
	Agresor: Padres/ cuidadores	Víctima: niños niñas y adolescentes
Características socio-demográficas		
Edad temprana		X
Brecha generacional significativa entre padres e hijos	X	X
Bajo nivel educativo	X	
Fracaso escolar		X
Desempleo	X	
Estado civil, separación o divorcio	X	
Hijos no deseados	X	X
Segunda relación y/o unión matrimonial	X	
Hijos de relaciones anteriores		X
Discapacidad		X
Alta proporción de pobreza	X	
Alta proporción de desempleo	X	
Alta proporción de analfabetismo masculino o femenino	X	
Normas tradicionales de género y normas sociales que propician la violencia	X	X
Lesión en sistema límbico, lóbulos frontales y temporales, anormalidades en funcionamiento de serotonina	X	
Características biopsicosociales		
Baja Tolerancia a la frustración	X	
Baja autoestima		X
Trastornos del comportamiento (hiperactividad, negativista desafiante, etc.)		X
Aislamiento, molestias somáticas, miedo, ansiedad		X
Agresión y desafío con la autoridad		X
Bajo control de impulsos	X	
Estrés pos traumático	X	
Trastorno límite de la personalidad	X	
Trastorno antisocial	X	X
Depresión	X	X
Trastorno de adaptación		X
Consumo de sustancias tóxicas	X	
Consumo perjudicial alcohol	X	X
Consumo de SPA	X	X
Discapacidad		X
Parejas múltiples, infidelidad	X	

Familia con varios hijos		X
Disparidad en la educación	X	
Calidad en la relación	X	X
Insatisfacción o discordia conyugal	X	
Disputas debido a los roles de género	X	
Relaciones autoritarias	X	
Aceptación y/o exposición a violencia		
Antecedentes de conductas agresivas	X	
Exposición permanente a imágenes violentas, video juegos, películas y televisión	X	X
Exposición previa a algún tipo de maltrato o víctima de violencia	X	
Alta aceptación de hogares que practican el castigo corporal	X	X
Aceptación de la violencia como forma de castigo	X	X
Bajo nivel de autonomía del no agresor	X	
Tenencia de armas	X	
Condiciones de hacinamiento	X	
Sanciones comunitarias débiles	X	
Violencia entre los padres	X	X
Abuso sexual	X	X
Maltrato físico	X	

1.2.2. Factores de Riesgo Violencia de Pareja

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PAREJA		
	Agresor: Hombre	Víctima: Mujer
Características socio-demográficas		
Edad temprana	X	X
Bajo nivel educativo	X	X
Desempleo	X	X
Estado civil, separación o divorcio		X
Alta proporción de pobreza	X	
Alta proporción de desempleo	X	
Alta proporción de analfabetismo masculino	X	
Aceptación de la violencia	X	
Alta aceptación de hogares que practican el castigo corporal	X	
Baja proporción de mujeres con alto grado de autonomía		X
Baja proporción de mujeres con enseñanza superior		X
Sanciones comunitarias débiles	X	
Pobreza	X	
Normas tradicionales de género y normas sociales que propician la violencia	X	
Características biopsicosociales		
Embarazo		X
Discapacidad		X
Consumo perjudicial alcohol	X	X
Consumo drogas ilícitas	X	X
Personalidad antisocial	X	
Depresión		X
Parejas múltiples, infidelidad	X	



Disparidad en la educación	X	
Insatisfacción o discordia conyugal	X	
Disputas debido a los roles de género	X	
Duración de la relación	X	
Aceptación y/o exposición a violencia		
Violencia entre los padres	X	X
Abuso sexual	X	X
Maltrato físico	X	
Antecedentes de haber sido agresivo	X	
Exposición previa a algún tipo de maltrato o víctima de violencia		X
Aceptación de los roles de género tradicional	X	

1.2.3. Factores de Riesgo de Violencia Sexual Adultos

De acuerdo al Instituto Nacional de Medicina Legal (INML)²⁵ la violencia sexual en contra de la mujer es más frecuente que sobre la población masculina adulta, las cifras plantean que el 15% del total de los peritajes sexológicos se realizan a niños y hombres y de este 15% solo el 6% ha sido peritaje a hombres mayores de 18 años. Debido a las consecuencias físicas, emocionales y sociales de la violencia sexual, los hombres adultos pueden tener mayores barreras de acceso a los servicios de salud y de justicia, pueden encubrir o minimizar sus síntomas. A pesar de ello, las cifras de denuncia van en aumento, especialmente los hechos de violencia sexual relacionados con lesiones de causa externa y situaciones de violencia en el marco del conflicto armado. Por lo anterior, los factores de riesgos relacionados han sido considerados tomando como víctima la mujer.

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA SEXUAL ADULTOS		
	Agresor: Hombre	Víctima: Mujer
Características sociodemográficas		
Edad temprana		X
Bajo nivel educativo		X
Baja condición socioeconómica o bajos ingresos	X	X
Pertenecer a una pandilla	X	
Inicio temprano de la actividad sexual		X
Sanciones comunitarias débiles	X	
Pobreza	X	X
Normas tradicionales de género y normas sociales que propician la violencia	X	X
Ideologías sobre el derecho de los hombres en materia sexual	X	X
Sanciones judiciales débiles	X	X
Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos	X	X
Características biopsicosociales		
Discapacidad		X
Consumo perjudicial alcohol	X	X
Consumo drogas ilícitas	X	X
Personalidad antisocial	X	
Depresión		X
Parejas múltiples, infidelidad	X	X
Mujeres separadas, divorciadas o solteras		X
Baja resistencia a la presión de compañeros	X	
Ejercer la prostitución		X

Aceptación y/o exposición a violencia		
Antecedente de abuso sexual	X	X
Maltrato físico	X	
Antecedente de haber sido víctima de violencia	X	X
Violencia entre los padres	X	
Dependencia económica de la pareja		X
Aislamiento y escasa red de apoyo social		X

1.2.4. Factores de Riesgo de Violencia Sexual NNA

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA SEXUAL NNA		
	Agresor	Víctima: NNA
Características socio demográficas		
Edad temprana		X
Bajo nivel educativo		X
Baja condición socioeconómica o bajos ingresos	X	X
Pertenecer a una pandilla	X	
Inicio temprano de la actividad sexual		X
Sanciones comunitarias débiles	X	
Pobreza	X	X
Normas tradicionales de género y normas sociales que propician la violencia	X	X
Ideologías sobre el derecho de los hombres en materia sexual	X	X
Sanciones judiciales débiles	X	X
Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja	X	X
Desconocimientos de los DSR	X	X
Poca red de apoyo familiar		X
Características biopsicosociales		
Discapacidad		X
Consumo perjudicial alcohol	X	X
Consumo drogas ilícitas	X	X
Personalidad antisocial	X	
Depresión		X
Baja resistencia a la presión de compañeros	X	
Aceptación y/o exposición a violencia		
Antecedente de abuso sexual	X	X
Maltrato físico	X	
Antecedente de haber sido víctima de violencia	X	X
Violencia entre los padres	X	
Aislamiento y escasa red de apoyo social		X
Evidencia de otras formas de maltrato infantil		X
Condiciones de hacinamiento por los cuales deben compartir cama con adultos o adolescentes		X
Abuso sexual	X	X
Hermano de otro menor violentado sexualmente		X



1.2.5. Factores de Protección

Hace referencia a los comportamientos y las condiciones (recursos personales, sociales e institucionales) que reducen, median o sirven de barrera contra factores de riesgo específicos o contra los efectos negativos de las experiencias de violencia.

Factores de Protección: Personales

- Estructuración del tiempo libre (promoción de actividades deportivas, musicales, artísticas, etc.).
- Percepción de autocontrol ante la vida y circunstancias.
- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.
- Establecimiento de metas realistas y plan de acción para alcanzarlas.
- Autocuidado.
- Aceptación incondicional de una o más personas significativas.
- Autoesquemas adecuados.
- Conocimiento de los derechos y determinación para defenderlos.
- Valores y creencias que promuevan el sentido a su vida.

Factores de Protección: Familiares

- Relaciones estables de pareja.
- Información sobre la sexualidad y sus manifestaciones en la infancia.
- Fortalecimiento de redes de apoyo.
- Adecuados procesos de comunicación y solución de conflictos.
- Brindar a los hijos información adecuada sobre su cuerpo, sexualidad, y riesgos.
- Ejercer protección acorde a la etapa del desarrollo evolutivo.
- Propiciar contextos saludables para el cuidado de los menores.

- Reaccionar con comprensión ante las actitudes y manifestaciones sexuales de los niños, sin censura, ni violencia, tratando de entender qué están indicando con su conducta.
- Incentivar actividades compartidas e intercambio de ideas y experiencias cotidianas.
- Buscar estrategias de disciplina y normas no basadas en castigos.
- Expresiones de afecto verbales y no verbales.
- Enseñar que respeto no es sinónimo de sumisión, se puede decir NO a los adultos cuando las propuestas que les hagan no sean claras, les disgusten o incluyan guardar secretos.
- Desechar la idea que lo que sucede en casa es asunto privado y no es asunto de nadie más.
- Asegurarles que siempre estarán dispuestos a ayudarlos en cualquier problema y demostrarlo con actitudes reales.
- Promover trato igualitario entre los sexos, sin hacer diferencias respecto a:
 - » Tareas a realizar.
 - » Oportunidades brindadas.
 - » Consejos.
 - » Características asignadas
 - » Juegos o actividades que decimos les corresponden de acuerdo al sexo.
- Promover relaciones armoniosas en la pareja, que se conviertan en modelo de igualdad, respeto, solidaridad y amor.
- Determinar las actividades que pueden realizar solos y aquellas que requieren orientación y ayuda.
- Estar atentos a la conducta de sus hijos y buscar ayuda cuando sea necesario.

Las acciones de prevención de acuerdo a los riesgos y a la vulnerabilidad se clasifican así:

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Factores de riesgo personales Desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos Baja autoestima Escaso desarrollo de habilidades sociales Deprivación afectiva Carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico	Factores protectores personales • Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos • Sana autoestima Adecuado desarrollo de habilidades sociales. • Adecuada expresión de emociones y sentimientos, que faciliten una regulación emocional • Conocimientos sobre lo que es adecuado y no en contacto físico (asertividad)

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Factores de riesgo familiares - Desconocimiento de los Derechos de Niños y Niñas - Relaciones familiares constituidas en la violencia - Historias familiares de violencia sexual del padre o la madre - Distancia o negación del acceso a información sobre la sexualidad - Familias disfuncionales - Dificultades en los canales de comunicación intrafamiliar - Deterioro de la afectividad - Baja autoestima del padre o la madre - Desacuerdos en el ejercicio de la autoridad o las normas. - Sobrevaloración de la figura masculina. - Antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol	Factores protectores familiares - Convivencia democrática en la familia y respeto a los Derechos de los Niños y Niñas - Buena comunicación - Información científica, clara y oportuna sobre sexualidad - Vínculo afectivo fortalecido - Adecuado ejercicio de la autoridad - Patrones de crianza coherentes con los Derechos Humanos - Respeto a las diferencias de sexo - Claridad en las normas familiares, especialmente en lo referente al comportamiento sexual
Factores de riesgo social - Hacinamiento crítico - Pobreza y desplazamiento forzado - Vivir en zonas de situación de conflicto armado - Vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.) - Trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación - Fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas	Factores protectores sociales - Ambientes respetuosos de los Derechos Humanos - Necesidades básicas satisfechas - Ambientes y entornos físicos seguros - Redes sociales de apoyo - Adecuada utilización del tiempo libre - Estímulo a la construcción de masculinidades no violentas - Conciencia social del problema de la violencia sexual y desarrollo de esfuerzos institucionales y sociales para evitarlo - Control de los medios de comunicación por parte del Estado y la sociedad civil para evitar contenidos que estimulen y legitimen la violencia sexual - Buena coordinación del trabajo intersectorial y conformación de redes efectivas contra el maltrato y la violencia sexual
Factores de riesgo en adolescentes - Citas con extraños a ciegas - Rapto por Internet, mal uso de las redes sociales - Contacto sexual con desconocidos - Descuido de bebidas en actividades sociales - Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol	Factores institucionales - Información desde los servicios de salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos Sexuales - Acceso oportuno a servicios de salud y en especial de Salud Mental - Tomar contacto a la línea en Defensa de la Vida #234 (Claro), línea 155, línea 106,

1.3. DETECCIÓN OPORTUNA DE VIOLENCIAS²⁶:

Los profesionales de la salud en los diferentes procesos de atención al usuario deben considerar los siguientes aspectos que inducen a sospechar la presencia de algún tipo de violencia.

1.3.1. Identificación Casos de Violencia Física a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)^{27 28}

La prestación de servicios en salud genera la posibilidad de detectar casos de violencia y disfunción familiar extrema. Para realizar el diagnóstico es importante indagar respecto a la presencia de los factores de riesgo (Numeral 3 del presente capítulo). Así mismo, se requiere considerar el diagnóstico a la menor sospecha en los siguientes casos:

26 UNISALUD, 2010

27 MPS, 2000

28 OPS, 2000



Indicadores Físicos	Indicadores de Comportamiento - psicosociales	Conductas del agresor físico
- Edema (inflamación) - Equimosis y Hematomas (Moretones), en cara, extremidades, nalgas o tronco - Cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas: quemaduras con cigarrillos, plancha, líquidos, en pies, manos, espalda o nalgas - Heridas profundas y laceraciones tejidos blandos de cavidad oral - Fracturas en menores de un año - Fracturas frecuentes, mal tratadas y mal cicatrizadas - Fracturas nasales, dentales y en cavidad bucal - Dislocación o contusiones del hombro o del codo - Esguinces de 1º, 2º y 3er. grados - Contusiones - Trauma craneoencefálico con presencia de hematomas del cuero cabelludo, moretones, heridas pequeñas sin pérdida de la conciencia, sin convulsiones - Trauma craneoencefálico con pérdida de conciencia, hemorragias subaracnoideas, hematomas intracraneales, convulsiones, coma. - Broncoaspiraciones - Heridas y/o hematomas de párpados y ojos - Lesiones corneales - Desprendimiento de retina - Heridas del pabellón auricular y del conducto auditivo externo - Hemorragia en el oído medio o interno - Ruptura del tímpano - Hemorragia nasal que cede fácil al taponamiento - Desviación del tabique - Golpes, hematomas, contusiones o en tejido blando - Compromiso de órganos internos - Abdomen agudo sin explicación clara - Signos de traumatismo en otras localizaciones, cuya explicación no sea clara - Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización	- Cambios repentinos de comportamiento: agresividad, retraimiento, sumisión, pasividad, hiperactividad, depresión - Asustadizo o temeroso - Tendencias destructivas - Manifiesta temor a un tercero (familiares, vecinos, profesores) - Expresa razones poco creíbles para sus lesiones - Uso de vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones). - Baja autoestima - Problemas de aprendizaje (bajo rendimiento académico) - Huidas frecuentes del hogar - Conflictos con la ley - Relaciones interpersonales deficientes - Ausentismo escolar frecuente, relacionado con la aparición de la lesión	- Ocultas lesiones del niño - Brinda explicaciones poco coherentes - Le pone ropa que lo cubre, no lo envía a la escuela, etc. - Tardanza del padre, madre o encargado para buscar la ayuda médica que el niño necesite - No parece preocuparse por el niño - Describe al niño como muy malo, diferente a los otros - Cree en el castigo severo como método de disciplina - Tiene expectativas irreales hacia el niño - Baja autoestima - Pobre control de impulsos asociados a estados de emoción violenta, consumo de alcohol, drogas - Inmadurez en el comportamiento - Repite patrones errados de crianza o experiencias traumáticas de abuso en la infancia - Castiga a sus hijos en público - Castiga a sus hijos por "difíciles o rebeldes"

1.3.2. Identificación casos de violencia psicológica a NNA

Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento- psicosociales	Conductas comunes al agresor emocional
- Cefalea - Náuseas - Vómito - Enuresis - Encopresis - Gastritis - Colitis - Úlceras - Enfermedades psicosomáticas - Crisis Conversivas - Afecciones de piel como el acné	- Agresividad y negativismo - Aislamiento social - Angustia marcada ante el llanto de otros niños (as) - Apego exagerado a personas desconocidas - Desconfianza hacia personas ajenas al grupo familiar - Autoagresiones - Autoexigencias excesivas - Búsqueda constante de aprobación de parte de los mayores	- Expectativas irreales hacia el niño, niña y adolescente (NNA) - Rebaja, rechaza, degrada e ignora al niño - Amenaza al niño con castigo severo o con abandono - Describe al niño como malo, diferente a los otros, lo trata como un objeto - Bajo concepto de sí mismo (baja auto estima)

Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento- psicosociales	Conductas comunes al agresor emocional
• Asma • Alergias • Trastornos en la alimentación: Bulimia, Anorexia • Retardo en el crecimiento y desarrollo	• Onicofagia • Demasiada movilidad o excesiva quietud • Depresión • Destrucción de objetos • Dificultad de concentración • Falta de actividad exploratoria • Hábitos desordenados • Hipocondría • Inseguridad • Intentos de suicidio • Miedos a objetos, lugares o situaciones • Fobias • Pesadillas e insomnios • Rechazo a recibir ayuda • Retardo en el desarrollo Psicomotor • Robos caseros • Sentimientos de inferioridad • Sueños con contenidos agresivos • Sumisión o rebeldía exageradas • Tendencia acentuada a accidentes • Tics • Uso de alcohol o drogas • Problemas del lenguaje	• Utilización del niño en conflictos de pareja • Utilización del niño para suplir el papel del padre o la madre • Califica a los hijos como difíciles o rebeldes

1.3.3. Identificación casos de Violencia por Negligencia

Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento- psicosociales	Conductas comunes al agresor por negligencia
• Constante fatiga, sueño o hambre. • Desnutrición • Diarrea • Famélico • Hemorragia retiniana • Higiene personal deficiente • Infecciones respiratorias y en piel a repetición • Lesión cerebral con evidencia de sangrado • Laceración, contusión cerebral • Lesiones óseas, trauma abdominal y trauma torácico (de donde se sostuvo al bebé para sacudirlo) • Salud oral deficiente • Patrón de crecimiento deficiente o Retardo en el desarrollo	• Accidentalidad previsible y prevenible • Apatía • Asume responsabilidades propias de un adulto (niños cuidan a otros niños) • Busca atención y afecto • Carece de vestimenta adecuada, e inclusive de la necesaria • Conducta agresiva, inmadura • Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas • Depresivo • Descuidos con objetos y sustancias peligrosas • Desescolarización o bajo rendimiento escolar • Dificultades de aprendizaje y respuesta a estímulos • Falta de aplicación de normas de comportamiento • Higiene personal inadecuada • Incapacidad de expresar afecto • Llanto injustificado • Pide o roba comida • Presenta conflictos con la ley • Registra continuas ausencias o llegadas tardías a la escuela • Retraído • Sumiso, actúa en forma pseudo-madura, extremadamente complaciente • Problemas de pronunciación	• Apático • Pasivo • Depresivo • No se preocupa por el niño ni por satisfacer sus necesidades básicas • No presta atención al comportamiento del niño, es negligente, no prepara alimentación, no hay comida en la casa • Aislado socialmente • Bajo concepto de sí mismo (baja autoestima) • Abuso de alcohol o drogas. • Repite patrones errados de crianza • Vive en condiciones riesgosas (caos en el hogar, hacinamiento, drogas, venenos y medicamentos al alcance de los niños, basura o excrementos en el área habitacional) • Ausencia de cuidados médicos mínimos: control médico, vacunación y demás servicios de salud • Descuido en las relaciones sociales que el niño establece o en el tipo de actividades que realiza • Falta de estímulos afectivos, intelectuales y sociales que desarrolla en potencialidades del niño • Constante falta de atención y de supervisión (caídas repetidas, ingesta frecuente de sustancias tóxicas, niños solos en la casa)



1.3.4. Identificación de casos de Mujeres víctimas de Violencia Física

Para la detección de las mujeres víctimas de violencia, es importante que en los servicios de urgencias, cirugía, control prenatal, consulta externa, ginecología y salud mental, indagar respecto a presencia de ocurrencia de violencia. Si la pareja de la víctima la acompaña y se rehúsa a dejarla sola, es adecuado trasladarla a otro servicio donde solo la paciente tenga acceso y en ese momento, se pueden realizar las preguntas; estas deben ser incluidas en la historia clínica de la paciente. Algunos ejemplos de la forma en que se debe preguntar, se incluyen a continuación:

- “Muchas mujeres experimentan algunos tipos de abusos físicos, como ser maltratadas o golpeadas, ¿Usted ha tenido que pasar por esto?
- ¿Su pareja alguna vez la ha maltratado o la ha tratado mal físicamente?
- ¿Usted se siente segura en la casa?
- ¿Alguna vez ha sido golpeada por su pareja?”

Y se debe evitar preguntas como: “¿Es usted víctima de violencia doméstica?, ¿Ha sido usted agredida por su pareja?”

Adicional a las preguntas, se puede empezar a sospechar de violencia cuando hay presencia de:

Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento- psicosociales	Conductas comunes al agresor físico
• Lesiones de causa externa durante el embarazo • Evidencia de múltiples lesiones en diferentes estados de cicatrización • Eritemas, hematomas, laceraciones y rasguños de poca extensión hasta múltiples lesiones de gran extensión • Pérdida de conciencia, convulsiones, estado de coma, hematomas intracraneales	• Inconsistencia entre la historia y la lesión • Demandas frecuentes de consultas médicas • No busca oportunamente la ayuda médica • Manifestaciones psicósomáticas (dolores de cabeza, mareos, cólicos, crisis convulsivas, trastornos gastrointestinales) • Depresión, negatividad, inseguridad, miedo, ansiedad, crisis de pánico, intento de suicidio, timidez, retraimiento, mutismo, aislamiento social, intolerancia • Dificultad para establecer relaciones con otras personas • Ruptura de lazos familiares, • Conductas adictivas	• La pareja del paciente insiste en estar cerca y responder las preguntas directamente él

1.3.5. Identificación de casos de mujeres víctimas de Violencia Psicológica

Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento- psicosociales	Conductas comunes al agresor emocional
• Insomnio o inapetencia • Aislamiento social • Trastornos psicósomáticos tales como dolores de cabeza, úlceras y asma • Dificultades en las relaciones sexuales (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, vaginismo) • Fatiga • Palpitaciones • Vértigo • Parestesias • Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible • Dolor pélvico • Dolor torácico atípico	• Autoagresión • Intento de Suicidio • Uso de somníferos o tranquilizantes • Celos • Depresión • Concentración disminuida •	• La pareja del paciente insiste en estar cerca y responder las preguntas directamente él

1.3.6. Detección oportuna de casos de Violencia Sexual²⁹

La detección de la violencia sexual realizada por el personal de salud puede ser la primera y única oportunidad de la víctima para recibir ayuda, siendo de vital importancia que el personal se encuentre sensibilizado y capacitado sobre el proceso integral de atención que incluye un adecuado y oportuno proceso de detección.

Generalmente, el sector salud tiene conocimiento de los casos de violencia sexual, a través:

- La víctima acude al servicio con motivo de consulta violencia sexual.
- La persona ha sido remitida por otra institución, la cual ya ha realizado la detección de violencia sexual, y el objetivo es iniciar la implementación del protocolo en salud para las víctimas de violencia sexual.
- El profesional sospecha de violencia sexual al detectar signos y síntomas relacionados con la misma durante la consulta.

A continuación se exponen diferentes aspectos que los profesionales de la salud deben considerar en los diferentes procesos de atención al usuario, los cuales inducen a sospechar la presencia de algún tipo de violencia.

1.3.7. Detección de situaciones de violencia sexual en NNA^{30 31}

La mayoría de **abuso sexual** hacia los menores de edad tiene lugar en el hogar, y el victimario es un familiar o conocido de la familia. La dinámica de este, se inicia con estrategias de seducción, sobornos o amenazas por parte del adulto, sin usar la fuerza física. Se establece un vínculo con el NNA, creando un “secreto” con el cual el menor lo protege de la denuncia. El abuso puede ser repetitivo y crónico y puede pasar mucho tiempo antes de que ocurra la identificación o revelación del delito.

En relación a los **asaltos sexuales**, en los que el ejercicio de la fuerza o la amenaza de usarla pone en situación de vulnerabilidad al NNA, la revelación aunque difícil ocurre con mayor frecuencia y en un tiempo menor, por lo cual es más frecuente que estos casos lleguen a las instituciones con motivo de consulta violencia sexual.

Todo contacto sexual con menor de 14 años con o sin consentimiento se considera abuso sexual. Los acercamientos o exploraciones sexuales y coitales entren niños y niñas de su misma edad y desarrollo, de forma espontánea y sin presiones o manipulaciones no constituyen actos abusivos. Estos pueden sospecharse cuando la diferencia de edad entre ellos se encuentra entre tres a cinco años y de acuerdo a la ley cuando un menor de 14 años tiene contacto sexual con un mayor de 14 años.

Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento-psicosociales	Conductas comunes al agresor sexual.
• Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos • Laceraciones perianales que se extienden desde el esfínter anal • Enfermedades de transmisión sexual • Infecciones urinarias frecuentes, dolor al orinar • Picazón, hinchazón, molestia, dolor, lesiones o sangrados en las áreas genitales o anales • Secreción en el pene o la vagina • Olor extraño en el área genital • Enuresis o encopresis (orina o defeca la ropa o la cama) • Marcada e inmediata dilatación del ano (más de 2 cm) al poner al niño en posición rodilla pecho (ese hallazgo es compatible con violencia sexual si no existe una historia significativa de constipación, la ampolla rectal está vacía de heces o no existe déficit neurológico que lo explique)	• Ansiedad • Autoestima disminuida • Baja repentina en el rendimiento escolar • Besar a adultos que no conoce bien • Besar a otros niños, incluyendo en ellos el uso de la lengua • Cambios repentinos y bruscos en la conducta • Colocar la boca en partes sexuales • Colocar objetos en vagina y recto • Conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad (comportamiento muy seductor, uso de palabras obscenas, etc.). • Consumo de alcohol o drogas • Depresión con o sin ideación suicida • Desórdenes de la alimentación • Desvestirse a otros niños • Desvestirse adultos contra su voluntad • Dibujar partes sexuales • Emitir sonidos sexuales • Evidencia de otras formas de violencia • Excesivo interés en temas sexuales • Frotar su cuerpo contra otras personas • Fugas de la realidad	• Posesivo y celoso de la víctima • Niega al NNA contactos sociales normales • Acusa al NNA de promiscuo o seductor • Excesivamente atento con el NNA • Baja autoestima • Pobre control de impulsos • Aislado socialmente • Relaciones adultas no satisfactorias • Cree que el NNA disfruta del contacto sexual • Sexualiza las manifestaciones de amor y afecto



Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento- psicosociales	Conductas comunes al agresor sexual.
• Enfermedades psicosomáticas • Embarazo precoz • Dificultad para caminar o sentarse • Cuerpos extraños en ano o vagina • Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración que puede incluir: • Laceración aguda del himen • Equimosis del himen • Ausencia del himen • Himen cicatrizado • Trastornos del sueño	• Hablar acerca de actos sexuales • Hablar coquetamente • Inestabilidad emocional • Infracciones a la ley • Intentar tener coito • Intento de suicidio • Masturbación con juguetes u objetos • Masturbación excesiva • Miedo a dormir solo • Mostrar sus partes sexuales a los adultos o a otros niños • No le gusta cambiar de ropa en actividades grupales (gimnasia). • Pedir a otros hacer actos sexuales • Pérdida de la memoria • Preocupación excesiva por temas sexuales en NN menores de 10 años • Pretender que los juguetes tengan sexo • Promiscuidad • Rechazo hacia el padre u otros familiares y no querer llevar el apellido del padre • Regresión a una etapa de desarrollo anterior • Regresión del lenguaje • Relaciones deficientes con los compañeros • Relatos indirectos o directos de ser o haber sido víctima de abuso sexual • Resistencia a regresar a la casa después de la escuela • Ropa interior rota, manchada o con sangre • Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana • Temor a los adultos • Temores nocturnos, pesadillas • Tendencia a abusar sexualmente de personas menores • Toca sus partes sexuales en público • Tocamiento a otros niños en partes sexuales • Tocamiento a partes sexuales de adultos • Tocamiento a partes sexuales de animales	
<u>En adolescentes</u> • Síntomas de disfunción sexual sin causa orgánica (dispareunia)	<u>En adolescentes</u> • Comportamiento de riesgo relacionado con su vida sexual • Comportamiento bulímico • Abuso o dependencia de SPA	
<u>En personas con discapacidad</u> • Embarazos tempranos (menor 14 años con algún tipo de discapacidad) • Embarazo en adolescente o adulta con limitación cognoscitiva o con enfermedad psiquiátrica • Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal	<u>En personas con discapacidad</u> • Menores de edad con cualquier tipo de limitación sensitiva, motora, física, cognitiva que manifieste temor a la socialización con adultos • Manifestación de rechazo a la evaluación por parte del profesional de la salud • Expresiones de hipersexualidad o por el contrario rechazo al contacto corporal afectivo • Intentos de suicidio y depresión de aparición súbita no relacionados con la cotidianidad alrededor de la situación de discapacidad • Aquellos hospitalizados en instituciones de salud mental	<u>En personas con discapacidad</u> • Adultos que muestren situaciones de sobreprotección con menores con cualquier tipo de limitación y que teman dejar el menor a cargo de algún miembro específico de la familia o cercano al núcleo familiar

1.3.8. Identificación de Casos de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual

Indicadores Físicos	Indicadores de comportamiento - psicosociales	Conductas comunes al agresor sexual
- En muchos casos la violencia sexual no deja huellas físicas - Cuando la violencia sexual se acompaña de maltrato físico aparecen lesiones tanto en los órganos genitales como en otras partes del cuerpo, dentro de las que se encuentran: - Lesiones en aparato genitourinario - Hematomas en vulva, vagina, muslos, etc., - Enfermedades venéreas - Desgarres en órganos genitales - Ruptura de vejiga - Cuerpos extraños en el intestino o en la vagina - Embarazo no deseado - Dolor pélvico crónico sin causa aparente - Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc.)	- Temor por la seguridad - Temor de ser estigmatizada - Dificultad para asumir lo sucedido - Falta de reconocimiento del hecho de violencia sexual - Angustia - Miedo - Vergüenza - Síntomas depresivos, de comportamiento, de ansiedad o de alteración del sueño - Usuarías de servicios de control prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales - Reportan antecedentes de abortos o consultan por aborto incompleto	- Posesivo y celoso de la víctima - Niega a la mujer contactos sociales normales - La acusa de promiscua o seductora - Baja autoestima - Pobre control de impulsos - Aislado socialmente - Sexualiza las manifestaciones de amor y afecto

1.3.9. Signos de sospecha de Explotación Sexual Comercial (ESCNA)

Indicadores de comportamiento- psicosociales
- Arreglo personal inusual para la edad y condición: Ropa notablemente justa al cuerpo, corta o transparente; ropa usualmente utilizada para fiestas o eventos nocturnos y poco adecuada para uso diario; maquillaje excesivo; ropa costosa y de difícil acceso dada su condición económica - Muestra temor excesivo al brindar información personal: oculta información sobre sus actividades o domicilio - Vive en una casa de huéspedes, hotel u otro lugar inusual para su edad y condición - Se refiere a actividades como modelaje, o sesiones fotográficas inusuales para su edad y condición - Tiene actitudes que parecen muy adultas para su edad - No mantiene vínculos familiares, está solo o acompañado de algún adulto con quien mantiene una relación difícil de explicar - Terceras personas (vecinos, familiares, amigos, maestros, etc.) aportan información sobre una posible ESCNA - En el examen físico: existen huellas corporales de abuso sexual o de actividad sexual inusual para su edad y condición (tal como se ha explicitado en cuadros anteriores); muestra golpes o moretones que pudieran indicar que ha sido golpeado por los explotadores - Ha pasado largos períodos en la calle o en otros lugares públicos

1.3.10. Signos y síntomas que pueden estar asociados a múltiples causas además de la violencia sexual

A continuación se relacionan algunos signos y síntomas cuyo nivel de asociación con violencia sexual es bajo por lo tanto, se requiere buscar otra causa y analizar cada caso dentro de su contexto. Es importante, no considerar un solo signo o síntoma con presunta violencia sexual, se requiere identificar otros indicios basados en los elementos de detección y factores de riesgo señalados anteriormente. Una vez evaluado el caso en su contexto y ante el indicio de sospecha de abuso sexual se debe iniciar el proceso de atención integral en salud.



Signos y síntomas que pueden estar asociados a múltiples causas además de la violencia sexual
Signos y síntomas físicos
• Vulvovaginitis a repetición
• Dificultad para caminar o sentarse
• Sangrado en boca
• Infecciones urinarias a repetición
• Enuresis
Signos y síntomas comportamentales
• Desórdenes de la alimentación (bulimia)
• Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas) y miedo a dormir solo cuando esto no se presentaba previamente
• Regresión del lenguaje (descartar patología del SNC)
• Autoestima disminuida
• Preocupación excesiva por temas sexuales en preescolares y escolares
• Consumo de alcohol y SPA (explorar abandono, desescolarización, dificultades afectivas, etc.)
• Trastornos por somatización
• Depresión con o sin ideación suicida
• Cambios repentinos en el rendimiento escolar y relaciones en la escuela
• Ansiedad e inestabilidad emocional
• Fugas de la realidad
• Pérdida de la memoria
• Neurosis y fobias
• Aislamiento social
• Conductas autoagresivas

1.4. SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Por último, la prevención tiene como finalidad ofrecer servicios de calidad al interior de los Establecimientos de Sanidad Militar, para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo las secuelas físicas y emocionales. Será útil entonces decir que los tópicos de trabajo que demandan acciones específicas se concentran en:

- Denuncia e investigación de casos.
- Seguimiento de casos a corto, mediano y largo plazo.
- Manejo por un equipo interdisciplinario para el restablecimiento de derechos, protección, justicia para las víctimas y sus familias.

Teniendo en cuenta que la Violencia es multicausal, la fase de prevención debe enfocarse desde los diferentes niveles (personal, familiar, relacional, social, educativo, laboral, comunitario, etc.), con el fin de tener una lectura compleja sobre el fenómeno a observar y generar acciones psicoeducativas que conlleven a la disminución de factores de riesgo y el desarrollo de herramientas de protección o afrontamiento ante situaciones de crisis. En este sentido, la OMS, adopta el modelo ecológico como forma de comprensión e intervención del fenómeno de la violencia definiendo los factores de riesgo desde cada una de las siguientes cuatro esferas:

El modelo ecológico



Figura 10. Modelo Ecológico

Fuente: Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.

- **Individual:** comprende los factores biológicos y los relacionados con los antecedentes personales que pueden aumentar la probabilidad que una persona cometa un acto de violencia o sea víctima del mismo.
- **Relacional:** Comprende los factores que aumentan el riesgo como consecuencia de las interacciones entre compañeros, parejas y otros integrantes de la familia. Estos factores constituyen el círculo social más estrecho de una persona y pueden configurar su comportamiento y determinar la diversidad de sus experiencias.
- **Comunitario:** Se refiere a los contextos de la comunidad en las cuales se arraigan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y otros contextos sociales; esta esfera procura definir las características de estos entornos que se asocian con que las personas, cometan actos de violencia de pareja y de violencia sexual o sean víctimas de ellos.
- **Social:** Comprende los factores más amplios del macro sistema, que influyen sobre la violencia de pareja y la violencia sexual, como son la desigualdad de género, los sistemas de creencias religiosas o culturales, las normas sociales y las políticas económicas o sociales que crean o mantienen las diferencias y las tensiones entre los grupos de personas.

2. ¿CÓMO PREVENIR LA VIOLENCIA?

Existen distintas formas de prevenir la violencia en los distintos ámbitos de la vida cotidiana:

A nivel familiar, se previene mediante:

- La integración familiar y los roles familiares.
- Maternidad y paternidad responsables.
- Fortalecimiento de autoestima.
- La práctica de los valores y vínculos familiares sólidos.
- El respeto y autoridad.
- El amor y comprensión hacia los demás.
- La comunicación efectiva entre padres e hijos.
- La satisfacción de las necesidades básicas mediante el trabajo.
- El conocimiento del entorno y las amistades de los (as) hijos (as)
- La disciplina con sabiduría y amor.

A nivel del centro educativo, se previene mediante

- Relaciones positivas entre alumnos/as y profesoras/es.
- Compromiso ampliamente asumido por profesores de enseñar temas de comportamiento no violento.
- Fuerte énfasis en el aprendizaje y trabajo académico.
- Apertura a la cultura de los alumnos y de la comunidad.
- Prohibiciones y control de armas en el centro educativo.
- Capacitación de personal docente para intervenir en situaciones de conflicto
- Capacitación de alumnos y alumnas determinados para manejar conflictos.

- Atención urgente y especializada a los (as) estudiantes conflictivos.
- Atención psicosocial a las víctimas de la violencia.
- Terapias ocupacionales y recreativas dirigidas a la población estudiantil que lo necesite.

A nivel de la comunidad, la violencia se previene a través de:

- Fomentar adecuadas relaciones positivas en la comunidad.
- El compromiso asumido por los (as) líderes de promover la prevención de la violencia y la convivencia pacífica.
- El desarrollo de condiciones para el entretenimiento sano de la niñez y la juventud: canchas deportivas, actividades culturales, otros.
- Talleres de prevención de la violencia
- La vigilancia de hechos violentos y comunicación oportuna con las autoridades pertinentes.

Teniendo en cuenta que las consecuencias de la violencia pueden ser físicas y psicológicas, se requiere fomentar actividades encaminadas a prevenir comportamientos violentos en cada uno de los contextos de interacción de los individuos, favoreciendo el funcionamiento del estado mental de toda la población lo que redundará en el cumplimiento exitoso de la misión institucional.



CAPÍTULO 3

PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS

1. PROCESO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS: FÍSICA / PSICOLÓGICA / NEGLIGENCIA / OTRAS

A continuación, se realiza la descripción del procedimiento de Atención en Salud a Víctimas de Violencia a implementarse en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el cual se desarrolló teniendo en cuenta su organización, estructura de la prestación de servicios y las necesidades de su población.

1.1. PASO 1: SENSIBILIZAR A LOS USUARIOS DEL SSFM FRENTE A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS

Las Direcciones de Sanidad (DISANES) y los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) deben implementar de manera permanente acciones de información, capacitación y comunicación en torno a los siguientes temas:

- La violencia no es un hecho natural, ni normal, ni privado, sino que constituye una vulneración a los derechos de las personas y en algunos casos pueden llegar a constituirse en un delito.
- Mitos y estereotipos que condicionan la existencia de las diferentes violencias.
- Las consecuencias de la violencia en la salud, educación y trabajo.
- Rutas de atención en casos de violencia.
- En caso de ser víctima de violencia física o estar sometido a situaciones que involucren algún riesgo biopsicosocial, es importante acudir a los servicios de salud.
- La confidencialidad entorno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia.
- Los derechos de los pacientes con dignidad, discreción y respeto por su privacidad, incluyendo el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
- Los beneficios en salud para las víctimas de violencia se derivan de una atención oportuna y adecuada.

1.2. PASO 2: VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA

-*Conformación del equipo interdisciplinario (medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área jurídica) de acuerdo a la disponibilidad de personal.

-*Capacitación a los profesionales en la Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencias.

*-Activación y cumplimiento de las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia cuando se requieran.

*-Disponer del directorio de las instituciones de protección y justicia junto a los datos de contacto institucional, para remitir oportunamente los casos, cuando existe un riesgo inminente en la víctima.

*-Garantizar el acceso directo a las víctimas, un espacio seguro y confidencial para su atención.

*-Actualizar y dinamizar los procesos que optimizan la prestación de una atención integral a las víctimas de violencia.

1.3. PASO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar procedimientos o intervenciones derivadas de atención en salud se debe realizar el proceso de asesoría y consentimiento informado, mediante explicación clara y completa al paciente y a su acompañante, si así se requiere dependiendo de la edad y condición. Explicar todos los procesos y procedimientos que se van a realizar paso a paso a la víctima.

1.4. PASO 4: RECEPCIÓN DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA EN EL SERVICIO DE SALUD

- Brindar atención prioritaria en salud a las posibles víctimas de violencia, acorde con la normatividad vigente en el tema.
- En el contacto inicial con el servicio de salud, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro



inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de la atención integral en violencia.

- Al detectar una víctima de violencia, se debe estabilizar emocionalmente y brindar la atención médica requerida.
- Facilitar el acceso oportuno a procedimientos generales, intervenciones especializadas en salud mental y medicamentos requeridos por las víctimas de violencia.
- Evaluar a corto plazo traumas físicos y emocionales, así como otras situaciones clínicas y sociales urgentes generadas por la victimización sufrida.
- Evaluar a largo plazo la reactivación de síntomas ansiosos, depresivos, potencial riesgo suicida y de revictimización.

Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia fuera de un servicio de urgencias son:

*-Que se tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia.

*-Que la víctima se niegue a ser atendida en el servicio de urgencias.

1.5. PASO 5: REALIZAR UNA COMPLETA VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA VÍCTIMA

El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico, psicológico y social indicado, de acuerdo a los componentes de la atención en salud para víctimas de violencia:

INDISPENSABLE:

Atención prioritaria: inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física.

Orientación a la familia.

Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos.

Remisión a entidades de protección y justicia en los casos que se requiera.

Diagnóstico clínico específicamente relacionado con el evento de violencia

Estos diagnósticos deben ser realizados de acuerdo con las características documentadas sobre la violencia, que ha motivado la consulta. El diagnóstico siempre debe ser registrado tanto en la Historia Clínica, como en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a modo de diagnóstico principal. Los códigos del CIE - 10 a utilizar se relacionan en la siguiente tabla:

Código CIE - 10	Nombre del Diagnóstico
PRIVACIÓN, NEGLIGENCIA Y ABANDONO	
T738	Otros síndromes de maltrato
T739	Efectos de privación, no Especificados
T740	Negligencia o abandono
Y060	Negligencia o abandono por esposo o padre
Y061	Negligencia y abandono: por padre o madre
Y062	Negligencia y abandono: por conocido o amigo
Y068	Negligencia y abandono: por otra persona especificada
Y069	Negligencia y abandono: por persona no especificada
Z625	Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
VIOLENCIA FÍSICA	
T741	Abuso físico
T748	Otros síntomas de maltrato
T749	Síndromes de maltrato no especificado
X850-Y049	Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.
Y07.2	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo
Y07.3	Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales
Y078	Otros síndromes de maltrato: por otra persona especificada
Y079	Otros síndromes de maltrato: por persona no especificada

Y080 – Y089	Agresión por otros medios especificados
Y090 – Y099	Agresión por medios no especificados
Y100	Envenenamiento por, y exposición a medicamentos, de intención no determinada
Y200 – Y219	Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, de intención no determinada
Y220 – Y249	Disparo de arma corta de intención no determinada
Y250 – Y299	Contactos traumáticos
Y300 – Y349	Caídas, colisión y otros eventos
Z616	Problemas relacionados con abuso físico del niño
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
T743	Abuso psicológico
T601	Problemas relacionados con situación familiar atípica
Z60.4	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
Z610	Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
Z611	Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia
Z612	Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
Z613	Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia
Z617	Problemas relacionados con experiencias personales aterradoras en la infancia
Z618	Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia
Z619	Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia
Z624	Problemas relacionados con el abandono emocional del niño
Z632	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado

1.6. PASO 6: ASEGURAR UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INICIAL ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA

La atención integral de la salud mental en una víctima de violencia en primera instancia involucra un conjunto de acciones que pueden ser brindada por profesionales de la salud (enfermería, trabajo social), seguida una intervención especializada que debe ser ofrecida por profesionales en Salud Mental, y seguida posteriormente de una intervención especializada que debe ser ofrecida por profesionales en Salud Mental, acudiendo a los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se requieran para asegurar la atención, siempre garantizando la seguridad, dignidad e integridad de la víctima de violencia; acciones encaminadas al restablecimiento de los derechos que le fueron vulnerados.

El equipo de salud que conforma el ESM o red externa contratada que tengan contacto con la víctima, debe brindar una recepción empática y no revictimizadora, tener conocimiento y entrenamiento para brindar los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

Durante la fase inicial, el equipo de salud debe efectuar la evaluación en salud mental, la detección de los riesgos de auto y hetero agresión y establecer la pertinencia de realizar una interconsulta con el psiquiatra y/o el psicólogo. Una vez terminada esta primera atención, el psiquiatra y/o psicólogo deben determinar si la víctima requiere continuar un proceso psicoterapéutico.

1.7. PASO 7: PLANEAR LOS SEGUIMIENTOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LA VÍCTIMA

En la consulta inicial, el médico tratante de la víctima de violencia es el responsable de efectuar durante la atención de urgencias el seguimiento a la realización de todos los paraclínicos, procedimientos, tratamientos e interconsultas que sean solicitadas a la víctima de violencia como parte de esa atención urgente, así como dejar debidamente programados todos los seguimientos que se requieren e informar sobre su importancia a la persona y a su familia, cuando se requiera.

Cada uno de los profesionales de ESM que intervienen en la atención a la víctima, deben realizar la búsqueda activa en caso de que no se presenten a los seguimientos. En los niños, niñas y adolescentes, es obligatoria la búsqueda activa ante pérdida del caso en los seguimientos.



1.8. PASO 8. DERIVAR HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA SEXUAL

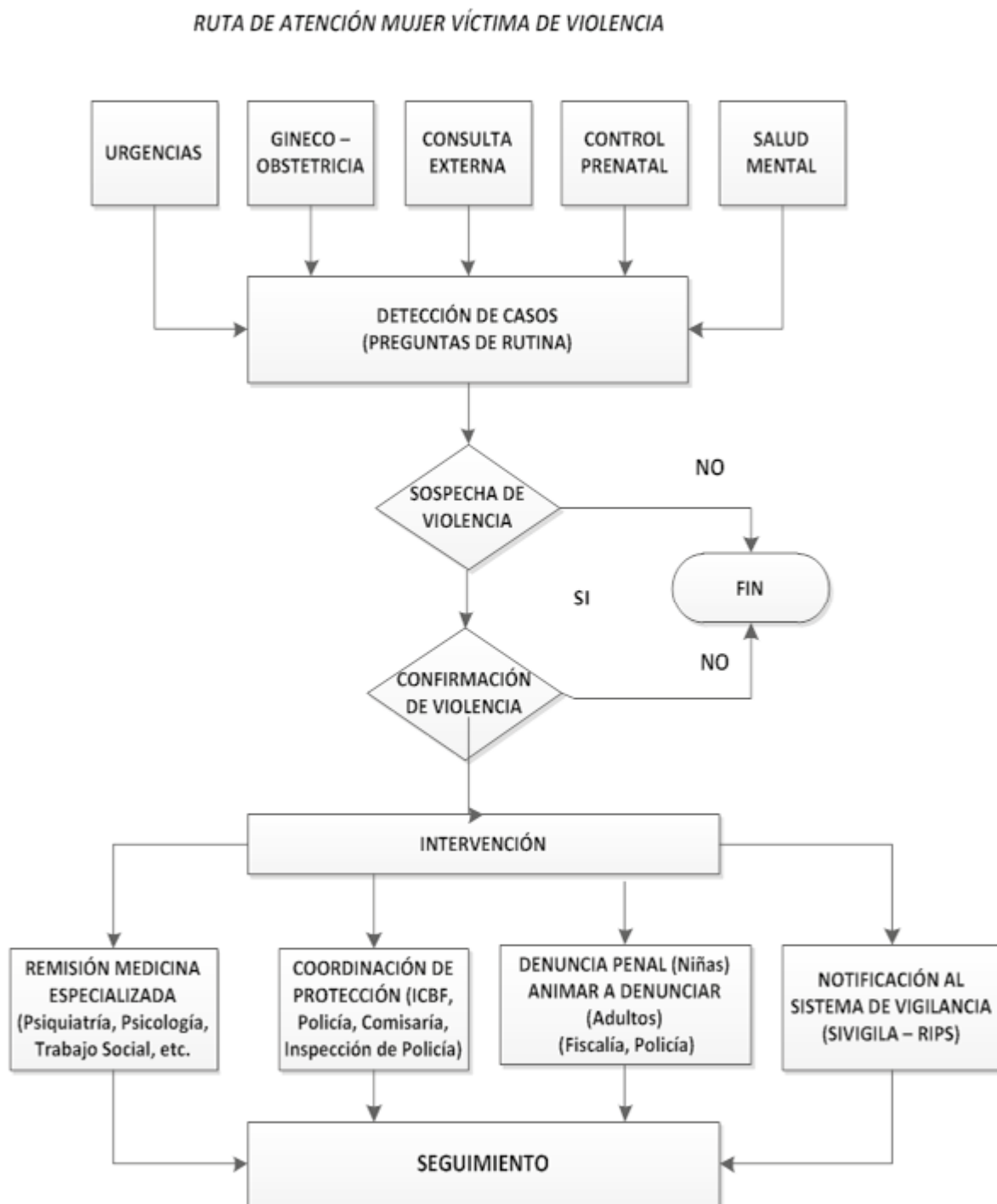


Figura 11 Ruta de atención a la Víctima de Violencia

Fuente. Guía de Atención de la Mujer Maltratada Resolución 412/2000

RUTA DE ATENCIÓN MENOR VÍCTIMA DE VIOLENCIA

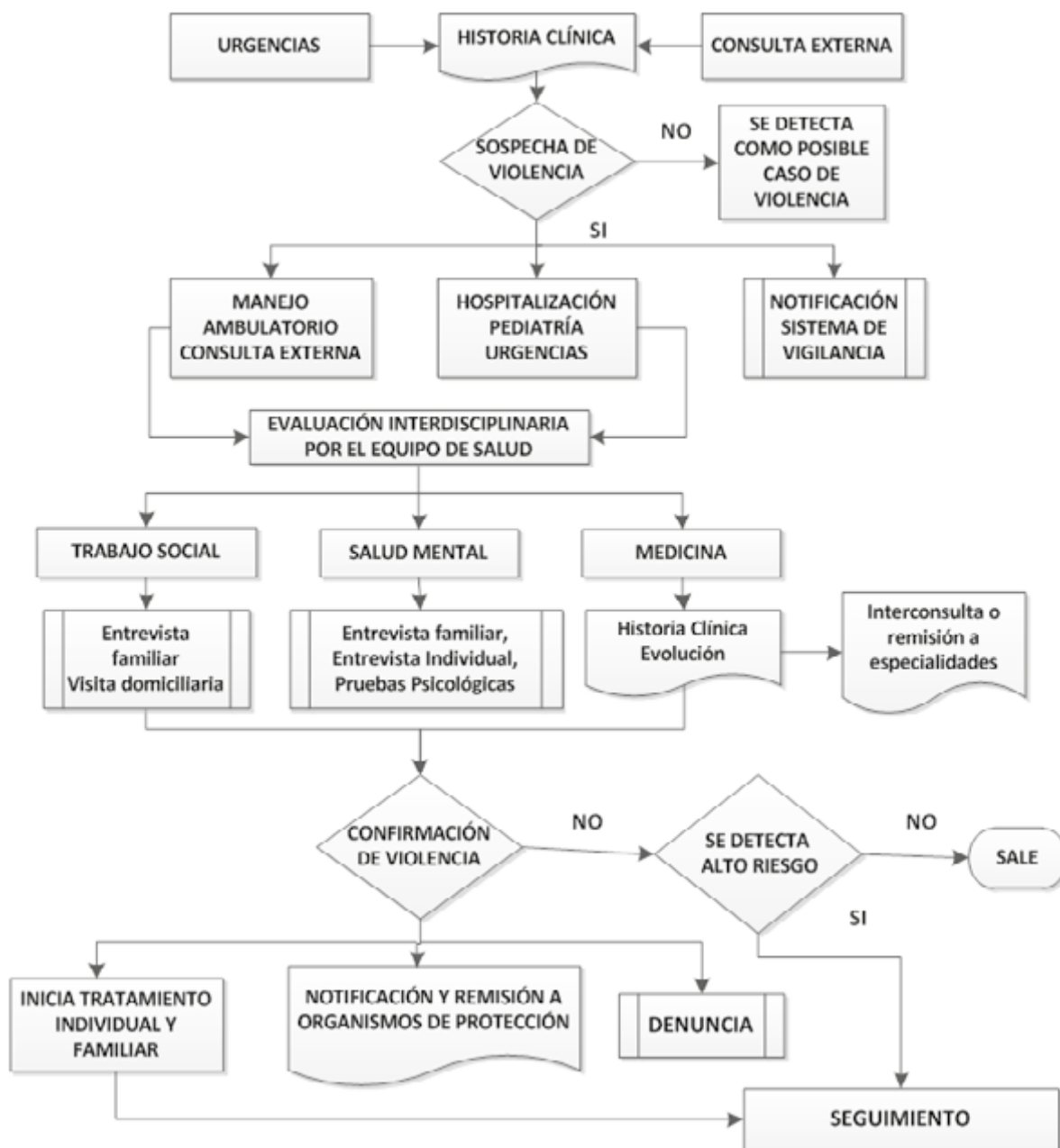


Figura 12 Ruta de atención a menor Víctima de Violencia

Fuente. Guía de Atención del Menor Maltratado Resolución 412/2000

1.9. PASO 9. EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA QUE CORRESPONDAN

1.9.1. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes (SIVIGILA)

Teniendo en cuenta que la notificación es obligatoria ante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA se hace necesario diligenciar todos los datos contenidos en la ficha correspondiente, especificando el tipo de violencia de tal manera que se



asegure la calidad del registro. En este sentido se requiere caracterizar el evento, atención e intervención al tipo de violencia notificado. Para el caso de la violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual se dispone de una ficha única que permitirá mantener unificados los criterios de registro en los ESM acorde con las recomendaciones a nivel nacional.

1.9.2. Reporte en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

Como estrategia de búsqueda activa institucional se debe diligenciar en los RIPS el correspondiente código de "lesiones por causa externa", se debe registrar en los códigos específicos el tipo de violencia según su clasificación en el campo correspondiente al diagnóstico principal y además, completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de modo que el caso quede adecuadamente caracterizado.

1.10. PASO 10. REALIZAR LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDA POR EL SECTOR SALUD

La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.

Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.

1.11. PASO 11. EFECTUAR UN ADECUADO CIERRE DE CASO

El médico general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento ambulatorio del caso de violencia sexual atendido por el sector salud es el responsable de efectuar el cierre del caso. Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos obtenidos.

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

* Educación de la víctima en cuanto a sus derechos información a la víctima sobre promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en

condiciones de vulnerabilidad detectadas. Verificación de que han sido comprendidas por la víctima y sus acompañantes todas las indicaciones terapéuticas, así como la información sobre las rutas de atención integral a seguir, una vez abandonado el consultorio.

* Asesoramiento integral sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo prevención.

2. PROCESO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL³²

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución Número 000459 de marzo 6 de 2012 adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, y resuelve:

Artículo 1º. *Protocolo de Atención. Adoptar el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*

Por lo anterior, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) adopta el protocolo en mención para la atención de sus usuarios que sean víctimas de violencia sexual. A continuación, se realiza la adaptación del mismo teniendo en cuenta su organización, la estructura de la prestación de servicios y las necesidades de su población.

2.1. PASO 1: SENSIBILIZACIÓN FRENTE A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Las Direcciones de Sanidad (DISANES) y los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) deben implementar de manera permanente acciones de información, capacitación y comunicación en torno a los siguientes temas:

- Todo caso de violencia sexual SIEMPRE es de carácter de urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud.
- La atención integral inmediata a las víctimas debe realizarse cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas.

- La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
- Los derechos de los pacientes con dignidad, discreción y respeto por su privacidad, incluyendo el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
- Los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada.
- La necesidad de que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.
- Prestar especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual en los usuarios del SSFM, en especial a la población vulnerable (Personas con discapacidad, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), gestantes, pacientes con enfermedades infectocontagiosas y personal privado de la libertad.

2.2. PASO 2: VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

- *-Conformación del equipo interdisciplinario (medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área jurídica) de acuerdo a la disponibilidad de personal.
- *-Capacitación para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- *-Garantizar insumos y dotación para la atención.
- *-Cumplimiento de las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia cuando se requieran.
- *-Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional.
- *-Garantizar el acceso directo a las víctimas, un espacio seguro y confidencial para su atención.
- *-Activación del proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional.

2.3. PASO 3: Consentimiento Informado³³

Previo a la iniciación de procedimientos o intervenciones derivadas de atención médica de urgencias se debe realizar el proceso de asesoría y consentimiento informado, mediante

explicación clara y completa al paciente y a su acompañante, si así se requiere dependiendo de la edad y condición. Explicar todos los procesos y procedimientos que se van a realizar paso a paso para que la víctima de violencia sexual no perciba el examen como una sorpresa.

Los procedimientos que requieren consentimiento informado son los exámenes de toma de muestras médico-legales, las pruebas de VIH-SIDA; se anexa el modelo de consentimiento informado MPS-UNFPA 2010 (Ver Anexos 1 y 2), si no se tiene facilidad para diligenciarlo, se debe escribir en la historia clínica, consignando los ítems que están descritos en el mismo.

Consideraciones a tener en cuenta:

- Explicar el procedimiento con palabras claras. Preguntar a la víctima y representante legal si ha comprendido lo explicado, y si tiene alguna inquietud al respecto.
- Explicar que aunque no es obligatorio que la víctima y representante legal firmen los documentos, si es indispensable para efectuar los exámenes y procedimientos clínicos, así como para recoger las muestras que pueden ser necesarias en el proceso legal que va a iniciarse. Si la víctima no quiere el proceso legal en ese momento, es posible que su opinión vaya a cambiar en el transcurso de unos días. Si no se realiza el examen la oportunidad de hacerlo en el momento adecuado puede perderse.
- No se requiere firma de testigos, presentación de documentos o fotocopias.
- En los adultos y representantes legales es preferible que la firma esté acompañada de su huella digital.

Consideraciones a tener en cuenta en NNA:

- Se requiere que el consentimiento informado sea firmado por el representante legal (padre, madre o quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia o negación de estos, debe firmar el defensor de familia, representante del Ministerio Público (Procuraduría, Personería, Defensoría del pueblo) o comisarios de familia.
- Además se debe dejar constancia que el NNA aceptará realizarse el examen a pesar de que el representante legal haya firmado el documento. Siempre que sea posible debe solicitarse el asentimiento informado, además del consentimiento informado del representante legal.
- En caso que un niño(a), mayor de 5 años o un adolescente se niegue a realizarse el examen no debe coaccionarse u obligársele a realizarlo. Esto es importante, pues de hacerlo en ese momento se puede generar una



mayor revictimización. En tales casos es importante explicarle al NNA y a su acompañante la importancia de realizarse el examen, especialmente cuando los hechos son de reciente ocurrencia. En todo caso se debe dejar la posibilidad de que la toma de muestras pueda ser realizada en otro momento. Cuando esto ocurre se debe consignar en la historia clínica el deseo del individuo.

- Para los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en niñas y adolescentes, puede requerirse de un consentimiento informado de mayor profundidad y especificidad.

Consideraciones a tener en cuenta en personas con Discapacidad:

- En los casos de discapacidad mental o cognitiva en los que la víctima de violencia sexual tiene un proceso de interdicción, el consentimiento informado debe ser firmado por el representante legal (padre, madre o quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia de ellos, firmará el defensor de familia, representante del Ministerio Público (Procuraduría, Personería, Defensoría del pueblo) o comisarios de familia.
- Si el sobreviviente es mayor de 18 años y no tiene ningún proceso de interdicción se realizará el mismo procedimiento que se usa con otros adultos.

Para la prueba de VIH es obligatoria la firma del CI, de la asesora que incluya la aceptación o no aceptación de la realización de la prueba. El objetivo de esta prueba es descartar que haya infección previa. En ningún caso se realizará para confirmar o descartar la infección por VIH a consecuencia del evento de violencia sexual (asalto sexual). Para hacer esta confirmación/descarte se deben realizar los seguimientos con pruebas de anticuerpos a los 3, 6 y 12 meses.

Con víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, que son atendidos dentro de dichos contextos, puede hacerse mandatorio por motivos de seguridad para la víctima, tomar consentimientos informados/ asentimientos informados solamente verbales, constituyéndose esto, en casos excepcionales.

2.4. PASO 4: RECEPCIÓN INMEDIATA DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS

*Brindar atención de urgencias a las posibles víctimas de violencia sexual, acorde con la normatividad vigente en el tema.

*La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una **Prioridad I** dentro del **Triage** de urgencias.

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

*Al detectar a una víctima de violencia sexual, se debe estabilizar emocionalmente y ser remitida de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes, para la atención inicial de las víctimas de violencia sexual, allí se deben recibir y atender sin ningún tipo de demora, requisito u obstáculo para que se inicie su atención integral.

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

*Facilitar el acceso oportuno a procedimientos generales, intervenciones en salud mental, y medicamentos requeridos por las víctimas de violencia sexual.

*Evaluar a corto plazo traumas físicos y emocionales, así como otras situaciones clínicas y sociales urgentes generadas por la victimización sufrida.

*Evaluar a largo plazo la reactivación de síntomas ansiosos, depresivos, potencial riesgo suicida, y de revictimización.

Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia sexual fuera de un servicio de urgencias son:

- Que se tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia sexual.
- Que la víctima se niegue a ser atendida en el servicio de urgencias.

2.5. PASO 5: REALIZAR UNA COMPLETA VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA VÍCTIMA

Las valoraciones e intervenciones médicas, psicológicas y sociales a víctimas de violencia sexual, solamente pueden ser realizadas por profesionales de planta o de contrato de

los Establecimientos de Sanidad Militar, HOMIC o Red Externa Contratada.

El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado, de acuerdo a los componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual:

- Atención de urgencia: inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física.
- Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual.
- Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida.
- Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 h).
- Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Recolección de evidencias (Ver Capítulo 5: Cadena de Custodia)

- Orientación a la familia.
- Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos.
- Remisión a protección y reporte a justicia.

INDISPENSABLE:

*- Asumir y atender el caso como una urgencia médica.

*-Evaluar y atender de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona.

*-Con la persona estabilizada, continuar aplicando el protocolo, iniciando por la explicación de los **derechos de las víctimas de violencia sexual** y por la toma del **consentimiento informado** para la atención.

DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (Ley 360 de 1997)	
• Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social	
• Ser informadas acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible	
• Ser informadas de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito	
• Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.	
Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:	
• Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida	
• Examen y tratamiento para trauma físico y emocional	
• Recopilación de evidencia médica legal	
• Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito	

Valoración Clínica Inicial de la Víctima de Violencia Sexual

Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de Asalto sexual, Abuso sexual crónico o Abuso y explotación sexual comercial.

De acuerdo a lo anterior, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a:



Figura 13. Valoración Clínica Inicial de la Víctima de Violencia

2.5.1. PARTE A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual³⁴

En la historia clínica deben quedar claramente consignados los datos clínicos, mentales y físicos, que se requieren dentro de una valoración clínica inicial a una víctima de violencia sexual; así como los detalles que el paciente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar. El relato debe ser espontáneo, en el cual se podrá obtener información de tiempo, modo y lugar, así como posibles autores y su relación con ellos.

Es importante preservar el lenguaje y la descripción de detalles que pueda plantear la víctima en su relato, se deben escribir textuales y entre comillas. Esta consideración es aún más importante en los casos de NNA, pues estos detalles son fundamentales para apoyar la credibilidad del relato.

En el caso de requerirse preguntas orientadoras estas deben:

- Ser abiertas.
- Si se requieren preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta.
- Evitar preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado.
- No hacer suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista.
- Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, las preguntas deben incorporar información que la víctima haya brindado previamente.
- Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario.
- El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima.
- En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo, como se observa en la siguiente figura:

Nivel de desarrollo según la edad y aspectos que pueden llegar a ser caracterizados respecto a un evento traumático relatado espontáneamente por una víctima menor de 12 años³⁵

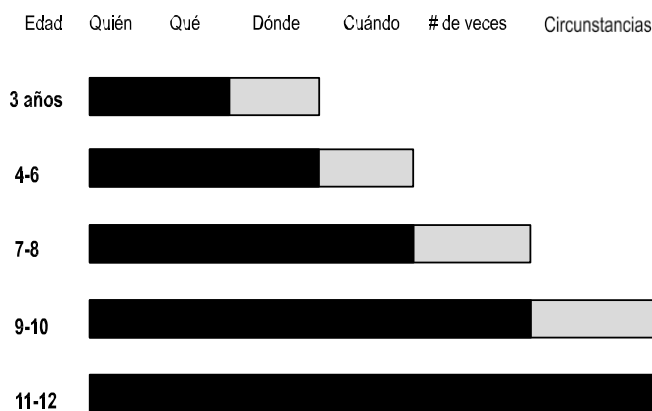


Figura 14.

Fuente: Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SATAC (RATAC, Finding Words), ICITAP, Colombia, 2008.

A víctimas menores de tres años, no se les realiza entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo.

INDISPENSABLE

- *-Evitar la revictimización de la persona que está siendo atendida.
- *-Evaluar la situación de seguridad de la víctima para tomar medidas que reduzcan el riesgo de sufrir un nuevo evento de violencia sexual.
- *-Asegurar condiciones de confidencialidad y privacidad.
- *-Tomar los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica.
- *-El incidente de violencia sexual, que ha originado la consulta debe quedar caracterizado en la historia clínica de acuerdo con la descripción libre y espontánea que realiza la víctima y/o sus acompañantes
- *-Registrar también en la historia clínica algunas acciones de la víctima que pueden tener implicaciones médico-legales (acciones de lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas luego de la agresión sufrida).
- *-Indagar y registrar sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la victimización sexual. No obstante, **su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia.**
- *-Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Es pertinente registrar, por ejemplo, si hay antecedentes de partos vaginales o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes de violencia sexual que incluso no estén relacionados con el episodio actual, entre otros.

34 MPS- UNFPA. 2010.

35 Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SATAC (RATAC, Finding Words), ICITAP, Colombia, 2008.

NO es pertinente preguntar ni registrar, para efectos de la valoración de víctimas de violencia sexual, el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio de las relaciones sexuales.

*-Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización sexual sufrida, **SOLAMENTE** en casos en que se vayan a tomar muestras para análisis de ADN.

*-Historia de mutilación sexual femenina. (Ablación del Clítoris).

*-Estado vacunal ante hepatitis B y tétanos.

*-Estado ante el VIH/Sida.

2.5.2. PARTE B: Examen clínico general de la víctima de violencia sexual

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

Componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico general a favor del restablecimiento de la Salud Mental de la víctima.

- Atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico general explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la **desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida.**
- Tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen.
- Sedación inicial si se hace indispensable.
- Solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos.

Adicionalmente, dentro del contexto de la misma urgencia, se debe realizar la **evaluación e intervención terapéutica de urgencias por parte de un profesional en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo).** Este profesional derivará a la víctima para que continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el

corto, mediano y largo plazo, después de culminada la atención de la urgencia.

INDISPENSABLE

- Registrar **siempre** los siguientes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección.
- Además de los componentes habituales del examen físico, examinar de manera sistemática y dibujar en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental.
- Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados en el cuello y los senos (incluyendo sugilaciones de las cuales se deben tomar muestras para saliva), así como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuente de rastros de fluidos, de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuello adicionalmente, en busca de fluidos.

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

2.5.3. PARTE C: Examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual

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

Cuando la consulta inicial se hace después de 72 horas, pero antes de una semana de transcurrida la agresión sexual, la valoración física y genital se debe orientar a documentar el tamaño y color de cualquier tipo de herida o cicatriz en



cualquier parte del cuerpo. Igualmente, se registrará cualquier lesión en proceso de curación y cicatrices en el área genital.

Si la consulta ocurre después de una semana de la agresión sexual, y no hay contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas, ni síntomas, hay poca indicación para un examen pélvico. Sin embargo, un examen físico general, genital y anal efectuado cuidadosamente en este tipo de personas, seguido por la explicación de que todo se ha encontrado sin alteraciones, puede resultar tranquilizador y con gran valor terapéutico para quien ha sobrevivido a una experiencia de violencia sexual. Debe también documentarse la edad gestacional, en caso de víctimas que resulten o estén previamente embarazadas.

*-En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal.

*-En los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de estas, en el examen detallado del escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal.

INDISPENSABLE

*-Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por este, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración.

*-Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados, tanto en el periné anterior, como en el área anal.

2.5.4.PARTE D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual

Diagnóstico clínico específicamente relacionado con el evento de violencia sexual sufrido

Estos diagnósticos deben ser realizados de acuerdo con las características documentadas sobre la agresión sexual, que ha motivado la consulta. El diagnóstico siempre debe ser registrado tanto en la **Historia Clínica**, como en el **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)**, a modo de diagnóstico principal. Los códigos del CIE - 10 a utilizar se relacionan en la siguiente tabla:

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
T74.2	Abuso sexual
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
Y05.1	Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial
Y05.2	Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
Y05.3	Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo
Y05.4	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras
Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción
Y05.7	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado
Y05.9	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado
Z08.8	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción

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

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

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

Diagnósticos clínicos de la esfera física

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

Diagnósticos de lesiones de causa externa

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

- » Sospecha de maltrato físico: 9
- » Sospecha de abuso sexual: 10
- » Sospecha de violencia sexual: 11
- » Sospecha de maltrato emocional: 12

2.5.5. KIT de Profilaxis Post-exposición en víctimas de violencia sexual

Con el objetivo de dar cumplimiento al Protocolo para el Abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud, los Establecimientos de Sanidad Militar deben tener (en farmacia o urgencias) el KIT completo de Profilaxis post-exposición en víctimas de abuso sexual, para personas adultas y para niñas y niños, incluyendo el listado de elementos que debe contener y sus fechas de vencimiento.

A continuación se exponen las recomendaciones para el contenido y almacenamiento del kit post-exposición, contempladas en el Instructivo para el uso del Kit de Profilaxis Post Exposición para VIH, ITS y Anticoncepción de Emergencia en Víctimas de Violencia Sexual.³⁶

PARA VÍCTIMAS CON MENOS DE 30 KG DE PESO				
TIPO DE PROFILAXIS	COMPOSICIÓN	SUGERENCIA DE CONTENIDO	CANTIDAD	TIEMPO DE PROFILAXIS
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	ZIDOVUDINA Susp. 10 mg / ml	5 frascos por 240ml	4 semanas
		LAMIVUDINA Susp. 10 mg / ml	3 frascos por 240ml	4 semanas
		LOPINAVIR / RITONAVIR Susp. 80/20 mg/ml*	2 frasco por 160 ml	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la Hepatitis B*		3 dosis	Completar esquema
	Inmunoglobulina G contra Hepatitis B*		Según peso de la víctima	Completar esquema
Profilaxis de otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, Linfogranuloma venéreo,	CEFUROXIMA, Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml	1 frasco	Dosis única
		AZITROMICINA, Suspensión 200mg/ 5ml, Fco x 15 ml	1 frasco	Dosis única
		METRONIDAZOL, Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml	1 frasco	Dosis única
	Jeringa de 10 cc para administración de los medicamentos en suspensión		1	
Anticoncepción de Emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonorgestrel x 0.75mg	2 tabletas	Dosis única
PRUEBA RÁPIDA PARA VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2		2	
PRUEBA RÁPIDA PARA HB	Prueba rápida de Antígenos de Superficie para HB		1	
PRUEBA RÁPIDA DE EMBARAZO	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica		1	

Tabla 12. Kit Profilaxis Post Exposición para VIH, ITS y Anticoncepción de Emergencia en Víctimas de VS con menos de 30 KG de peso, MPS, 2012

*Por requerir refrigeración, el Lopinavir / Ritonavir en Suspensión, las Vacunas para HB y la Gamaglobulina para HB deberán mantener la cadena de frío, pero con garantía de acceso a las mismas, dentro de las 72 horas después de haber ocurrido la violación.

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

Tabla 13. Kit De Profilaxis Post Exposición para VIH, ITS y Anticoncepción de Emergencia en Víctimas de VS con más de 30 KG de peso, MPS, 2012

2.6. PASO 6: TOMA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NECESARIAS PARA EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA VÍCTIMA EN LA EVALUACIÓN INICIAL

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

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

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es prerequisite para el inicio de las profilaxis contra ITS-VIH/SIDA en las primeras 72 horas. La prueba de toma de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual. En cualquier niña o niño menor de 14 años, así como en Niñas, Niños y Adolescentes NNA, entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, son indicativos de violencia sexual. La presencia de Chlamydia o Trichomona resulta altamente sugestiva de violencia sexual.

Teniendo en cuenta que existen algunas variaciones en cuanto al tipo de pruebas que han de ser solicitadas, en virtud del

momento de consulta de la víctima y el tipo de victimización sufrida, se plantean los siguientes casos:

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

INDISPENSABLE

- Se soliciten todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente.
- Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual o explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes(ESCNA) que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o un contacto de riesgo.
- Siempre debe ser solicitada una asesoría para prueba de VIH, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH.
- Para víctimas de otros tipos de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se realizará la asesoría para prueba de VIH practicada por personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH.
- En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes.

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

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNA que consultan entre cuatro y cinco días después de la

agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual que consultan con la misma temporalidad (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

INDISPENSABLE

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

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

Independientemente del tipo de agresión sexual sufrida o del momento de consulta después de esta, la médica o médico debe solicitar todos aquellos exámenes diagnósticos que sean necesarios según la condición clínica de la víctima, con el objetivo de garantizar una atención integral en salud con calidad. En todos los casos, en la historia clínica se debe dejar registro tanto de la solicitud como de los resultados e interpretaciones de las pruebas realizadas.

2.7. PASO 7: ASEGURAR PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA ITS DURANTE LA CONSULTA INICIAL POR SALUD

Realizar profilaxis sindromática para ITS según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual.

INDISPENSABLE

- Realizar la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual.
- Usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección.
- Aplicar la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. El SSFM tiene la obligación de proveer la vacuna contra hepatitis B

a los pacientes víctimas de violencia sexual. La gamaglobulina antihepatitis B se aplica si se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria. Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas.

- Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.
- Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad.

2.8. PASO 8: ASEGURAR PROFILAXIS PARA VIH/SIDA DURANTE LA CONSULTA INICIAL POR SALUD

2.8.1. Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

INDISPENSABLE

*-Está indicada SIEMPRE en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión.

*-Está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan dentro de las primeras 72 horas) cuando se verifique que la prueba inicial es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.³⁷

2.8.2. Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual

INDISPENSABLE

*-En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

*-Calificación del Riesgo para VIH/Sida para decidir suministro de Profilaxis en casos de abuso sexual crónico o ESCNNA que consultan en las 72 horas posteriores al contacto de alto riesgo.

³⁷ Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.*



Riesgo considerable para la exposición al HIV³⁸	Riesgo insignificante para la exposición al HIV
Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo	Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca, u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo
Con: Sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre	Con: Orina, secreciones nasales, saliva, sudor o lágrimas si no están visiblemente contaminadas con sangre
Cuando: Es conocido que el agresor está infectado por HIV	Cuando: Si se conoce o sospecha la situación de HIV del agresor

Tabla 14. Riesgo de exposición al HIV. Fuente: Tomado MPS, 2012

La toma de exámenes de laboratorio no es pre requisito para iniciar la profilaxis descrita, a excepción de la prueba de VIH antes de iniciar tratamiento profiláctico con ARV.

2.9. PASO 9: SEGUIMIENTO VIH/ITS EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL SEGUIMIENTO VIH/ITS EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL

- Realizar seguimiento a las ITS a los 15 días con control clínico, revisión de exámenes y tratamiento, revisar resultados de VIH y Hepatitis B.
- A los 30 días control clínico (valoración de flujo vaginal y uretritis).
- Vacuna para Hepatitis B.
- Hacer solicitud de la prueba de control de VIH.
- Realizar prueba de embarazo según el cuadro clínico.
- A los 3 meses pruebas de VIH.
- A los 6 meses realizar control de VIH, VDRL y aplicar la tercera dosis de vacuna contra hepatitis B.

2.10. PASO 10: ASEGURAR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y ACCESO A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

2.10.1. Durante las Primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

INDISPENSABLE

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

*-La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual. No hay ningún daño reportado en la mujer, o el feto, durante el embarazo, si se usan anticonceptivos de emergencia en mujeres que ya están embarazadas.

38 Fuente: CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Antiretroviral postexposure prophylaxis after, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations for the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54 (N RR-2): p.8. Traducción propia.

Esquema Anticoncepción de Emergencia Hormonal	
Anticoncepción de Emergencia (AE)	Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1.500 microgramos (dos tabletas juntas)
Profilaxis para Embarazo	La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo Se requiere realizar seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente lo decide, garantizar la IVE

Tabla 15. Esquema Anticoncepción de Emergencia Hormonal. Fuente: Tomado MPS, 2012.

2.10.2. Después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual

INDISPENSABLE

- Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo (asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA u otros tipos de violencia sexual), puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo pueda ser usado por la paciente (Ver: Resolución Número 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social).
- Suministrar la información sobre el derecho a la IVE; esta no debe estar supeditada a un resultado positivo en la prueba de embarazo, pues hace parte de los derechos que tienen que ser explicados a la víctima al inicio de la atención, y todo el equipo que atiende víctimas de violencia sexual debe estar en capacidad de darla.
- La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que esta acuda a los servicios de salud y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, trata de personas con fines de explotación sexual, y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

La **interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** es una opción de las mujeres frente al embarazo resultante de violencia sexual, de acuerdo con la **Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional Colombiana**, la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual. El tiempo máximo indicado para efectuarse son cinco días corridos entre la solicitud y la realización de la misma a cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer ese derecho (Anexo 6).

La **Sentencia T-209 de 2008** contempla que la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 años o menos que solicite una IVE, es una formalidad pues se presume que fue víctima de violencia sexual y en estos casos **NUNCA** se debe retrasar la realización de la IVE solicitada en espera de una denuncia. Así mismo, se especifica en las **Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006** que la decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE, pero ella la solicite.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

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

Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual

***-Recepción:** el tiempo de espera debe ser breve incluso sin cita previa, solo se debe interrogar acerca de los datos de identificación de la persona, no es necesario pedir a la víctima que relate lo sucedido.³⁹

³⁹ Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*.



***-Información inicial:** un profesional debe brindar a la paciente información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente, transmisión de confianza, aceptación y certeza de que será atendida en sus necesidades. Se explican los pasos a seguir, y se realiza la programación de consulta médica y psicológica ese mismo día (si se trata de una víctima en crisis debe ser conducida primero a la valoración psicológica y desde allí, ser acompañada a la consulta médica). Se requiere definir qué tipo de ayuda ha pedido y de quién la ha recibido previamente.

***-Consulta Médica:** Requiere una duración mayor que otras consultas médicas. Se debe saludar empáticamente y proporcionar el nombre. En privado preguntar a la víctima si desea que su acompañante (si lo tiene) esté presente en la valoración. No se debe permitir la presencia de personas extrañas o las interrupciones durante el examen, **evitar hacer contar nuevamente todo lo sucedido**. Preguntarle cómo se siente en ese momento. Efectuar una toma de antecedentes médicos relevantes, revisar los exámenes médicos que traiga y sostener una conversación tranquila con la víctima mientras se le atiende, repitiéndole constantemente que no es culpable por lo sucedido.

Explicar desde el inicio el tipo de examen que se realizará así como el uso del espéculo o del examen bimanual, si es necesario, indicar cómo acomodarse en la mesa de examen. Si acepta que se realice un examen ginecológico, ser especialmente cuidadoso. Tal examen está orientado primordialmente a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, es prioritaria la IVE, por lo cual este tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso), o establecer si debe ser derivada a otro nivel de atención en salud o red externa contratada prestador de servicios de salud.

Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser obligada pues este no es un prerrequisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a la ecografía para establecer edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento. Solicitar de rutina los siguientes exámenes: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos a seguir.

***-Orientación por profesionales de salud mental o ciencias sociales:** Esta orientación debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticia en temas de salud sexual y reproductiva y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Quien atiende debe ser una persona amable, cálida y empática.

El espacio de la consulta debe ser agradable y confidencial, sin presencia de familiares al menos al inicio de la entrevista, luego si la paciente lo desea, puede permitirse el acceso de un acompañante que ella quiera tener cerca. En caso de niñas, niños y adolescentes en este segundo momento de entrevista debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor, si ha sido violencia sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona en la entrevista siempre debe contar con el asentimiento informado de la niña, niño o adolescente. No se deben permitir las interrupciones.

La actitud debe ser de escucha activa, respetando el ritmo narrativo de la víctima, desculpabilizando y sin ir más allá de lo que la consultante pueda manejar con facilidad. Debe familiarizarse a la víctima con posibles reacciones emocionales y su manejo acorde con recursos internos.

Igualmente, se valorarán las redes de apoyo y los riesgos de revictimización. Debe informársele sobre sus derechos, en particular a la IVE, junto con otras posibilidades ante el embarazo, y respetar las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ningún sentido.

***-Remisión y articulación interinstitucional:** si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida para IVE en el ESM donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de complejidad, se le deben facilitar todos los trámites administrativos, soportes de información y acompañamiento necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o trabajo social). Debe evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la IVE durante el proceso de remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser resuelta en los cinco días siguientes a la petición inicial y se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada.

***-Información, autonomía y consentimiento informado:** Las mujeres víctimas de violencia sexual que solicitan una IVE deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos a realizar, riesgos y efectos para su salud y su

vida. Esta es una condición irrenunciable para solicitar la firma del consentimiento informado.

***Procedimientos de IVE:** La guía de IVE construida por la OMS indica diferentes tipos de procedimientos recomendables según la edad gestacional. Debe ofrecerse métodos para manejo del dolor acordes con las características clínicas de la paciente, operar la cadena de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento, brindar cuidados de recuperación posteriores al procedimiento durante 30 - 40 minutos, programar una cita post - procedimiento para 7 – 15 días después de este. Debe hacerse la notificación y reporte de los casos, acogiendo los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

***Control y seguimiento:** El objetivo es evaluar la salud general de la mujer, verificar la ausencia de complicaciones posteriores al procedimiento, y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial. En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Cuando se sospeche una falla del tratamiento o un aborto incompleto, se debe confirmar. Si se detecta una complicación debe iniciarse inmediatamente el tratamiento. La asesoría anticonceptiva es esencial en el seguimiento y siempre debe hacer parte de la atención. Si la mujer aún no ha iniciado un método anticonceptivo, debe ofrecérsele en este momento.

2.11. PASO 11: ASEGURAR UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INICIAL ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA

La atención integral de la salud mental en una víctima de violencia sexual involucra un conjunto de acciones iniciales que no requieren necesariamente el concurso de profesionales expertos en salud mental y posteriormente, si se debe proporcionar dicha atención por psicólogos y/o psiquiatras a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se requieran para asegurarlo, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad.

2.11.1. Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud⁴⁰

Recepción empática y no revictimizadora: por parte del personal de salud (de planta o a contrato) del ESM o

red externa contratada que tengan contacto con la víctima. Se requiere que TODO el personal que labora en los ESM tanto administrativo como asistencial, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional.

Primeros auxilios psicológicos: Se hace indispensable que las personas profesionales en medicina, demás personas profesionales y técnicas implicadas en la atención inicial en salud de la víctima de violencia sexual estén entrenadas para brindar los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

Los **Primeros Auxilios Psicológicos en la fase inicial** son brindados por el equipo médico de **urgencias** (de planta o a contrato) que recibe el caso, con el objetivo de facilitar la adherencia al tratamiento y posterior recuperación emocional de la víctima. El médico de urgencias debidamente entrenado debe efectuar la evaluación inicial en salud mental y el manejo de los riesgos de auto y heteroagresión que encuentre en la víctima. Siempre se debe realizar una interconsulta médica especializada de urgencias con el psiquiatra, o el psicólogo clínico o con entrenamiento en clínica, con el objetivo de garantizar el cubrimiento de los aspectos especializados de la atención clínica inicial en salud mental.

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

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

- Orientación y apoyo a la víctima en torno a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
- Apoyo inmediato durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervenciones por el personal de enfermería.
- Evitar la culpabilización de la víctima.
- No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
- Explicar sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.
- Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
- Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.
- Activar estrategias y rutas de protección.
- Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de



urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

2.11.2. Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial en el ESM o Red Externa Contratada

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

Intervención en crisis: debe ser realizada por un médico-psiquiatra o psicólogo debidamente entrenado en psicoterapia breve. El objetivo es reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, y la búsqueda de soluciones viables ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica especializada en salud mental, que sea oportuna y de calidad, la cual hace parte integral de la atención en la urgencia médica derivada de una victimización sexual.

Hace parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual, se debe realizar en un contexto tranquilo y privado puede ser un consultorio u oficina destinada para dicho propósito, tiene una duración aproximada de 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima. Es necesario dar continuidad al tratamiento psicológico, si el profesional que brindó esta primera intervención no continúa con la prestación del mismo, debe realizar el empalme con el profesional que va a brindar la psicoterapia por consulta externa. La terapia breve puede ser desarrollada en un formato de entre 1 y 10 sesiones, atendiendo a las necesidades de cada víctima y las posibilidades del contexto.

De acuerdo con las características de la víctima, su disposición y posibilidad de acudir a una psicoterapia, y las características del profesional que atiende y del contexto de ayuda en que actúa, al finalizar la primera sesión de psicoterapia breve podrá disponerse que:

- Esta sea la única sesión que se realizará, remitiendo desde allí a la víctima para continuar con una atención interdisciplinaria por parte del equipo de salud mental.
- La primera de una serie de hasta 10 sesiones, centrada en solución de problemas.
- Referir o no la persona a continuar atención interdisciplinaria por equipo de salud mental.
- Detectar la necesidad de iniciar algún tipo de farmacoterapia específica por presencia de una psicopatología instaurada de la cual se conoce que el pronóstico mejora a partir de un abordaje bimodal combinando psicoterapia más farmacoterapia específica.
- Si el profesional es psiquiatra, deberá iniciar de inmediato la medicación necesaria, explicando su uso como un elemento más dentro de las estrategias de afrontamiento indicadas. Si se trata de un psicólogo, deberá efectuar la misma resignificación de la farmacoterapia, derivando para continuar manejo conjunto o exclusivo por médico psiquiatra, de acuerdo con las circunstancias que rodean a cada caso.

ACCIONES Y ACTITUDES NO TERAPÉUTICAS QUE DEBE EVITAR DURANTE LA CONSULTA

- Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención.
- Aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión.
- Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona.
- Fingir que se ha comprendido, cuando no es así.
- Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal.
- Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella.

Derivación a intervención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental o dar continuación de psicoterapia breve por psiquiatría o psicología

Una vez terminada la primera consulta por psicoterapia breve realizada dentro del contexto de la atención médica de urgencia para la víctima de violencia sexual, el médico psiquiatra, el psicólogo clínico deben decidir si la víctima requiere ser derivada a la consulta externa para continuar un proceso de psicoterapia breve por psiquiatría y/o psicología, o si requiere que se le remita directamente para atención integral en salud a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental, en un contexto ambulatorio u hospitalario.

Sobre el rol diferencial de psicólogos pertenecientes a diversos sectores implicados en la Atención Integral de la Víctima de Violencia Sexual		
SECTOR SALUD	SECTOR PROTECCIÓN	SECTOR JUSTICIA
Profesionales en psicología clínica o psicólogos con entrenamiento en el área clínica, son las personas encargadas de brindar psicoterapia a las víctimas, razón por la cual su campo de acción está en los contextos clínicos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo fundaciones o asociaciones expertas, así como organizaciones y misiones humanitarias expertas.	Los psicólogos sociales realizan acciones de salud pública en salud mental y valoración psicosocial a las víctimas y sus familias, verificación de derechos, y pueden brindar primeros auxilios emocionales, así como efectuar identificación de recursos individuales y de la red familiar y social, referencia a servicios especializados y seguimiento al restablecimiento de derechos. Su campo de acción está en el sector de protección del ICBF, Comisarías de Familia, Centros de Atención y programas de salud pública, entre otras.	Los psicólogos forenses o jurídicos, encargados a solicitud de la autoridad competente de la presentación del testimonio de las víctimas a través de la entrevista forense, tienen como campos de acción al Instituto de Medicina Legal, la Policía Judicial y los CAIVAS y en ausencia de estos últimos en el ICBF y en las Comisarías de Familia.
Cualquiera de estos profesionales puede ser llamado a juicio para dar su concepto sobre la atención y las conclusiones de la atención que llevó a cabo con la víctima, hablando desde su experticia.		
Ninguno de estos profesionales debe negarse a asistir a un juicio, pues siempre y cuando declare sobre lo que conoce desde su perfil profesional, puede estar aportando elementos valiosos al juez para determinar que la mujer, la niña, el niño o adolescente es una víctima de violencia sexual. Su declaración debe estar basada en su área de experticia (social, clínica o forense) y no debe contestar preguntas sobre la culpabilidad del acusado o la veracidad del testimonio de la víctima		

2.12. PASO 12. PLANEAR LOS SEGUIMIENTOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LA VÍCTIMA

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

Es importante tener en cuenta el consentimiento previo de las víctimas adultas para hacer su búsqueda activa en caso de que no se presenten a los seguimientos. Este consentimiento o desistimiento informado debe quedar establecido en el contacto inicial, y registrado en la historia clínica. En los niños, niñas y adolescentes, es obligatoria la búsqueda activa ante pérdida del caso en los seguimientos.

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

2.13. PASO 13. DERIVAR HACIA OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD REQUERIDOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La atención integral en salud de una víctima de violencia sexual puede requerir el concurso de otros profesionales adicionales de acuerdo a sus necesidades clínicas. De manera rutinaria debe contemplarse, como mínimo, la remisión a los siguientes profesionales:

- Profesionales de la salud o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.
- Profesionales de la salud debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA.
- Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogos) expertos en psicoterapia breve con víctimas de violencia sexual, así como equipos interdisciplinarios especializados en salud mental que brinden otro tipo de atención integral requerida con posterioridad a la psicoterapia breve.
- Otros médicos especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.



2.14. PASO 14. DERIVAR HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA SEXUAL

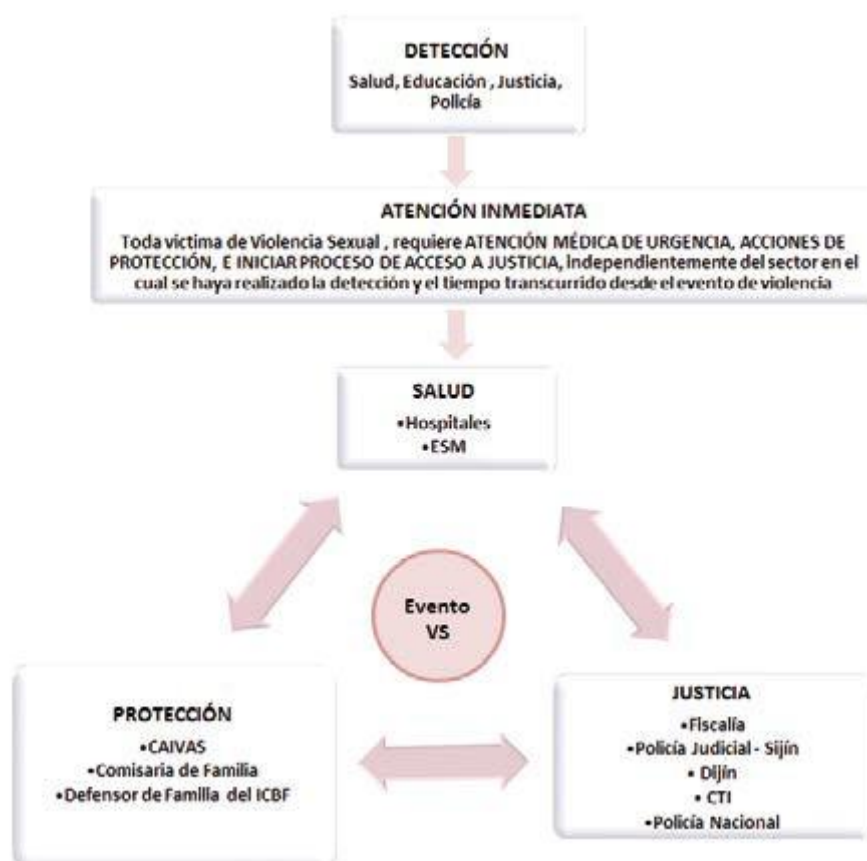


Figura 14. Ruta de Atención Víctimas de Violencia Sexual.

Si el caso es identificado en primera instancia por el sector salud, es decir, ante la revelación directa o la detección de casos de violencia sexual, este sector debe **activar inmediatamente al Sector Protección**, con el fin de dar inicio al proceso de restablecimiento de derechos y que se tomen las medidas de protección integral a las que tienen derecho las víctimas de violencia sexual, y de manera simultánea, **activar el Sector Justicia**, con el fin de dar continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia.

En casos excepcionales, cuando por razones de seguridad las derivaciones a justicia o protección pongan en peligro la posibilidad de prestar los servicios de salud requeridos, la vida de la víctima o de los prestadores de salud, por ejemplo, cuando se atiende a víctimas en contextos fuertemente afectados por el conflicto armado interno, el personal de salud puede cumplir con el deber de informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre los casos sin necesidad de efectuar denuncias formales, mediante el reporte anónimo efectuado a las sedes centrales del ICBF o la

Fiscalía en Bogotá, en donde se indique el tipo de victimización encontrada, el lugar de ocurrencia, y datos generales sobre la víctima (por ejemplo, edad y sexo), de modo que nadie quede expuesto a nuevas victimizaciones.

2.15. PASO 15. EFECTUAR LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA SEXUAL QUE CORRESPONDAN

2.15.1. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes (SIVIGILA)

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

2.15.2. Registro en los RIPS

Diligenciar en los RIPS el correspondiente código de “lesiones por causa externa”, se debe registrar en los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y además, completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de modo que el caso quede adecuadamente caracterizado. Una vez registrado como **diagnóstico principal** aquel que mejor describa el tipo de victimización sexual sufrida según los listados CIE - 10 presentados en el Paso 5 del presente protocolo (por ejemplo, anotando en el campo de diagnóstico principal el código Y05.0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”), se debe caracterizar tanto el contexto de ocurrencia de la victimización sexual empleando los campos correspondientes a **diagnóstico relacionado** (por ejemplo, registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65.5 “Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades”, si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno o el código Y07.0 si ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión del esposo hacia la esposa o el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posible), como indicando otros diagnósticos clínicos asociados al principal de violencia sexual en los restantes campos de diagnóstico relacionado ²⁷.

2.16. PASO 16. REALIZAR LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDA POR EL SECTOR SALUD

La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles

programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.

Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.

2.17. PASO 17. EFECTUAR UN ADECUADO CIERRE DE CASO

El médico general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento ambulatorio del caso de violencia sexual es el responsable de efectuar el cierre de caso. Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos obtenidos.

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

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



CAPÍTULO 4

PROCESOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y POR TRABAJO SOCIAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

El tratamiento directo a las víctimas de violencia está principalmente indicado ante la presencia de síntomas que interfieren negativamente en su cotidianidad y/o situación de crisis (salida del hogar, proceso judicial, etc.). Es una etapa importante al permitir trabajar, en las diferentes áreas buscando reducir al mínimo los efectos negativos de la experiencia. Debe ser diseñado de acuerdo a un proceso de evaluación individual que incluya en profundidad un análisis de las problemáticas que manifiesta la persona en ese momento bajo un ambiente empático transmitiendo una disposición total de ayuda.

Los objetivos del tratamiento deben enfocarse en torno a:

- Potencializar las habilidades y fortalezas que posean las víctimas para orientar su estilo de vida y facilitar el reconocimiento de oportunidades que existen en su contexto social para prevenir futuras recaídas.
- Estabilizar la sintomatología activa a corto y mediano plazo.
- Favorecer la elaboración e integración de la experiencia abusiva y abordar las consecuencias traumáticas de la situación de violencia.
- Favorecer la elaboración de los sentimientos de culpa en la víctima y fomentar el sentimiento de seguridad emocional.

- Incrementar o establecer comportamientos adaptativos y reducir o eliminar conductas mal adaptativas.
- Fortalecer estrategias de afrontamiento, que favorezcan la recuperación de la víctima
- Fortalecer redes de apoyo, generando mecanismos que se adapten a las diferentes circunstancias de vida
- Estimular la Expresión de sentimientos, pensamientos y/o emociones, frente al evento traumático.

Se hace necesario abordar paralelamente a los familiares cercanos de la víctima y debe considerarse como una extensión del tratamiento del paciente; a continuación los aspectos a intervenir:

- Descripción de la dinámica del tratamiento y sus componentes.
- Fortalecimiento del propio afrontamiento emocional, que favorezca el acompañamiento y atención de la víctima.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento como: expresión y validación emocional, comunicación asertiva, pérdida/duelo, pautas de crianza.



Tanto las víctimas de violencia como sus familiares pueden presentar cambios con diversas manifestaciones biopsicosociales, incluso en ocasiones éstos últimos pueden llegar a manifestarlas de manera más intensa que la de la propia víctima especialmente cuando es un menor de edad. Entre los principales síntomas, se encuentran:

TIPOS	SÍNTOMAS	PERIODO EVOLUTIVO		
		Infancia	Adolescencia	Adultez
FÍSICO	Problemas del sueño: pesadillas, insomnio, somnolencia	X	X	X
	Pérdida de control de esfínteres: enuresis, encopresis	X		
	Respuestas fisiológicas	X	X	X
	Cefaleas	X	X	X
	Dolor muscular	X	X	X
	Fatiga		X	X
CONDUCTUAL	· Cambios en los hábitos de alimentación: hiporexia, alimentación compulsiva, anorexia, bulimia	X	X	X
	· Consumo de drogas o alcohol		X	X
	· Hostilidad y agresividad	X	X	X
	· Conductas auto lesivas o suicidas	X	X	X
	· Conductas hipo/hiperactivas	X	X	X
	· Bajo rendimiento escolar/laboral	X	X	X
	· Pataletas o rabietas	X	X	
	· Regresión en conductas	X	X	
	· Dificultades sociales	X	X	X
	· Rechazo al baño diario	X		
	· Rechazo a quitarse la ropa	X		
	· Escapadas del colegio, trabajo, hogar	X	X	X
	· Conducta antisocial		X	X
	· Oposición hacia las figuras de autoridad	X	X	X
	· Problemas de concentración, atención y memoria	X	X	X
	· Fobias	X	X	X
COGNITIVO	· Pensamientos intrusivos	X	X	X
	· Flashbacks	X	X	X
SEXUAL	· Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad	X	X	
	· Masturbación compulsiva	X	X	
	· Excesiva curiosidad sexual	X	X	
	· Conductas exhibicionistas	X	X	X
	· Agresión sexual hacia otras personas	X	X	X
	· Rechazo a las caricias, besos o al contacto físico	X	X	X
	· Problemas de identidad sexual	X	X	X
SOCIAL	· Déficit en habilidades sociales	X	X	X
	· Retraimiento	X	X	X
	· Aislamiento	X	X	X

2. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Los tratamientos terapéuticos utilizados en niños y en adultos son similares; las diferencias radican principalmente en adaptación del procedimiento a la edad y características del paciente; aspectos que determinarán el papel directivo del terapeuta.

Inicialmente el terapeuta debe realizar una introducción en donde se presenta, explica la dinámica del tratamiento y sus componentes en un lenguaje claro y acorde a la edad y nivel cognitivo; a través del establecimiento de una relación de confianza y empatía se busca incrementar la motivación y favorecer la participación activa del paciente en el proceso.

El tratamiento se puede orientar en dos aspectos:

2.1. Reestructuración cognitiva

La ocurrencia del evento puede provocar en la víctima distorsión en la percepción de la realidad y creencias irracionales acerca de su capacidad de afrontamiento. Se considera oportuno intervenir en:

- Expresión emocional
- Identificación de pensamientos distorsionados
- Atribuciones.
- Reevaluación Cognitiva.
- Modificación del pensamiento.
- Resignificación del proyecto de vida.

2.2. Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento

El afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas o internas que aparecen y generan ansiedad y estrés. Ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida y síntomas de enfermedad, actúa como regulador de la perturbación emocional.⁴¹ Se considera oportuno intervenir en:

- Exposición gradual.
- Psicoeducación.
- Medidas de seguridad.
- Entrenamiento en relajación muscular progresiva y control de la respiración.
- Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol.

- Entrenamiento en asertividad.
- Actividades gratificantes.
- Fomento de redes de apoyo.

La Resolución 459 de 2012⁴², emite algunas recomendaciones a ser tenidas en cuenta durante el proceso psicoterapéutico

- Abordar todas las dimensiones al momento de la evaluación, incluyendo al sistema familiar y redes de apoyo cercanas.
- Redefinir el motivo de consulta y la demanda, visualizando posibles soluciones al problema.
- Enfocarse en el presente y el futuro, no en el pasado.
- Resaltar que la violencia obedece a características del contexto cultural y social, y se enmarcan en relaciones de poder.
- Enfocarse más en los recursos que en los déficit.
- Enfocarse sobre las posibilidades reales de solución y no sobre situaciones hipotéticas.
- Enfocarse en la particularidad del caso.
- Tener en cuenta la etapa del ciclo de vida individual y familiar, y el contexto social en que se produjo el acto violento.
- Contemplar y fortalecer los recursos disponibles en los distintos contextos involucrados en la solución de los problemas identificados en torno a la violencia.

3. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

3.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir al restablecimiento de los derechos vulnerados de las víctimas de violencia sexual a través de acciones terapéuticas integrales, intersectoriales que posibiliten la resignificación de los eventos traumáticos, favoreciendo el restablecimiento de factores protectores, la promoción de la resiliencia individual y familiar y prevención de nuevas situaciones de violencia sexual.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover medidas de Protección a niños, niñas, adolescentes o adultos víctimas.
- Facilitar acciones necesarias para la atención del caso mediante la coordinación intersectorial, incluyendo reportes, trámites de remisión entre otras.



- Coordinación Interdisciplinaria que garantice la adherencia al tratamiento.
- Orientar al grupo familiar frente a derechos y deberes.
- Apoyar a las familias en situación de crisis.
- Promover la reorganización de la familia, de manera protectora para la víctima.

3.3. VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL POR TRABAJO SOCIAL

Recepción Caso

Direccionamiento del caso

El profesional de trabajo social de acuerdo a la interconsulta, revisará la historia clínica por motivo de consulta, registrará la información demográfica exacta de la víctima, su composición, dinámica familiar y las redes externas.

Dentro de la orientación el profesional de Trabajo Social, activa los sectores justicia y protección indicando a la víctima sus derechos, deberes y gestiones que debe realizar para denunciar la violencia.

SECTOR JUSTICIA	
FISCALÍA	UNIDADES DE REACCIÓN INMEDIATA (URI)
• Recibe, denuncia e investiga judicialmente • Ordena pruebas (Policía judicial- CTI) • Solicita diagnóstico a Medicina Legal • Realiza visita a la escena • Ordena medidas de protección, inclusive atención en servicios especializados • Orientación a la víctima • Dispone judicialización y captura a la persona agresora • Investiga • Al recepcionar el caso con un informe del sector salud o protección, la evaluación del caso parte de éste para no revictimizar al usuario ni duplicar acciones institucionales • Investiga los delitos contra la vida, integridad personal, autonomía personal, la familia y la libertad, integridad y formación sexual • CAVIF	• Recibe, denuncia e investiga judicialmente en la localidad en la que se encuentra domiciliada la víctima • 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. • Las URI brindan servicio permanente los 365 días del año durante las 24 horas del día con unidades ubicadas estratégicamente en el país; dichas 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
COMISARÍA DE FAMILIA	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
• Tiene autoridad de policía judicial (apoya al fiscal, investiga, compila pruebas, captura y adelanta la iniciativa) • Recibe denuncia • Practica rescate para darle fin a situaciones de peligro • Brinda atención en crisis con equipo psicosocial • Remite a salud para la atención de urgencias • Remite el caso a Fiscalía • Solicita dictamen a Medicina Legal • Toma medidas de protección • Apoya a la familia y acompaña a las víctimas • Realiza investigación sociofamiliar • Remite y gestiona atención en servicios especializados • Realiza seguimiento del caso	POLICÍA JUDICIAL CTI, DIJIN, SIJIN
	• Realiza diagnóstico, recomienda otros exámenes o activaciones en materia de salud • Remite resultados a la Fiscalía • Acompaña técnicamente al sector salud en las capacitaciones
	• Apoya al fiscal, Investiga, compila pruebas, captura y adelanta la iniciativa

SECTOR PROTECCIÓN	
ICBF	COMISARÍA DE FAMILIA
• Identifica o recibe el caso de violencia en menor de 18 años y madres gestantes • Realiza investigación sociofamiliar • Remite y gestiona atención de servicios especializados: nutrición, psicología, trabajo social y educación en salud • Verifica garantía de derechos • Brinda atención en crisis • Hace remisión a salud • Gestiona de inmediato la atención ante Fiscalía • Acompaña y apoya a la víctima • Toma medida de restablecimiento de derechos • Realiza seguimiento del caso • Representa en actuaciones judiciales y administrativas cuando no esté presente o carezca de representante legal	• Las mencionadas anteriormente

Todo caso de violencia debe ser reportado por el Establecimiento de Sanidad Militar (ESM) a las autoridades competentes, aunque la víctima se niegue a hacer la denuncia. Si existe notificación del caso a una autoridad competente se deja soporte en la historia clínica. Las instituciones a las que se debe contactar e informar del posible caso de violencia en un municipio son: Fiscalía, Policía Judicial (CTI, URI). En los lugares donde no hay Policía Judicial estas funciones las asume la Policía Nacional.

POLICÍA NACIONAL
• Prestar la ayuda necesaria a personas e instituciones en caso de que se requiera la acción inmediata por inminente peligro • Lleva a la persona afectada por Violencia Intrafamiliar VIF, hasta los centros asistenciales más cercanos • Acompaña a la víctima hasta un lugar seguro o hasta su hogar para el retiro de las pertenencias personales en caso de considerarse necesario para su seguridad • Recibe denuncia, remite a Fiscalía y solicita diagnóstico a Medicina Legal • Protege la escena del delito • Apoya a las demás autoridades • Para evitar la comisión de una conducta punible por actos de violencia, maltrato o agresión, la policía está facultada para: » Acompañar a la víctima a un lugar seguro y protegido o hasta su casa para retirar sus pertenencias » Captura a la persona sorprendida en flagrancia y ponerla inmediatamente a disposición de la autoridad judicial correspondiente » Penetrar en un domicilio previa autorización de cualquiera de sus moradores » Allanar un domicilio en caso de flagrancia sin orden escrita de autoridad judicial.



3.4. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

El desarrollo de la intervención de trabajo social es un proceso organizado, dirigido, individual o familiar, que tiene como fin propiciar un cambio social, mejorando o transformando la situación actual de violencia. De ahí que el trabajador social interviene en tres niveles:

- **Intervención Preventiva:** en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- **Intervención de riesgo:** cuando se detecta una situación que puede ser riesgo para la familia o el individuo, implementando estrategias para minimizarlo y favoreciendo factores protectores.
- **Intervención en crisis:** cuando se identifica el problema, establecimiento de un proceso que permita la reorganización o estancamiento de la atención prestada.

Independiente de cuál nivel de intervención se esté desarrollando, es importante establecer las siguientes características desde el quehacer del trabajador social:

- Propiciar en el usuario su responsabilidad en la búsqueda de soluciones.
- Generar empatía con el usuario.
- Establecer el consentimiento como base fundamental en la intervención.
- Ser conscientes de las potencialidades de la situación.
- Tener el contexto social de la familia, presente a la hora de establecer un concepto profesional.
- No censurar o culpabilizar al usuario.
- Acompañar y orientar en forma permanente al usuario.

3.5. Etapas de la intervención

Evaluación: permite situar al profesional en la realidad social y familiar en la que se encuentra el usuario. A partir de la identificación de la situación se verifica los factores de riesgo y protección existentes, así como las capacidades protectoras, los recursos profesionales, su red natural y de apoyo.

Durante la intervención familiar el Trabajador Social en su abordaje en situaciones familiares contempla a la familia en su globalidad. En ocasiones dicha intervención se realiza directamente con un solo miembro de la unidad familiar, ante la imposibilidad de realizarlo con todos, pero nunca se pierde la referencia del grupo y la visión de todo él. Lo anterior teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Manejo de expectativas respecto a lo ocurrido y el tratamiento a seguir. Siempre debe transmitirse a los familiares y víctima el mensaje de que la víctima de abuso

sexual tendrá la capacidad y la posibilidad de recuperarse y en caso de ser niño/niña que se desarrollará normalmente hasta convertirse en un adulto sano, en la medida en que se adelante el debido proceso de intervención y se garantice la continuidad del mismo.

- Factores de Riesgo (historia de abuso, falsas creencias, distorsiones cognitivas, pautas de crianza, etc.) presentes en los familiares protectores.

Definición del problema: es importante poner nombre y apellido a la situación, definir el entorno familiar, sin tergiversar y esconder la trascendencia social y legal de la violencia, así mismo en esta etapa se conocen los daños físicos, psíquicos y sexuales que se pueden estar produciendo en el usuario. Al mismo tiempo, en el momento que comienza a verbalizar y elaborar lo que está sucediendo, el profesional debe ir identificando las posibilidades de cambio orientados al cumplimiento de los objetivos trazados y de los resultados esperados, sin embargo el proceso es importante.

Tratamiento psicosocial: es importante establecer el quehacer del profesional de trabajo social en un contexto abierto y de intervención conjunta con otras disciplinas, los contenidos abordados durante el proceso de apoyo social:

- » Área personal (autoconcepto, autoestima y habilidades personales).
- » Área relacional (relaciones interpersonales e integración en el entorno social).

Objetivos específicos en la intervención de la violencia

- *-Contribuir al análisis del problema.
- *-Fomentar en el usuario la motivación, para que sea agente de propio cambio.
- *-Potenciar el desarrollo de habilidades para afrontar la situación.
- *-Apoyar durante todo el proceso la toma de decisiones.
- *-Favorecer una adecuada utilización de los recursos institucionales.

La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados. En el caso de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, el psicólogo, trabajador social o personal de enfermería, contactará telefónico y/o domiciliario al paciente, por definirse la Violencia como evento prioritario para la salud pública.

CAPÍTULO 5

PROCESO DE CADENA DE CUSTODIA

1. OBJETIVO

Unificar criterios de funcionamiento de la cadena de custodia mediante la estandarización del procedimiento garantizando atención inicial a la víctima de cualquier tipo de violencia, con la debida forma de ejecutar y controlar el sistema de referencia oportuna al siguiente nivel de atención.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar al equipo de salud y cada uno de los involucrados para ejecutar las actividades en forma secuencial, ordenada y segura.
- Describir lineamientos básicos para el desarrollo de la primera atención del sistema de cadena de custodia, permitiendo un mejor desempeño y confiabilidad de quienes tengan contacto con los elementos materia de prueba o evidencias físicas.
- Regularizar y estandarizar la ruta de comunicación con la Policía Judicial, para la recepción pronta y oportuna de las evidencias.
- Efectuar comunicación con vigilancia epidemiológica para la notificación del caso, a través del reporte en SIVIGILA.
- Puntualizar la forma en la que se debe disponer de los elementos para la toma, embalaje y rótulo adecuado de evidencias, de igual manera el completo diligenciamiento de los formatos que fueron adoptados de registro: historia clínica, hoja de cadena de custodia y los formatos que se han adoptado de ficha SIVIM (Sistema de vigilancia Médica).
- Establecer mecanismos de capacitación continua y periódica para todo el personal que haga parte en la atención equipo de salud y administrativo.
- Verificar que la remisión sea adecuada y efectiva para la continuidad terapéutica que requiera el caso (violencia sexual, delitos sexuales y/o violencia intrafamiliar).

3. ALCANCE

Estandarizar el procedimiento de cadena de custodia en el nivel I de atención, que permitirá constituir un referente, para que sea aplicado de manera homóloga en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares; teniendo en cuenta que todo

inicia en el primer momento o lugar donde llegue el usuario y se recauden o encuentren los elementos materiales probatorios y evidencia física y finalizando por orden de la autoridad competente.

4. JUSTIFICACIÓN

Este procedimiento tiene como fin que la atención a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares cuenten con una adecuada prestación de servicio de salud frente a situaciones punibles, en donde los profesionales que intervengan en el ejercicio tengan un lineamiento a seguir frente a la aplicabilidad de la cadena de custodia, recolección y embalaje de los elementos materia de prueba (EMP) o evidencia física (EF) que se encuentren en el momento de la atención, si se requiere de una referencia a un nivel mayor de atención se tenga claridad de todo el procedimiento a seguir y las implicaciones legales que tengan estos casos.

5. DEFINICIONES

5.1. CADENA DE CUSTODIA

Procedimiento que permite mantener la autenticidad de los elementos de prueba o evidencias físicas, desde la recolección hasta la disposición final; aplicando las condiciones de identidad, integridad, preservación, seguridad, continuidad y registro de los mismos. Se inicia en el lugar donde se obtiene, encuentre o recolecte elemento físico de prueba y finalizará en la autoridad competente.

5.2. REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA

Registros documentados durante el desarrollo del procedimiento de cadena de custodia. Y verificación de estado y condiciones originales del material físico y probatorio.

5.3. ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA (EMP) O EVIDENCIA FÍSICA (EF)

Son todos los materiales y objetos (sólidos, líquidos y gaseosos) relacionados con una conducta punible que pueden servir de prueba o seguimiento en una actuación penal. Estos pueden incluir armas, proyectiles, huellas, prendas de vestir, fluidos orgánicos, vellos, cabellos, fibras, cuerdas, documentos, dinero,



drogas, sustancias, instrumentos cortantes o contundentes, documentación originada de la aplicación del sistema de cadena de custodia, entre otros.

5.4. EMBALAJE

Es el procedimiento técnico, utilizado para preservar y proteger en forma adecuada los elementos materia de prueba y evidencia física hallada y recolectada.

5.5. EMBALAR

Disponer de la forma más conveniente dentro de bolsas de papel, cajas, o el tipo de envase que se requiera los objetos que se transportarán.

5.6. ROTULADO

Registro escrito de la evidencia e indicio que se va a levantar. Generalmente es con autoadhesivo y se adhiere al embalaje. Esta operación se realiza sobre el contenedor de la evidencia e indicio, de modo que sea identificada de forma inequívoca. La rotulación debe realizarse después del embalaje, a fin de evitar errores por confusión. Las muestras remitidas al laboratorio, deben llevar etiquetas con la mayor cantidad de información que tenga relación con la evidencia e indicio o con el hecho punible, considerando como mínimo los siguientes datos los cuales deberán quedar registrados en el formato de etiquetamiento.

- Fecha, lugar y hora.
- Número de la carpeta.
- Número de evidencia e indicio.
- Descripción de las evidencias e indicios.
- Responsable del levantamiento.
- Responsable del embalaje.
- Responsable del traslado.

5.7. INDICIO

Elemento material que se encuentra en el lugar de la investigación, en la víctima o en el imputado, que pueda tener una relación directa con el hecho que se investiga. Los indicios pueden ser aportados de forma directa a las autoridades.

6. PROCEDIMIENTOS EN SALUD

- Realizar la atención médica al momento que el usuario o víctima haga el ingreso al servicio de urgencias o consulta externa.
- Una vez se haya identificado una posible conducta punible asociada con las alteraciones de salud por la que ingresa el paciente al servicio se deberá obtener el consentimiento informado (documento obligatorio) para recolección de elementos materia de prueba (EMP) o evidencia física (EF).
- El médico (de planta o a contrato) será quien explique el procedimiento a seguir para obtener (EMP) o (EF), además del consentimiento informado; el auxiliar de enfermería (de planta o a contrato) del servicio es quien deberá realizar la recolección de los elementos siguiendo las indicaciones médicas. (Formulario de listado de los intervinientes).

7. PERSONAL QUE DEBE CUSTODIAR

Mientras se hace entrega de los EMP (elemento materia de prueba) o EF (evidencia física) a la Policía Nacional o primera autoridad del lugar, el Establecimiento de Sanidad Militar Red externa contratada hará la custodia de estos, garantizando las condiciones de seguridad y preservación necesaria, previamente embalados, rotulados y con registro de cadena de custodia. Se realizará llamada telefónica al 123, Policía Judicial, CTI, DIJIN, SIJIN que corresponda por cercanía; para la oportuna recuperación de evidencia.

8. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO

8.1. MANEJO DE ROPA

- La recolección se deberá hacer con guantes, por separado cada prenda.
- No se deberán realizar cortes, ni rasgar al momento de retirar las prendas de vestir, mayor cuidado donde se evidencie que hay rastros de paso de proyectil de arma de fuego, armas cortantes, punzantes, contundentes u otros elementos como fluidos sangre, semen u otras sustancias impregnadas en la ropa.
- Evitar contaminarlas con soluciones propias de los procedimientos de la atención en salud (solución salina, jabones, soluciones yodadas, etc.) a presuntas víctimas.
- Preservar las prendas de vestir retiradas del paciente con el fin de evitar contaminación ubicándolas en lugar separado de la camilla o mesa donde se atiende al paciente.

- En el caso en que las prendas se encuentren húmedas, se deberán dejar secar antes de embalar, de no contar con el tiempo para que se sequen se deberá cubrir con papel nuevo y limpio, cada prenda por separado y posteriormente guardarla en una bolsa plástica con un rótulo que diga: EMP (elemento material de prueba) MOJADO.
- En el caso de realizar la referencia a un nivel superior de atención se debe dar continuidad al registro de cadena de custodia de todos los EMP o EF.
- Entregar las muestras biológicas a la Policía Judicial o a la primera autoridad del lugar que haya conocido del caso con el registro de cadena de custodia.

8.4. MANEJO DE ARMAS CORTANTES, PUNZANTES Y CONTUNDENTES

8.2. MANEJO DE CABELLO, VELLO Y FIBRAS

- La recolección se deberá realizar con pinzas y guantes, todo deberá hacerse por separado.
- Estas evidencias se deberán encontrar secas al momento de embalar.
- No doblar ni cortar los cabellos o vellos.
- No se deberá poner ninguna de estas evidencias o elementos en cinta u otro objeto pegante.

- Se debe recuperar del herido o víctima las prendas y los elementos cortantes, punzantes, contundentes o cualquier otro objeto con el que se haya agredido o lesionado.
- Embalar los objetos recuperados en cajas de cartón o icopor, asegurándolos con un cordón o fibra resistente que permita la fijación del elemento. Sellar la caja.
- Rotular y marcar con la identidad del herido, número de historia clínica, fecha, hora y características del elemento recuperado al igual que su lugar de recuperación. Debe llevar el nombre, apellido, cédula de ciudadanía y registro médico de quién recupera y de quién embala el EMP o EF.
- Registrar en la historia clínica o epicrisis la recuperación del EMP o EF.

8.3. MANEJO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

- La toma de muestra se realizará con guantes y el instrumento pertinente para la correcta recolección.
- Tomar muestras de sangre, frotis vaginal, entre otras, de acuerdo a las características de cada caso.
- Rotular y marcar las muestras con la identidad del paciente, número de historia clínica, fecha y hora. Nombre completo y cédula de ciudadanía de quien embala.
- Registrar en la historia clínica o epicrisis la recuperación de las muestras biológicas.

8.5. DOCUMENTOS QUE INTERVIENEN

- Historia clínica o epicrisis.
- Formato de referencia.
- Consentimiento informado para el proceso de cadena de custodia (Anexo 5).
- Rótulo del EMP o EF (Anexo 5).
- Registro de cadena de custodia (Anexo 5).

9. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EN MATERIA DE CADENA DE CUSTODIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR

Observación: el personal de Salud que realice los procedimientos debe ser de planta o a contrato del ESM o Red Externa Contratada.

PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN MATERIA DE CADENA DE CUSTODIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR /RED EXTERNA CONTRATADA		
	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Atención en el servicio de prioritaria, consulta externa a la persona lesionada o víctima como consecuencia de un posible delito debe ser CLASIFICADO COMO UN TRIAGE I	*Enfermera coordinadora del TRIAGE *Médico tratante
2	Prestar los servicios médicos asistenciales tales como: * Atención médica, examen físico, diligenciamiento de la historia clínica junto con el consentimiento informado una vez se identifique que puede haber una conducta punible asociada a alteraciones de la salud para la autorización de recolección de muestras o procedimientos para la obtención de EMP o EF (Realiza los procedimientos orientados a la obtención de muestras y el diligenciamiento de los formatos anexos en este procedimiento para el examen físico)	* Médico tratante * Auxiliar de Enfermería * Bacterióloga



	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3	En caso de requerirse la atención en un nivel mayor de complejidad debe registrar el formato de referencia, dejar una copia en la historia clínica y continuar con el procedimiento establecido para la remisión de pacientes	*Médico tratante
4	Si se requiere traslado seguir el protocolo de traslado de pacientes a la red externa desde la solicitud de la autorización, comentando el cuadro clínico con el especialista, coordinación con la central de autorizaciones de la IPS, informar al paciente y/o familia sobre las condiciones del traslado, verificar, comprobar y adjuntar la documentación necesaria del paciente	*Médico tratante, Enfermera jefe y/o coordinador de referencia y contrarreferencia * Auxiliar de enfermería realiza comunicaciones
5	Si se ha recolectado EMP o EF, los embala, rotula y les inicia registro de cadena de custodia para ser entregado a la Policía Judicial o a la primera autoridad del lugar Participar y colaborar en la recolección de los EMP utilizando normas de bioseguridad tales como guantes, tapabocas, gafas, bata antifluido y gorro Una vez el médico tratante haya obtenido muestras biológicas como sangre, orina, frotis vaginal o anal entre otras, debe rotularlos y enviarlos de forma inmediata al laboratorio clínico para su análisis, junto con el formato de continuidad de cadena de custodia diligenciado	*Médico tratante * Auxiliar de enfermería
6	Dar aviso a la autoridad competente de inmediato al 123, Policía Judicial o autoridad competente donde se ubique el Establecimiento de Sanidad Militar, dando aviso de la ocurrencia de eventos de carácter delictivo o de violencia. (Violencia intrafamiliar, agresión sexual y otros tipos de agresión). Este procedimiento debe informársele a la víctima y a su acompañante. Igualmente debe ser registrado en la historia clínica	* Cadena de custodia (Auxiliar de enfermería) *Médico tratante
7	Registrar en la evolución de la historia clínica los elementos materia de prueba que fueron recolectados	*Médico tratante.
8	Realizar los procedimiento de diligenciamiento de los formatos que se adoptaron de registro de cadena de custodia, registro de continuidad de los elementos de materia de prueba o evidencia, registro del formato que se adoptó de rótulo de elemento materia de prueba o evidencia, embalaje y rotulación de los EMP o EF Los formatos deben ser diligenciados con esfero de tinta negra, letra clara, legible, sin tachones ni enmendaduras, registro en orden de día mes año y hora sin generar copias Debe existir una descripción por separado de cada elemento materia de prueba o evidencia física	* Cadena de custodia (Auxiliar de enfermería) *Médico tratante
9	Se debe tener contacto con el funcionario de la autoridad competente que responde al requerimiento y se deben registrar los datos de identificación del mismo para estar en comunicación y seguimiento al caso. Estos deben ser consignados dentro de la historia clínica del paciente y en el formato rótulo de cadena de custodia	Coordinador designado para el procedimiento del inicio de cadena de custodia (Enfermera Jefe) *Médico tratante
10	En caso de requerir almacenamiento transitorio de los EMP o EF inmediatamente se debe garantizar el lugar de conservación y la seguridad del mismo. No debe permanecer más de 48 horas en el establecimiento de Sanidad Militar Al ser entregado el EMP por la enfermera jefe al funcionario delegado como custodio debe diligenciarse el formato de continuidad de cadena de custodia y registrar el hecho en un libro destinado para tal fin	Oficial de servicio o coordinador nombrado por orden del día para la función de custodio
11	Entregar los EMP o EF a la autoridad competente dejando registro tanto en el formato de continuidad de cadena de custodia como en el libro destinado para tal fin	Oficial de servicio o coordinador nombrado por orden del día para la función de custodio

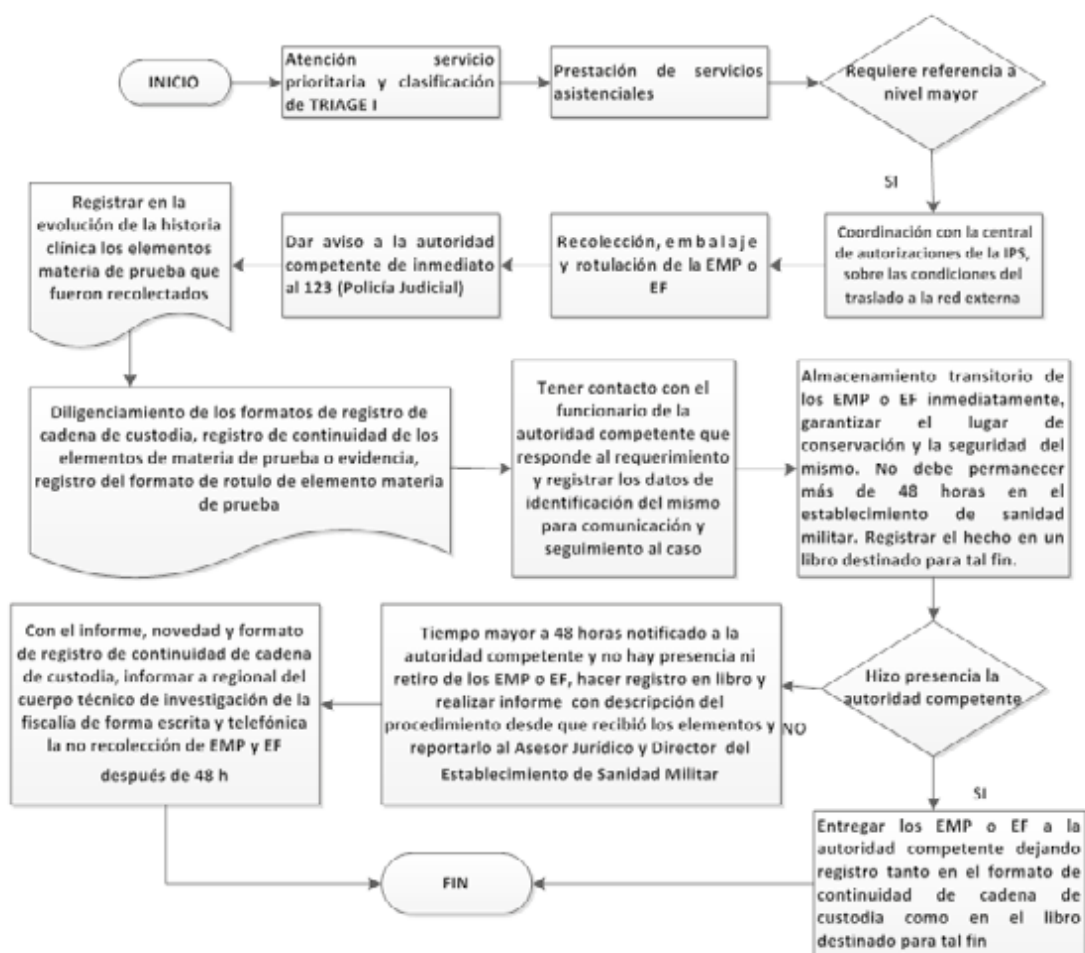


	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
12	Si ha transcurrido un tiempo mayor a 48 horas después de la notificación a la autoridad competente y esta no ha respondido o no ha retirado los EMP o EF, deberá registrarlo en el libro para tal fin, realizar un informe con la descripción del procedimiento desde el momento que recibió los elementos y reportarlo al asesor jurídico y director del establecimiento de Sanidad Militar	Oficial de servicio o coordinador nombrado por orden del día para la función de custodio
13	Una vez obtenido el informe y haber recibido la novedad junto con el formato de registro de continuidad de cadena de custodia, deberá informar ante la dirección regional del cuerpo técnico de investigación de la Fiscalía, de forma escrita y telefónica el hecho de que los EMP o EF no hayan sido recolectados después de 48 horas a pesar de haber hecho la notificación anteriormente. Luego de obtener respuesta por escrito se deberá continuar con el procedimiento que disponga la autoridad competente. Lo anterior debe registrarse en el libro de cadena de custodia	Asesor jurídico.

10.

FLUJOGRAMA

FLUJOGRAMA CADENA DE CUSTODIA



BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía Mayor de Bogotá - Fondo de Población de las Naciones Unidas, Consejo Distrital para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual (2004) "Lineamientos para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual", Bogotá.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, (s.f). "Procedimiento de Cadena de Custodia".
- American Association of University Women, (2001) "Hostile Hallways: Bullying, Teasing, and Sexual Harassment in School". Washington, D.C.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). "Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General" A/61/122/Add.1
- Claramunt, C. (1999). Mujeres maltratadas y guía para la intervención en crisis. Documento OPS/OMS.
- Consejo Distrital para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual (2004) "Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual". Alcaldía Mayor de Bogotá - Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá, 62 p.
- Consortio para el Cuidado de la Salud Reproductiva en los Conflictos, (2002) "Bosnia and Herzegovina", If Not Now, When?: Addressing Gender-based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-Conflict Settings, p. 81. Citado en UNIFEM, Hechos y cifras sobre la paz y la seguridad.
- Courtois, C., Ford, J., & Cloire, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. In Christine, A. C., & Julian, D. F. (Eds). Treating complex traumatic stress disorders (pp.82-103). NY, U.S: The Guilford Press
- Del Río González, E. (s.f). El acoso sexual como conducta delictiva en Colombia. Disponible en: https://docs.google.com/Doc?id=dc2skt32_18fbbwh7dv&pli=1 Citado de: 26/11/11.
- Departamento Administrativo de Bienestar Social. (2006). Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual. Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Dirección General de Empleo, Relaciones Industriales y Asuntos Sociales, (1998). "Sexual harassment at the workplace in the European Union", p. iii, Bruselas, Comisión Europea. Citado en
- Echeburúa, E., Corral. P. (s.f). Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1996). Tratamiento Cognitivo- Conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. Análisis y Modificación de Conducta, 22, 627-654. Equipo de Salud Mental Hospital del Sur E.S.E. (2003) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", p. 56.
- Ferdinand, D. L. (2009). A Manual for Integrating the Programmes and Services of HIV and Violence Against Women", p. 14, Nueva York, Development Connections y UNIFEM.
- Forensis, (2012). Instituto Nacional de Medicina Legal. Bogotá
- Greve, W. y Staudinger, U.M, (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging. En D. Cicchetti y A. Cohen (Eds.). Developmental psychopathology (2nd. Ed., pp. 796-840). New York: Wiley.
- Hospital del Sur E.S.E. (2003) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", Bogotá. p. 56.
- ICITAP (2008) Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SATAC (RATAC, Finding Words), Colombia.
- Iguarán A., M; Otálora G, J; Mora Q., Z. (s.f.) Fiscalía General de la Nación. Bogotá.
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009) Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Versión 3. 172 p.

Jagori y ONU Mujeres (2010). Informe sobre la encuesta de referencia. Disponible en: http://jagori.org/wp-content/uploads/2011/03/Baseline-Survey_layout_for-Print_12_03_2011.pdf

Karkal, M. (1985). How the other half dies in Bombay. Economic and Political Weekly. Lipchik, E. (2004) “Terapia Breve Centrada en la Solución”. Buenos Aires, Amorrortu, p. 320.

Mayordomo, R. M, (2013). Afrontamiento centrado en el problema y la emoción. Mayordomo, R. M, (2013). Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital. Valencia. Tesis Doctoral para optar por el título de Doctor en Psicogerontología.

Mondragón G., y otros. (2008). Intervención de Trabajo Social en las rutas de atención de la Violencia Intrafamiliar en cuatro (4) Instituciones Públicas de las localidades Santafé, Mártires y Ciudad Bolívar en Bogotá, D.C. Universidad de La Salle, Facultad de Trabajo Social. Bogotá, D.C.

Moreno R., S.; Zambrano R., H.; Varela B., J.; Cantor W., L... (s.f.). Protocolo para el Abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud.

MPS, (2012). Instructivo para el uso del Kit de Profilaxis Post Exposición para VIH, ITS y Anticoncepción de Emergencia en Víctimas de Violencia Sexual. Colombia

MPS, (2012). Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas. Bogotá. MPS, (2000). Guía de atención a la mujer maltratada.

MPS, (2000). Guía de atención al menor maltratado.

MPS - UNFPA. 2010 Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Legis. S.A. Bogotá. MPS - UNFPA. (2011) “Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”.

MSF - OCBA, (2010) Protocolo de consulta única y consejería en salud mental. Colombia.

Naciones Unidas sobre la situación de los Derechos Humanos en Rwanda, (1996). Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Rwanda. Naciones Unidas, Nueva York.

National Center for Injury Prevention and Control, (2003) Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States, p. 2, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.

OMS, (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.

OMS, (2012). “Mutilación genital femenina: Nota descriptiva No. 241”, Ginebra.

OMS, (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud.

ONU, (2014). Mujeres: Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas.

ONU – Hábitat, (2006). State of the World's Cities 2006/2007, p. 144, Nairobi.

ONUSIDA, (1999), AIDS: 5 years since ICPD: Emerging issues and challenges for Women, Young People & Infants”, p. 11, Ginebra. OPS - OMS. (s.f.). Guía de Diagnóstico y Manejo Parte II: Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono).

OPS, (s.f.). Protocolo de atención a la niñez maltratada. Colombia.

OIT, (2012). “ILO Global Estimate of Forced Labour: Results and Methodology”, p. 14, Ginebra. OPS – OMS (2003) Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington.

Osorio, I.; Santana R., L. (s.f.); “Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia”; Fiscalía General de la Nación.

OXFAM (2010) Encuesta de violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Colombia. 30 p.

PAHO/WHO (2002) Serie Género y Salud Pública, Violencia Sexual basada en Género y Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo

- Piñeros, S (2010) "El niño agresivo". 20 p.
- Sareen, J. Pagura y B. Grant, (2009). Is Intimate Partner Violence Associated with HIV Infection among Women in the United States?. *General Hospital Psychiatry*, 31(3), p. 277, Manitoba.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2008) "Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud". Bogotá. Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). 138 p.
- Talmon, M (1990) "Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter", San Francisco. Jossey – Bass Inc, p. 146.
- The National Council to Reduce Violence against Women and their Children, 2009, The Cost of Violence against Women and their Children, p. 4, Canberra, Commonwealth of Australia.
- Tonón, G. y otros.(2005). Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social. Argentina: Espacio.
- UNISALUD. (2010). Instructivo para la Atención de Casos de Maltrato y Violencia Sexual . Medellín.
- Valdizan, H. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Vol- VII. No. 1. Junio 2006. Pág. 33-39.
- Vanderschueren, F. 2000. "The Prevention of Urban Crime". Artículo presentado durante la Cumbre de Ciudades Africanas de 2000, Windhoek, Namibia.
- Velásquez, S (2003) "Violencias Cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar". Barcelona. Ed. Paidós. P. 334.
- Walby, S. 2004, The Costs of Domestic Violence, p. 12, Leeds, Dependencia para la mujer y la igualdad y Universidad de Leeds.
- World Health Organization/ United Nations High Commissioner for Refugees (2004). "Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons". 76 p.
- World's Women 1990, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, Nueva York, citado en Black, M. 2001. "Early Marriage: Child Spouses". *Innocenti Digest* Vol. 7, Florencia: 11 y Pinheiro, P. S. y J. Ward. 2008. From Invisible to Indivisible: Promoting and Protecting the Right of the Girl Child to be Free from Violence: 29. Naciones Unidas, Nueva York.
- Zeig, J (2004) "Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas", Buenos Aires, Amorrortu.



CODIGO: MDN-CGFM-PROGESA-DGSM-MA.33-2

