

Atención integral en salud mental para víctimas de ataques con agentes químicos

Gloria del Pilar Cardona Gómez
Laura Franco Cian
Martha Isabel Dallos Arenales

Atención integral
en salud mental
para víctimas de ataques
con agentes químicos

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque

Rectora: María Clara Rangel Galvis

Atención integral en salud mental para víctimas de ataques con agentes químicos

© Gloria del Pilar Cardona Gómez
© Laura Franco Cian
© Martha Isabel Dallos Arenales

Primera edición, mayo de 2020
ISBN: 978-958-739-199-2 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-198-5 (Digital)

Editor: Miller Alejandro Gallego Cataño
Coordinación editorial: Nicolás Darío Cuevas Alvear
Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello
Corrección de estilo: Andrés Felipe Carrillo Alvear

Hecho en Bogotá D.C., Colombia
Vicerrectoría de Investigaciones
Editorial Universidad El Bosque
Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A, 6.º piso
+57 (1) 648 9000, ext. 1395
editorial@unbosque.edu.co
www.unbosque.edu.co/investigaciones/editorial

Impresión: Image Print Limitada
Julio de 2020

Esta publicación resultado de investigación, original e inédita, ha sido editada conforme a los parámetros establecidos por el sello Editorial Universidad El Bosque. Ha sido evaluada por dos pares académicos bajo la modalidad doble ciego y cumple en su totalidad con los criterios de normalización bibliográfica que garantizan su calidad científica y sus aportes al área de conocimiento respectiva.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad El Bosque.

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución n.º 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Acreditación institucional de alta calidad: Resolución 11373 del 10 de junio de 2016, MEN.

362.83 C17a

Cardona Gómez, Gloria del Pilar

Atención integral en salud mental para víctimas de ataques con agentes químicos / Gloria del Pilar Cardona Gómez, Laura Franco Cian, Martha Isabel Dallos Arenales -- Bogotá: Universidad El Bosque, 2020

140 p.; 16 x 24 cm

Incluye tabla de contenido, índice y referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-739-199-2 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-198-5 (Digital)

1. Víctimas de crímenes -- Compuestos químicos -- Salud mental 2. Víctimas de crímenes -- Atención primaria de salud 3. Delitos contra la mujer -- Salud mental 4. Víctimas de crímenes -- Compuestos químicos -- Legislación 5. Protección de víctimas I. Franco Cian, Laura II. Dallos Arenales, Martha Isabel III. Universidad El Bosque. Vicerrectoría de Investigaciones.

NLM WM 101 C17a

Fuente. SCDD 23ª ed. NLM -- Universidad El Bosque.
Biblioteca Juan Roa Vásquez (Julio de 2020) - RR

Atención integral en salud mental para víctimas de ataques con agentes químicos

Gloria del Pilar Cardona Gómez

Laura Franco Cian

Martha Isabel Dallos Arenales



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Editorial

Agradecimientos

Este libro es el resultado de dos años de investigación realizada en el marco del proyecto «Violencias de Género y Salud Pública», del grupo de investigación de Psicología Social, Organizacional y Criminológica de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque. Queremos agradecer el apoyo brindado por parte de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad El Bosque, el Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología y a nuestras estudiantes, quienes dedicaron tiempo y esfuerzo para la construcción de este libro. También queremos dar las gracias a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, a su Director, al Coordinador del Equipo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos y al grupo de la Línea de Violencias de Género, tanto por el apoyo técnico brindado, como por invitarnos a participar y a apoyar activamente la construcción de la Ruta Integral de Atención en Salud para víctimas de violencias por ataques con agentes químicos, en el marco de la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS). De igual manera, agradecemos a la Secretaría de Despacho de la Secretaría Distrital de la Mujer y a su equipo técnico de la Dirección de Eliminación de Violencias Contra las Mujeres y Acceso a la Justicia, por apoyarnos desde el inicio del proyecto y permitirnos incorporar los lineamientos en salud mental con enfoque psicosocial para víctimas de violencias de género contruidos desde esta institución. También, a la Dra. Marta Dallos, por sus valiosos aportes técnicos y conceptuales, y su compromiso con la elaboración del documento. Por último, queremos agradecer profundamente a Gina Potes, directora de la Fundación Reconstruyendo Rostros, sobreviviente de esta forma de violencia, quien nos abrió las puertas de la fundación para conocer a muchas otras mujeres maravillosas. A todas ellas y a sus familias, que de manera generosa y valiente nos permitieron conocer sus historias y sus experiencias, les damos infinitas gracias.

Contenido

1 Los ataques con agentes químicos
en Colombia y la atención integral
en salud mental

2 Enfoques, principios
y marco normativo

3 Ataques con agentes químicos
y salud mental

4 Guía para la atención:
constitución de un equipo
técnico en salud mental

Prólogo	12
Introducción	16
<hr/>	
Los ataques químicos: un tipo de violencia de género	26
Concepto de Violencia de género	29
Conceptos de salud mental para la atención integral en salud mental	31
<hr/>	
Enfoque de derechos	38
Enfoque psicosocial	39
Enfoque de género	41
Enfoque transformador	42
Principio de acción sin daño	44
Marco normativo	44
<hr/>	
Consecuencias de los ataques con agentes químicos	50
Respuestas en salud mental y necesidades de atención y acompañamiento de las víctimas	52
<hr/>	
Constitución de un equipo técnico en salud mental	62
Fases de atención	65
Atención en el lugar de los hechos	68
Atención prehospitalaria (APH)	72
Atención en el servicio de urgencias	75
Atención de hospitalización	86
Atención pre – alta	95
Atención Ambulatoria	100
<hr/>	
Glosario	115
Referencias	119
Índice onomástico	131
Índice analítico	137

Siglas

APH:

Atención prehospitalaria

CEDAW:

Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

CIOM:

Casas de Igualdad para las Mujeres

CRUE:

Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

EPS:

Entidad Promotora de Salud

INMLCF:

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

IPS:

Instituciones Prestadoras de Servicios

Mh-GAP:

Programa de acción para superar las brechas en salud mental

OMS:

Organización Mundial de la Salud

PAIS:

Política de Atención Integral en Salud

PAPSIVI:

Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas

RBC:

Rehabilitación Basada en la Comunidad

RIAS:

Ruta Integral de Atención en Salud

RIPS:

Sistema de Información de Prestaciones de Salud

SIC:

Superintendencia de Industria y Comercio

SGSSG:

Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIVIGILA – VG:

Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Violencias de Género

Prólogo

Cuando me pidieron hacer este prólogo sentí felicidad por el reconocimiento a mi vida y a mi labor.

Hoy soy una mujer de 43 años, lo que me lleva a recordar que han sido ya 23 años de mirarme de una manera diferente, son muchas las transformaciones físicas y emocionales por las que he pasado. Reconozco que mirarme al espejo por mucho tiempo fue devastador, y con ello fue afectada una familia entera. Pero el tiempo pasó y me invité a reinventarme junto a los míos.

Hasta hace ocho años no existía el término salud mental para mí ni para el sector salud frente a esta realidad en Colombia que son «las agresiones con agentes químicos».

El camino habría sido mucho más fácil si este lenguaje hubiera existido para muchas de nosotras y nuestros entornos. Salir del hospital después de tres meses de hospitalización y pretender que la vida continuaba fue tan duro y absurdo para mí, que muchas veces me invitaba a parar con la vida.

Hoy agradezco a Dios y a mi familia que fueran tan amorosos y dedicados, que no me permitieran caer.

Un día decidí que ya no lloraría más y que quería ser la mujer maravilla y, aunque sí lloré, hoy me siento poderosa y con propósito. Desde ese día quise salvar a todas las que al igual que yo han vivido esta experiencia, y debo reconocer que dolió y que fue fruto de muchas frustraciones, porque a quien primero debía salvar era a mí misma.

Apoyando este protocolo empecé a hablar de mi vida, a sacar todo lo que estaba represado dentro de mí y, mejor aún, a reflexionar frente a lo vivido, dejando el papel de víctima atrás; empecé a asumirme y a entender que haber sido quemada con ácido no era un impedimento para ser feliz y gozar de esta maravillosa vida que Dios me dio.

Dejé de tapar mis cicatrices y hasta aprendí a amarlas, hoy me reconozco como el agua que fluye, gracias a este trabajo y a todo lo aprendido. Decidí ser ese vaso medio lleno que siempre podrá recibir y seguir aprendiendo, desde mis propias reflexiones de vida y una buena salud mental.

Entendí que las circunstancias de la vida no definen mi camino, aprendí a ser más consciente y menos víctima, aprendí a dar sin quitarme, aprendí junto a mi familia y amigos que la vida es maravillosa, y que la responsabilidad de una salud mental consciente apoya a las sobrevivientes a reconocerse y seguir adelante. Aprendí a dejar de sobrevivir para empezar a vivir la vida que quiero y me merezco, aprendí a ser responsable de lo que permití en mi vida.

No sabía a dónde llegaría cuando emprendí el camino como líder y precursora en la defensa de los derechos humanos de esta población, y en este tiempo solo sé que gracias a ese primer paso de valor y amor propio que me di en algún momento hoy esta herramienta ha sido una inspiración para muchas mujeres que hoy siguen el camino.

Esta herramienta fue un trabajo en equipo, que invita a las sobrevivientes y sus familias a continuar con la frente en alto, entendiendo que solas(os) es muy difícil lograrlo.

Quisiera decir que no habrá más víctimas, pero a menudo llegan a Reconstruyendo Rostros nuevas historias donde la desolación y la falta de apoyo emocional reinan en la vida de estas mujeres que llevan años escondidas detrás de las víctimas, a las que se aferran. Sus vidas han transcurrido en el olvido de una sociedad insensible y un Estado sin respuestas a sus necesidades primarias (como lo estuve yo por muchos años).

Algún día un amigo me dijo «quien padece el problema, encuentra la solución». Esa solución solo la impulsa una buena salud mental.

Agradezco a la vida cada oportunidad que me ha dado, por ejemplo por traer personas como Pilar y Laura, con quienes terminé de reconocer que necesitaba tanta ayuda como las demás y que no era mi responsabilidad ser salvadora de nadie, más que de mí misma. Con ellas me sentí escuchada y no juzgada, la salud mental nos invita a reinventarnos a pesar de las circunstancias.

Agradezco por la invitación que me hicieron a creer en la importancia de una buena salud mental y por guiarme a dar ese primer paso.

Todas las víctimas que nos levantamos e hicimos parte de este trabajo somos inspiración y es ese el porqué de nuestras vidas.

Gina Potes

Introducción

En el año 2008 Colombia reconoce las violencias contra las mujeres como una violación a los derechos humanos y un problema de salud pública mediante la Ley 1257. En el 2013 reconoce por medio de la Ley 1639 que una de las formas de estas violencias es la ocasionada por ataques con agentes químicos y define las medidas de atención integral y protección de las víctimas. En 2016 robustece el marco normativo a través de la Ley 1773, en la cual se reconoce el delito autónomo de ataques con agentes químicos. Este marco se refuerza con la Ley 1971 en el año 2019, en la que se establecen medidas de protección adicionales y se prioriza el derecho a la atención en salud y la promoción del acceso al trabajo.

Por medio de la Resolución 4568 de 2014 el Ministerio de Salud adopta el *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos*, en el que se describe la prestación de servicios por parte del primer respondedor en el lugar de los hechos de la agresión, la atención prehospitalaria, las acciones a realizar en el servicio de urgencias y las acciones especializadas durante la hospitalización de la víctima. Si bien se establecen algunas directrices para orientar la atención ambulatoria, la descripción detallada de las atenciones en salud física y mental posteriores al alta hospitalaria exceden el alcance del documento. Por otra parte, aunque se plantean acciones en salud mental y se enfatiza la importancia del abordaje interdisciplinar, se describen principalmente las acciones a realizar para atender las secuelas físicas del ataque.

Teniendo en cuenta estos vacíos en los protocolos y guías de atención desarrolladas desde el sector salud, así como las voces de víctimas que exigen acciones de acompañamiento para lograr una real inclusión familiar, educativa, laboral y social, se elaboró este documento. Está dirigido a profesionales de la Salud Mental de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas adscritas a una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) en el territorio nacional. Estas tienen la responsabilidad de la atención, acompañamiento y seguimiento a las sobrevivientes de ataques con agentes químicos, sus familias y personas significativas de su entorno en las diferentes fases de atención en salud, incluida la fase de seguimiento poshospitalario por consulta externa.

Este escrito tiene el fin de establecer los procesos y procedimientos para la evaluación e intervención en salud mental con enfoque psicosocial en las víctimas y sobrevivientes, sus familias y personas significativas de sus entornos. Se brindan herramientas para el abordaje a nivel individual y familiar en todas las fases de intervención. Se establece una estrategia integral de seguimiento, rehabilitación e inclusión social en los diferentes entornos en los que se desenvuelvan desde el enfoque de derechos, de género, psicosocial y transformador. Finalmente, se describen las acciones de articulación intersectorial, que promueven el restablecimiento de sus derechos.

El documento es el resultado de dos años de investigación participativa, en el marco de un proyecto de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque con el apoyo de la Fundación Reconstruyendo Rostros, la Secretaría Distrital de la Mujer, El Hospital Simón Bolívar y con la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social. Fue ajustado con base en los resultados de un proceso que incluyó su revisión por parte de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, de la *Harvard School of Medicine* y de las instituciones que hacen parte de la Mesa Intersectorial de Ataques con Agentes Químicos. Esta investigación es el resultado de un proceso intersectoriales entre la

academia, el Gobierno nacional y local, las agencias de cooperación y las organizaciones de base comunitaria.

Las técnicas para la recolección de información sobre las necesidades en salud mental de las víctimas incluyeron la observación participante, entrevistas a profundidad y grupos focales con más de 20 mujeres sobrevivientes y sus familias. Esto permitió conocer de primera mano: emociones y sentimientos según la fase de atención en salud; los impactos a nivel familiar y en personas significativas del entorno para cada una de las fases de atención descritas; las experiencias previas de atención en salud mental, esto incluye las barreras de acceso y las buenas prácticas en salud; las experiencias y necesidades individuales para construir posiciones consensuadas sobre cuáles son las necesidades en salud mental tanto de víctimas como de familiares; los factores de riesgo y factores protectores para la salud mental; la afectación a las diversas áreas de ajuste; las estrategias propias, familiares y comunitarias empleadas para hacer frente a estas afectaciones.

El proceso de exploración sobre las necesidades en salud mental de las víctimas para establecer los procesos y procedimientos para la evaluación e intervención en salud mental se vio complementado por información recolectada a través de estas mismas técnicas con profesionales del ámbito de la salud física y mental con larga trayectoria en la atención en casos de quemaduras con agentes químicos del Hospital Simón Bolívar y con expertas en género y derechos de la Secretaría de la Mujer de Bogotá y del Ministerio de Salud y Protección Social. Por último, se realizaron tres encuentros en los que participaron profesionales de la salud junto con las sobrevivientes y sus familias.

Los resultados del análisis de la información recolectada fueron socializados con las participantes en diversos espacios y a través de un trabajo colaborativo, fueron determinadas las estrategias de evaluación e intervención en salud mental, enfocadas a la recuperación y al restablecimiento de sus derechos.

Este libro se divide en cuatro capítulos. En estos se busca describir las acciones y estrategias terapéuticas en salud mental con enfoque psicosocial que se deben realizar en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y desde los enfoques psicosocial, de género, de derechos, transformador y del principio de acción sin daño.

En el primer capítulo, titulado «Los ataques con agentes químicos en Colombia y la atención integral en salud mental» se realiza una introducción a los ataques con agentes químicos en Colombia y se describen los mecanismos de registro de la incidencia del fenómeno en el país. Se presentan definiciones sobre las violencias de género, sobre los ataques con agentes químicos como un tipo de violencia de género y se presenta el marco conceptual sobre el que se construye este documento. En él se describen conceptos asociados a la salud mental que han de ser tenidos en cuenta por profesionales que acompañan el proceso de intervención y que dan cuenta de la salud mental como un proceso dinámico y complejo.

En el segundo capítulo se especifican los enfoques y principios que han de ser tenidos en cuenta para realizar las intervenciones en salud mental. Se describe y justifica la necesidad de realizar la atención desde un *enfoque de derechos*, lo que implica el reconocimiento de los derechos y la dignidad humana. Así pues, cada una de las intervenciones que se lleven a cabo han de estar enmarcadas en estos principios: *el enfoque psicosocial*, para reconocer que las violencias generan afectaciones en diferentes dimensiones del ser humano y estas han de ser abordadas desde la integralidad, así como reconocer que las afectaciones, emociones y sentimientos están regulados por el contexto. El *enfoque de género*, que reconoce y visibiliza relaciones de poder en las que lo masculino es sobrevalorado en detrimento de lo femenino y a través del cual se plantea que las violencias de género son el resultado de procesos de discriminación y subvaloración histórica a los que están expuestas las mujeres, por lo que las intervenciones en salud mental con enfoque psicosocial basadas en el enfoque de género deben reconocer estas dinámicas

y dirigirse a transformarlas. El *enfoque trasformador*, que reconoce que cada persona tiene potencialidades, capacidades y debilidades que deben ser reconocidas y transformadas para que se puedan superar las vulnerabilidades, contribuyendo a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes. Por último, el *principio de acción sin daño*, que reconoce que no existen prácticas institucionales neutras y que, en algunos casos, estas pueden reproducir o acentuar las relaciones de poder y generar revictimización si no se actúa bajo los principios de los enfoques antes mencionados. En este apartado también se describen con detalle los avances normativos que ha tenido el país en el tema de violencias de género y específicamente frente a los ataques con agentes químicos, por esta razón se incluye una descripción de las leyes promulgadas para la prevención, atención y sanción en estos casos, así como otras resoluciones, decretos y circulares relacionadas.


En el tercer capítulo, titulado «Ataques con agentes químicos y salud mental» se exponen las necesidades y las principales consecuencias en salud mental de los ataques con agentes químicos según lo descrito en la literatura científica local y en los hallazgos obtenidos en el proceso de investigación participativa que contribuyó a la construcción de este documento y que incluyen: la sistematización de los signos y síntomas identificados por las personas sobrevivientes, sus madres y padres, hijos e hijas y demás familiares (grupos focales con víctimas sobrevivientes). Así como los signos y síntomas evidenciados por las y los profesionales expertas/os en salud mental (Hospital Simón Bolívar y Secretaría Distrital de la Mujer); las barreras de acceso encontradas; y los servicios que se requieren para el restablecimiento de su vida con proyectos en el ámbito familiar, de pareja, educativo, laboral y ocupacional, entre otros.

El cuarto y último capítulo pretende ser una guía para la intervención. En este se describe la constitución del equipo técnico en salud mental y el proceso de intervención en cinco etapas diferentes: en el lugar de los hechos, durante la urgencia hospitalaria, en

el momento de la hospitalización, una denominada fase *pre-alta*, y por último, se describen aspectos clave de la intervención durante la atención ambulatoria. En las cuatro primeras fases se establecen las intervenciones individuales y familiares a realizar por el equipo de salud mental especializado y no especializado. En la quinta fase (seguimiento o atención ambulatoria) toman protagonismo los servicios sociales y las personas significativas del entorno de la víctima para potenciar el proceso de recuperación y la incorporación en cada uno de los entornos de la vida de la persona: pareja, familia, trabajo, educación, entre otros. La construcción de este capítulo se realizó con el apoyo de varias instituciones, entre ellas el Hospital Simón Bolívar, pionero en la atención a víctimas de ataques con agentes químicos.

Con estos elementos, este libro pretende brindar las herramientas necesarias para realizar la atención y el acompañamiento desde una postura ético-humanística que sea capaz de acoger las complejidades de las experiencias derivadas del evento de violencia. Se busca evitar acciones de revictimización y de patologización proponiendo acciones y medidas en las que se tenga en cuenta a la víctima, a su familia y a su contexto. Esperamos que brinde a los profesionales de la salud mental las herramientas para acercarse a las víctimas de ataques con agentes químicos desde una perspectiva de escucha sobre sus propias necesidades. Con el fin de poder ayudarlas en el proceso de restablecimiento de su vida cotidiana, potencializando el restablecimiento efectivo de sus derechos.

1



Los ataques con agentes químicos en Colombia y la atención integral en salud mental

Los ataques químicos: un tipo de violencia de género

Los coloquialmente llamados «ataques con ácido» son una modalidad de violencia en la que se arrojan sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel de una persona con la intención de desfigurarla, mutilarla o torturarla. Sus consecuencias son físicas, psicológicas, sociales y espirituales de por vida (Berlamas, 2013).

En el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia realizó un análisis de la información de casos de ataques con agentes químicos en el país, a través de los registros del Hospital Simón Bolívar y del Instituto Nacional de Salud. Este análisis contempló los casos registrados entre enero del 2008 y julio del 2013. Se identificaron en ese entonces 366 mujeres agredidas con químicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

De los casos totales presentados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud entre los años 2012 y 2013, el 80% fueron mujeres y el 20% restante hombres. La edad promedio de las víctimas fue de 25,8 años, el 82% sufrió lesiones localizadas principalmente en cara y cuello (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Con estos hallazgos, Colombia reconoce la problemática de ataques con agentes químicos como una forma de violencia contra la mujer y crea en el año 2013 la primera Ley relacionada con la atención a las víctimas. Este mismo año se da inicio al registro de casos en los sistemas de información. Sin embargo, fue en el año 2015 cuando el Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto Nacional de Salud generaron un mecanismo de registro más específico para notificar las violencias basadas en el género: el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Violencias de Género (SIVIGE), en el que fueron incluidos los ataques con agentes químicos como un tipo de violencia de género. Con este nuevo sistema, se han registrado un total de 75 casos en el año 2015 y 35 en el año

2016. En los años 2017 y 2018 el total de casos reportados fue de 83 (50 mujeres y 33 hombres).

Panorama de los ataques con agentes químicos en Colombia

Una de las grandes dificultades que ha tenido el Estado colombiano es poder identificar el número exacto de víctimas quemadas por agentes químicos en el país, especialmente de los casos ocurridos antes del desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Violencias de Género (SIVIGE).

El Hospital Simón Bolívar proporcionaría detalles sobre las 69 víctimas identificadas entre el 1998 y el año 2012, que representan los únicos datos sobre la incidencia de estos ataques en el país previo al 2008 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)¹. De los casos registrados en este hospital, el 80% fueron mujeres con baja escolaridad, dependencia económica y emocional de sus parejas y con historias de violencia física o psicológica por parte de estas. La edad promedio de las víctimas fue de 25,8 años. El 82% sufrieron lesiones localizadas principalmente en cara y cuello. El 50% de las víctimas necesitó cirugías reconstructivas de párpados y el 31% de las víctimas sufrió ceguera de al menos un ojo. El principal agresor fue su pareja actual o expareja; y la ruptura reciente de la relación resultó ser un factor asociado al ataque (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En la mayoría de los casos, según identificaron Gaviria-Castellanos, Gómez Ortega y Gutiérrez (2015), las mujeres relatan que han sido atacadas en la calle de forma inesperada, sintieron que al-

¹ Además, el hospital proporcionó los datos que sumados a los registrados por el Instituto Nacional de Salud y analizados por el Ministerio de Salud y Protección Social darían a conocer el elevado número de casos mujeres agredidas con químicos en Colombia entre enero de 2008 y julio de 2013 (366).

guien les lanzó de frente o por la espalda un líquido que las encegueció y les produjo un dolor tan intenso que les impidió identificar al agresor. El líquido es lanzado generalmente a la cara y por escurreimiento produce lesiones en cuello y tórax. Las áreas anatómicas más afectadas son: la cara, el cuello, las manos y la zona genital. La mayoría de las víctimas requieren múltiples procedimientos reconstructivos que se prolongan por largos periodos de tiempo (Resolución 4568 de 2014).

Estas lesiones, además de ser de muy difícil abordaje y de provocar graves secuelas cicatriciales y funcionales en las víctimas, impactan de manera significativa a las familias y los contextos donde las víctimas desarrollan sus actividades diarias.

Entre el año 2014 y el 2016, el Instituto Nacional de Salud reportó un total de 474 personas quemadas con agentes químicos. Sin embargo, se encontraron dificultades para identificar el número de personas atacadas cuando se realizó el análisis de la información, ya que los registros no diferenciaban entre la quemadura por violencia y la quemadura por accidente u otras causas. De igual manera, se tuvo en cuenta la desagregación por tipo de sustancia. En el análisis realizado se encontró que en el año 2014 se reportó el mayor número de casos con un total de 283. De estos, el 42,76% fueron niños y niñas (121) y el 45,23% mujeres entre 20 a 49 años (128); del total de casos reportados en mujeres, el agresor fue su pareja o expareja en el 48% de las ocasiones. Mientras que los principales agresores de niños, niñas y adolescentes fueron sus familiares.

Teniendo en cuenta las dificultades encontradas en los sistemas de información, a partir del año 2015 el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud tomaron la decisión de registrar diferenciadamente los casos de ataques violentos en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Violencias de Género. Con este sistema de vigilancia se encontró un total de 75 casos en el año 2015 y 35 casos en el año 2016. Del total de casos para los dos años, el 61% fueron en mujeres (67) y el 39,1% en hombres (43). Durante los dos años, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes fue 43,64% y de

personas adultas 56,46%; para el caso de las mujeres, solo el 25% de los registros identificaron como agresor a sus parejas o exparejas, el 75% de presuntos agresores fueron personas desconocidas, otro familiar, un conocido/a sin ningún trato y sin información. En el año 2017, hubo un total de 54 casos, 23 hombres y 31 mujeres. En el 2018 se registraron 48 casos, de los cuales 29 fueron ataques hacia hombres y 19 a mujeres.

Concepto de Violencia de Género

Las violencias de género corresponden a cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género, que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino. Este concepto se establece entendiendo género como un estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de estos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas construcciones sociales difieren entre sociedades, culturas y se transforman en el tiempo y parten de expectativas colectivas de género que se modifican dependiendo de la condición de clase, el periodo del curso de vida y el lugar que ocupan los sujetos sociales en el ordenamiento socio-racial. Las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas; y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos (SIVIGE, 2016).

Según el artículo 11 de la Ley 1719 de 2014, se entiende por violencia el uso de la fuerza, la amenaza del uso de la fuerza, la coacción física, sexual o psicológica, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la detención ilegal, la opresión psicológica, el abuso de poder, la utilización de entornos de coacción y circunstancias similares que impidan a la víctima dar su libre consentimiento (Ley 1719, 2014). Partiendo de esta definición, el Sistema Integrado

de Información de Violencias de Género (SIVIGE) establece las siguientes categorías de análisis y clasificación de las violencias de género basadas en relaciones asimétricas de poder relacionadas con el género:

- Según características de la violencia: psicológica, sexual, física y económica.
- Según características de la víctima: características generales como sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, pertenencia étnica. Condiciones de vulnerabilidad generales como persona con discapacidad, persona víctima del conflicto armado, persona desmovilizada, persona con jefatura de hogar, persona extranjera, gestantes, habitantes de calle, persona en situación de prostitución, persona consumidora de spa. Condiciones de vulnerabilidad por ocupación como visibilidad política y comunitaria, persona trabajadora doméstica, persona campesina, persona dedicada al cuidado del hogar (sin remuneración).
- Según el ámbito de la violencia: familiar conviviente, familiar no conviviente, de pareja y expareja, amistad, comunitario, salud, escolar, laboral, institucional, reclusión intramural, instituciones de protección y sin relación.
- Según características de la persona agresora: sexo, orientación sexual, identidad de género, grupo de edad, ocupación de interés.
- Según la zona geográfica de ocurrencia: urbano, centro poblado, rural disperso, departamento, municipio, territorio colectivo, afrodescendiente, resguardo indígena.

Conceptos de salud mental para la atención integral en salud mental

La Ley 1616 de 2013 define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (p. 11).

Ha de considerarse también que la salud mental incluye las capacidades a nivel cognitivo, afectivo, emocional y relacional de un individuo o un grupo social, que les permite enfrentar y autogestionar satisfactoriamente sus procesos vitales y resolver sus necesidades personales, sociales y culturales (González y Paniagua, 2005).

En este contexto, la atención integral en salud mental tiene en cuenta las diversas esferas y necesidades de las personas, parte de la capacidad de afectar hechos concretos de su propia vida y del ambiente en el que se desenvuelve, se aleja de una concepción biomédica centrada en la psicopatología y propone acciones e intervenciones centradas en promover las potencialidades de la persona, para incidir en su vida, sus relaciones sociales y su entorno. La atención integral en salud mental enfatiza las capacidades de afrontamiento, resiliencia, empoderamiento y agenciamiento para retomar su vida con proyectos a corto y a largo plazo, acogiendo los recursos sociales que se encuentran en sus entornos para así mismo gestionarlos. Esto ayuda a reconocer las dificultades que se pueden encontrar y la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar ciertos recursos que son necesarios para fomentar la salud mental, como el acceso a la salud, políticas laborales equitativas, acceso a justicia, entornos seguros, entre otros.

Concepto de Afrontamiento

El concepto de afrontamiento se refiere a la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás, promoviendo crecimiento emocional e intelectual. El «esfuerzo» cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona es lo que se ha denominado estrategias de afrontamiento (Martínez, Piqueras, e Ingles, 2011).

El afrontamiento es un aspecto muy relevante para el funcionamiento óptimo personal y se divide en diferentes estilos y estrategias. Los estilos son predisposiciones personales que se presentan en las distintas situaciones, son estables en el tiempo y además determinan el uso de las estrategias.

Se entiende que las personas movilizan capacidades, recursos y habilidades personales y sociales mediante estrategias para enfrentar las problemáticas y situaciones que experimentan y, por lo tanto, movilizan estos recursos para contrarrestar el impacto psicosocial. De esta forma, los recursos de afrontamiento posibilitan la toma de decisiones a favor del bienestar físico y emocional, así como la ruptura de las situaciones que afectan su existencia (Martín Beristaín, 2010).

Las estrategias son procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y que pueden ser cambiantes, dependiendo de las condiciones que las desencadenen. Según Sepúlveda-Baldosa, Romero-Guerra y Jaramillo-Villanueva (2012), estas son modificables y pueden ser de dos tipos:

- *Activas*: son comportamientos relacionados al problema, análisis de las circunstancias, reflexión de posibles soluciones, estrategias de anticipación ante un desastre, control de las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social. Entre es-

tos comportamientos se encuentran:

1. Creencias y pensamientos: reflexividad, reconocimiento de capacidades y recursos, reconocimiento de derechos, identificación de sueños, deseos y esperanzas, creencias espirituales, etcétera.
 2. Prácticas: prácticas de autocuidado, organización social y familiar, independencia económica, etcétera.
 3. Relaciones: «apoyo familiar, social, de instituciones, etcétera» (Secretaría Distrital de la Mujer, 2015, p. 14).
- *Pasivas*: utilización de estrategias como retraimiento, tratar de no pensar en el problema y no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.

Concepto de Resiliencia

Tal y como lo define Rutter (citado por Cabanyes, 2010):

Resiliencia es el fenómeno por el que los individuos alcanzan resultados positivos, a pesar de estar expuestos a experiencias adversas. No representa inmunidad o impermeabilidad al trauma, sino la capacidad de recuperarse de las experiencias adversas. Tampoco constituye una resistencia a la adversidad, sino que hace referencia a la capacidad de crecer o desarrollarse en los contextos difíciles.

Según Fontaines, Palomo de Rivero y Velázquez (2015) resiliencia es «el proceso de adaptarse a la adversidad, trauma, tragedia, amenaza, fuentes de tensión significativas como problemas familiares o relaciones personales, problemas de salud o situaciones estresantes laborales o financieras» (p.166). La resiliencia no es una característica

que la gente tiene o no tiene, pues incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona. Hay factores que contribuyen al desarrollo de la resiliencia como por ejemplo contar con recursos para generar habilidades; contar con familiares o alguien externo que oriente y brinde confianza, ofreciendo estímulos y seguridad; contar con la capacidad para llevar a cabo planes realistas, tener una visión positiva de sí mismos y confianza en la fortalezas y habilidades propias. Estos factores, entre otros, fortalecen la comunicación y solución de problemas y generan la capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

Concepto de Empoderamiento

Este concepto ha sido desarrollado por las organizaciones de mujeres. Fue presentado por la red de mujeres en la Conferencia Mundial de Mujeres en Nairobi (1985) e impulsado por la Conferencia Mundial de las Mujeres de Naciones Unidas en Beijing (1995) como estrategia para alcanzar la igualdad y equidad de las mujeres. La estrategia está orientada hacia el aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones, conciencia y acceso al poder individual y colectivo, para superar las prácticas culturales y estructurales que contribuyen a perpetuar su situación de desventaja y desigualdad.

Su clave es la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos, ayudando a que los individuos tengan mayor control sobre sus vidas. Para ello, las condiciones para su desarrollo deben estar incluidas en la sociedad en la que se vive. A nivel individual, el empoderamiento es un elemento importante del desarrollo humano. Dicho proceso establece que las mujeres cuando han sido víctimas de violencias necesitan: recursos intelectuales, autoconfianza, participación en las decisiones, una red de apoyo como recursos sociales y mayor autonomía mediante recursos económicos (Casique, 2010).

Concepto de Agenciamiento

Tejada (2005) establece que el agenciamiento es la capacidad de ejercitar el control sobre el propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan factores de la vida. El agenciamiento aspira a ser una estrategia de cambio para que los individuos puedan generar modificaciones y transformaciones de sí mismos y de su ambiente. A su vez, implica un proceso sistemático que permite a las personas tener mayor control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y acciones. En síntesis, es un ejercicio que le permite a la persona tener herramientas eficaces y fortalecer cuatro dimensiones fundamentales:

- *El reconocimiento de sí mismo:* se basa en el desarrollo de habilidades para identificar, analizar y cuestionar su historia, sus fortalezas y debilidades, sus posibilidades de transformación, estilos de aprendizaje, pensamientos, relaciones interpersonales, gestión de conflictos, y su disponibilidad y direccionamiento para validarlos, modificarlos y contextualizarlos.
- *El reconocimiento del otro:* se refiere al desarrollo de habilidades para reconocer al otro en cuanto a su relación y su posibilidad de complemento e integración.
- *El reconocimiento del contexto y la historia:* se basa en el desarrollo de habilidades para reconocer la historia, la cultura y el entorno, con sus posibilidades y limitaciones como alternativas de mejora y de cambio.
- *La transformación continua en la acción:* se refiere al desarrollo de habilidades que posibiliten planear, proyectar, llevar a la acción, autoevaluar, retroalimentar, autorregular y auto-direccionar. Es importante que el individuo desarrolle competencias cognitivas y relacionales.

2

Enfoques, principios y marcos normativos

Los enfoques aquí adoptados constituyen el marco ético-conceptual sobre el que se basan las acciones para la atención integral de salud mental de las personas víctimas y sobrevivientes de ataques con agentes químicos, sus familias y personas significativas de su entorno. Los principios sustentan una intervención de salud mental que tiene en cuenta la complejidad de las causas estructurales de esta violencia y las consecuencias sobre las diversas esferas de la vida de las víctimas y por lo tanto, adopta una mirada más amplia que la biomédica; en tanto que el marco normativo provee todas las bases que guían y permiten el accionar planteado.

Enfoque de derechos

El enfoque de derechos parte de la idea de la universalidad, inalienabilidad e indivisibilidad de los derechos humanos de todas las personas, sin discriminación por razones de raza, sexo, religión, pertenencia étnica, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o condición social, entre otras. La atención integral en salud mental para las víctimas y sobrevivientes y su núcleo familiar debe contemplarse reconociendo el respeto, protección y garantía de los derechos humanos; también se entiende que estos en ningún momento pueden ser vulnerados o restringidos. Así, se debe garantizar el derecho a la vida, salud física y mental, libertad, integridad, seguridad, acceso a la justicia y a la reparación integral de las víctimas, consagrado en la Constitución Política y reglamentado en las diferentes leyes, decretos y resoluciones que se han expedido para las víctimas de ataques con agentes químicos.

Enfoque psicosocial²

El enfoque psicosocial permite reconocer que las violencias, incluyendo la violencia de género, afectan diversas dimensiones del ser humano: emocional, cognitiva, relacional, cultural, política, espiritual, laboral y económica. De este modo, se trasciende la mirada individual sobre la persona y se la comprende en relación con otros y con el contexto social y político donde se desenvuelve. Por lo cual, el fortalecimiento de sus redes de apoyo familiares, sociales e institucionales adquiere una connotación muy importante. Es decir, aborda el espacio de encuentro entre el sujeto y el ámbito colectivo, sin perder de vista la experiencia personal del individuo (Anaconda Hormiga, 2014). Un profesional de la salud tiene la responsabilidad de conocer la oferta institucional intersectorial que existe en el país. La cual le permita la activación de rutas establecidas en los territorios como la canalización a servicios complementarios psicosociales existentes en salud y en otros sectores como las secretarías de la mujer, organizaciones de base comunitaria, programas de prevención de violencias de género entre otras.

Como se expresa en el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) del Ministerio de Salud y Protección Social, este enfoque privilegia:

acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para [el] ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias. Reconoce y valida las potencialidades y

² «La estrategia psicosocial asume el enfoque y las prácticas promovidas por la psicología social crítica, la cual centra sus comprensiones y sus praxis en la relación entre los seres humanos y sus contextos sociohistóricos, profundizando en las relaciones de poder y la ideología presentes en las interrelaciones» (Secretaría Distrital de la Mujer, 2015, p. 19).

capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, p. 14).

El *Manual de acompañamiento psicosocial en las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (CIOM)* de la Secretaría Distrital de la Mujer (2015) citando a las autoras Rodríguez, Rapacci y Nensthiel, define el acompañamiento psicosocial como:

un proceso de interacción en el que se reconoce que los sujetos hacen parte de un entramado social y se realiza una lectura crítica de los diferentes contextos para implementar estrategias que permitan reconstruir las redes sociales y aportar en la restitución de derechos. El acompañamiento psicosocial es un conjunto de acciones intencionadas que tienen el propósito de potenciar recursos, facilitar la comprensión de los problemas y la dignificación de las personas, creando junto con ellas escenarios de cambio en términos de ampliación de las posibilidades de comprensión y actuación (p. 20).

Desde este enfoque se privilegian las intervenciones de naturaleza participativa (no asistencialista) que fomentan el empoderamiento, la autogestión en la toma de decisiones y las potencialidades de las personas implicadas, reconociendo los contextos y construcciones subjetivas para comprender la situación de las víctimas, sus familias y personas significativas. Así mismo, el enfoque psicosocial orienta a la realización de acciones articuladas con otros sectores como justicia, trabajo, protección, desarrollo social y económico, que realizan actividades para el establecimiento de la salud mental en el marco de los múltiples contextos en que se reconstruyen las nuevas identidades individuales y colectivas. Además, se establecen prácticas en relación a las creencias, normas y valores que regulan la vida social.

Enfoque de género

El enfoque de género se torna relevante en la construcción, desarrollo y evaluación de las acciones individuales y colectivas en salud mental con las mujeres víctimas y sobrevivientes de ataques con agentes químicos, sus familias y personas significativas, puesto que permite identificar, comprender, visibilizar, cuestionar y subvertir los lugares de subordinación de las mujeres y de lo femenino que se encuentran en la base de esta forma de violencia. De igual manera, implica reconocer las violencias y malestares de las mujeres dentro de lógicas sociopolíticas, culturales y económicas, no desde un orden de lo personal o psicológico tradicional en el que se tiende a psicologizar, privatizar, despolitizar, naturalizar y patologizar las violencias y malestares (Cabruja y Ubach, 2004). Desde esta perspectiva, el diseño e implementación de medidas busca favorecer su empoderamiento y autonomía. El enfoque de género permite hacer una lectura que tiene en cuenta las causas y consecuencias estructurales especialmente de las violencias contra las mujeres en nuestro contexto. La violencia se concibe como una forma de control y dominio sobre las mujeres; en especial en las relaciones de pareja.

Implementar el enfoque de género en la atención en salud mental implica que, en cualquier intervención, ya sea individual, familiar o grupal, se debe partir de reconocer la importancia de identificar y abordar las violencias vividas dentro de un contexto sociopolítico estructural. Se debe evitar culpar a las víctimas por lo ocurrido, no se debe justificar la violencia por ningún motivo y hay que comprender la violencia como una violación de los derechos humanos. También, se debe reconocer que las violencias de género son violencias simbólicas y estructurales que permean las instituciones y servicios de salud. Los profesionales de salud no pueden dudar o cuestionar los relatos de las víctimas, sus experiencias de vida e imaginarios y formas de naturalización de las violencias.

Enfoque transformador

El enfoque transformador de género supone poder visibilizar el orden desigual de género sobre el que actúan las políticas públicas y asumir que es responsabilidad de las instituciones públicas avanzar en términos de igualdad de género. Esto último como prerequisite para el desarrollo y la justicia social. Implica reconocer que las políticas no son neutrales al género y que, si no se definen acciones específicas, estas tienden a reproducir la desigualdad estructural de género (Ligero et al., 2014). Este enfoque intenta hacer visible lo invisible, apostando por la creatividad y el espíritu crítico; poner en el centro de las políticas a las personas, a mujeres y hombres, niñas y niños, e impulsar su participación en los procesos de desarrollo y toma de decisiones (Bustelo, 2015 y Escobar, 2013).

Este enfoque propone generar oportunidades de transformación de las relaciones de poder y de las desigualdades, con miras a garantizar la no repetición de las atrocidades y la inclusión democrática:

- Importancia de modificar condiciones estructurales de exclusión para impedir continuación o resurgimiento conflicto.
- Conveniencia de establecer conexión entre pasado y futuro.
- Oportunidad para combatir la precariedad democrática y la injusticia social para lograr el cumplimiento de los compromisos del Estado social de derecho y de los derechos humanos.
- Posibilidad de enfrentar diversas dimensiones de exclusión.

Este enfoque pretende restaurar no solo el estado anterior a los efectos del evento de violencia, sino que busca superar el estado de vulnerabilidad como factor causante de victimización. El enfoque propone tener en cuenta los contextos específicos, las particularidades del tipo de delito cometido, así como las potencialidades y debilidades individuales (vistas desde los factores de riesgo, vulnerabi-

lidad, protección y resiliencia) con las cuales contaban las personas al momento de ser victimizadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Desde el enfoque transformador se plantea que las reparaciones e intervenciones realizadas con las víctimas de ataques con agentes químicos, sus familias y personas significativas de su entorno, deben incluir no solo acciones que les permitan enfrentar las secuelas del daño vivido, sino también todas aquellas acciones que favorezcan la transformación de las relaciones de poder y desigualdad presentes en los ataques y que faciliten una disminución en las brechas e inequidades existentes. Las intervenciones con enfoque transformador también deben ir dirigidas a prevenir la repetición de nuevos hechos violentos, al igual que fomentar espacios de participación y autogestión que les permitan a las víctimas y sobrevivientes identificar que las violencias de género están basadas en determinantes estructurales que requieren ser desnaturalizadas³.

De acuerdo al Manual de acompañamiento psicosocial en la CIOM de la Secretaría Distrital de la Mujer (2015):

los servicios en salud y a la atención-acompañamiento en salud mental, implican establecer como objetivo terapéutico la necesidad de hacer visibles los procesos de afrontamiento y resiliencia a las violencias de género, así como las actitudes, procesos y transacciones que las mujeres realizan para denunciar, subvertir y transformar un sistema de violencias y negación de sus derechos» (p. 14).

³ Ministerio de salud y protección Social. PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS EN EL MARCO DE LA LEY 1448 DE 2011. Versión 2 ajustada. Bogotá 2012.

Principio de acción sin daño

El principio de acción sin daño plantea que no existen prácticas institucionales neutras y que, en algunos casos, estas pueden reproducir o acentuar las relaciones de poder en el contexto de salud en el que están inmersas las relaciones entre los profesionales de salud y las víctimas. El impacto de las acciones que se llevan a cabo puede ser negativo y positivo en los niveles individuales, familiares y comunitarios. Por esa razón, es importante potencializar los beneficios de la intervención y minimizar los riesgos relacionados con las propias prácticas profesionales, las creencias, imaginarios, prejuicios y los mensajes éticos que muchas veces utilizan los y las profesionales de la salud en las intervenciones que se llevan a cabo con las víctimas de violencias de género, conllevando a la revictimización (Synergia, Universidad Nacional de Colombia, COSUDE, GIZ y PNUD, 2011).

Marco Normativo

El abordaje integral de las violencias de género se basa en su reconocimiento como una violación de derechos humanos y un grave problema de salud pública. Este reconocimiento se evidencia en la firma y ratificación que Colombia ha hecho de varios instrumentos internacionales, en la normatividad nacional, en la formulación de políticas públicas y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

En cuanto al ámbito internacional, cabe resaltar que el Estado colombiano ratificó tanto la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW⁴), como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar

⁴ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) interviene en Colombia en los planes estratégicos, programas y proyectos que se especializan en promover la igualdad entre géneros. Esta convención busca eliminar todas las posibles formas de discriminación,

la Violencia contra la Mujer, conocida comúnmente como la Convención de Belém do Pará. Ambas convenciones buscan prevenir, erradicar y sancionar las diferentes formas de discriminación y violencias contra las mujeres. A partir de estos instrumentos, el país ha desarrollado un amplio marco normativo que permite reconocer las violencias de género como un delito.

En el año 2008 se sancionó en Colombia la Ley 1257, la cual busca prevenir y sancionar todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres. En su artículo 8, esta ley establece los derechos de las mujeres víctimas de violencias, entre los que se destacan: recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad; recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado; recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos; dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos; ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social; recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral para ellas y sus hijos e hijas; acceder a mecanismos de protección; la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición; a decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo.

En el año 2013 se firma la Ley 1639, por medio de la cual se fortalecen las medidas de prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de

intervenir en el acceso a la justicia de las mujeres que han sido víctimas para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer y establece la necesidad de poner en marcha mecanismos de seguimiento.

2000. Además, se establecen medidas para el control de la comercialización y venta de ácidos. Esta también ordena la construcción de una ruta de atención integral y establece que se deben garantizar los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarios para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, de manera gratuita y a cargo del Estado.

En el marco de la reglamentación de la Ley 1639 de 2013 se expide el Decreto 1033 de 2014. Este fortalece las medidas de protección a la integridad a las víctimas de crímenes con ácido y define la ruta intersectorial para su atención integral. De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la Resolución 4568 de 2014. Este adopta el protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos y la Resolución 2715 de 2014, que reglamentó las sustancias que deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo.

Recientemente, la Ley 1773 del 2016 crea el delito de lesiones con agentes químicos, ácido y/o sustancias similares, que al entrar en contacto con el tejido humano lo destruye, entre otras disposiciones. En su artículo 7, la ley ordena al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, formular una política de atención integral dirigida a las víctimas quemadas con agentes químicos. Con el fin de garantizar el acceso a la atención médica y psicológica integral.

Para reforzar la garantía en la prestación de servicios integrales en salud en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud han expedido dos circulares: Circular 016 de 2014 titulada: «Exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos por leyes especiales a las víctimas de agresiones por ácidos, álcalis o sustancias corrosivas»; y la Circular 008 de 2017, titulada «Instrucciones respecto a la ruta de atención integral a víctimas de ácidos, álcalis o sustancias corrosivas».

Para el año 2019 el Congreso de la República aprueba la ley 1971 de 2019, por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013. En esta se crean otras medidas de protección a

favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones, entre ellas se fortalecen las medidas de prevención y atención integral de las víctimas de ataques con agentes químicos en salud.

Este libro, además de sustentarse en el marco normativo específico para víctimas de agresiones por agentes químicos, también se sustenta en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual se basa en: la Ley 100 de 1993; la Ley 1122 de 2007; la Ley 1438 de 2011; La Ley 1616 de 2013; la Ley 1751 de 2015; el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021; la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Las cuales establecen que las violencias de género constituyen una violación a los derechos humanos y un problema de salud pública que requiere de la prestación de servicios de salud integral, gratuita, oportuna y con calidad, sin que se presenten barreras de acceso por su condición de pago o aseguramiento. La atención en salud mental cuenta con un total de 60 consultas al año para salud mental y 180 días de hospitalización en una unidad especializada si se requiere.

3

Ataques con agentes químicos y salud mental

En este capítulo se abordan las consecuencias de este tipo de violencia según lo descrito en la literatura científica local y en los hallazgos obtenidos en el proceso de investigación participativa realizado por las autoras y que contribuyó a la construcción de este documento.

Consecuencias de los ataques con agentes químicos

Las consecuencias derivadas del ataque con agentes químicos incluyen efectos mortales y no mortales. Entre los efectos mortales están la muerte por homicidio como consecuencia de las lesiones producidas por el ataque y el suicidio. Los efectos no mortales incluyen tanto alteraciones físicas y trastornos crónicos como alteraciones para la salud mental de las víctimas, sus familias y personas significativas de su entorno.

En Colombia, los ataques con agentes químicos y/o sustancias corrosivas han producido tres casos fatales y en los demás casos reportados las víctimas sufrieron graves lesiones físicas, secuelas psicológicas y sociales. En muchos casos por falta de recursos económicos los primeros años después del ataque. Las víctimas no pueden enfrentar su situación y la de sus familias debido a la necesidad permanente de atención en salud e ingresos frecuentes a los servicios de urgencias y hospitalización relacionados con las secuelas del ataque, las cuales en muchas ocasiones requieren servicios especializados⁵. Dentro de los servicios especializados se encuentran las cirugías que, si bien son cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en ocasiones son realizadas de forma tardía o no son autorizadas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, atribuyendo dichas irregularidades al «carácter estético de las intervenciones», entre otras razones.

⁵ Esta información se pudo establecer con base en entrevistas realizadas durante el proyecto a profesionales de la Salud del Hospital Simón Bolívar de Bogotá.

Sumado a esto, un ataque con ácido puede provocar un proceso de duelo por parte de la víctima asociado a la pérdida de la imagen que ha tenido de sí misma, afecta notoriamente la percepción de la identidad física y el sentido de amor propio. Por tal motivo, es importante que las personas sobrevivientes cuenten con el apoyo emocional de la familia o de personas significativas, así como de las y los profesionales que las intervienen y acompañan a lo largo de su recuperación, con el fin de disminuir el dolor emocional que habita en cada una de las personas que han sido víctimas (Pardo Herrera, 2014). Las víctimas y sobrevivientes, una vez cuenten con una red de apoyo, servicios de salud y servicios sociales que le permiten restablecer sus derechos, tendrán mayor capacidad para poder enfrentar diversas situaciones asociadas a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del ataque. Esto permite fortalecer los recursos, habilidades y estrategias con las que cuenta y además podrán construir, reconstruir o continuar con sus proyectos personales, familiares o sociales.

Según Gaviria, Gómez y Gutiérrez (2014), desde el momento en que ocurre el ataque por agente químicos las víctimas pueden presentar síntomas emocionales como: miedo, rabia, rencor, tristeza, desesperación, reacciones de pánico. Síntomas cognoscitivos como: confusión, bloqueo mental, amnesia, negación, alteraciones cualitativas de la conciencia. Síntomas comportamentales tales como: inhibición, desconfianza, aislamiento, fatiga, agresividad, gritos, llanto; y respuestas neurovegetativas como: hipersudoración, palpitaciones, taquicardia, hiperventilación, dolor torácico o tensión muscular.

Gaviria-Castellanos, Gómez Ortega y Gutiérrez (2015) identificaron que en la mayoría de los casos de mujeres atacadas, estas relatan haber sido atacadas en la calle de forma inesperada, solo sintieron que «alguien» les lanzó, de frente o por la espalda, un líquido que las encegueció y les produjo un dolor tan intenso que les impidió identificar al agresor. El líquido, lanzado generalmente a la cara, produce lesiones en cuello y tórax por escurrimiento. Las áreas anatómicas más afectadas son: la cara, el cuello, las manos y la zona genital.

La mayoría de las víctimas requieren múltiples procedimientos reconstructivos que se prolongan por largos periodos de tiempo. Las lesiones por ataques con agentes químicos, además de ser muy complejas de abordar y de provocar graves secuelas cicatriciales y funcionales en las víctimas, impactan de manera significativa a las familias y los entornos donde las víctimas desarrollan sus actividades diarias. Los procedimientos para el restablecimiento de su autonomía y su proyecto de vida pueden durar varios años, requieren de todos los servicios sociales provistos por parte del Estado y el apoyo de una red familiar y comunitaria muy fuerte.

Respuestas en salud mental y necesidades de atención y acompañamiento de las víctimas

Para una mejor aproximación a los impactos en salud mental de los ataques por agentes químicos y las necesidades en atención integral en salud mental de las víctimas, sus familias y las personas significativas de su entorno, se realizó un diagnóstico sobre las respuestas en salud mental y las necesidades de atención y acompañamiento de las víctimas. Los hallazgos obtenidos en el proceso de investigación participativa son sistematizados en la siguiente tabla que muestra los impactos reportados por los y las participantes. Los impactos están relacionados con los sentimientos y emociones de las víctimas y sus familiares. Se determinaron con base en el modelo que distingue las fases de atención:

Tabla 1. Fases de atención a partir de emociones y sentimientos referidos por las víctimas y sobrevivientes

Fases de Atención	Emociones y sentimientos referidos por las víctimas y sobrevivientes
1. Prehospitalaria	<p>Durante la fase prehospitalaria refieren angustia, desesperación y confusión, dado que las víctimas apenas están procesando el ataque, intentando comprender lo que les sucedió y en la mayoría de los casos, están consternadas por el dolor derivado de las lesiones. Algunas expresan afectaciones a nivel relacional al sentirse solas, no querer interactuar con otras personas o sentir indignación por la falta de apoyo durante el ataque. Dentro de los sentimientos, cogniciones y sentimientos reportados están:</p> <ul style="list-style-type: none">• Desesperación, rabia, dolor y angustia, confusión (no saber qué hacer).• Deseos de morir, salir corriendo; sentir que era un sueño y/o pesadilla.• Desolación, miedo, tristeza, llanto, desesperanza.• Abandono, incertidumbre (dudas y «mil preguntas»).• No quería hablar ni que me dijeran nada.• Una especie de lucha sin fin.• Desconocimiento de lo que me ocurría.• Indignación («las personas me veían y nadie me ayudaba»).• Sentimientos de odio y venganza.
2. Urgencias	<p>Las sobrevivientes manifiestan que al llegar al servicio de urgencias usualmente no han dimensionado la gravedad de las lesiones físicas generadas por el ataque, por lo que la mayoría expresa su desconfianza y desesperanza en relación con lo que está sucediendo durante los procesos de atención. Se sienten preocupadas por sus familias y sobre lo que sucederá con ellas, especialmente porque la prestación de servicios se centra en la remisión de ellas a una unidad de quemados, en muchas ocasiones lejos de sus lugares de origen. No encuentran respuestas a sus preguntas y necesidades en los servicios de salud.</p> <p>Entre los sentimientos, cogniciones y emociones referidas se encuentran:</p>

- Desesperanza.
- Desconfianza hacia el personal de salud del servicio.
- Dudas, incertidumbre y rechazo a la realidad.
- Indignación y preocupación.
- Dolor físico y emocional.
- Tristeza.
- Sensación de muerte y abandono (por parte del personal sanitario).
- Control mental hacia el dolor.
- Paciencia, con una mezcla de indignación.

Una de las víctimas participantes expresó: *«Mi atención desde la agresión fue muy mala: duré dos horas en el centro de atención esperando que llegara una ambulancia, el médico que me trató no sabía qué hacer, si remitirme a otro hospital o que me quedaré allí. Nunca me preguntaron cómo me sentía, fueron muy inhumanos y todo el tiempo se preocuparon por preguntar quién fue el responsable y cuál sería la causa. Me sentía juzgada e incómoda, la gente me miraba sorprendida, nadie hacía nada».*

3. Hospitalización

La mayoría de las víctimas deben afrontar largos periodos de hospitalización y someterse a múltiples cirugías. Durante este periodo las participantes manifiestan que priman sentimientos de miedo frente al egreso del hospital y el reto de continuar con la vida cotidiana con las afectaciones físicas derivadas del ataque, además de la incertidumbre acerca de cómo organizar sus actividades y familias. Muchas de ellas prefieren no expresar sus sentimientos durante la hospitalización y cuando comienza el proceso de regreso a su casa, resurge el miedo, el temor y la incertidumbre vuelve a ellas.

Algunas de las emociones, sentimientos y cogniciones identificados por las participantes fueron:

- Temor, miedo a quedar sola, tristeza ante las cirugías: «en el hospital no dejaban a mi familia quedarse conmigo».
- Indignación hacia el equipo de salud «por falta de atención a los tratamientos y falsas promesas de nuevas cirugías».
- Temor por ya no ser aceptada por los demás luego del alta hospitalaria.
- Culpa: «busqué mil motivos para lo que me había pasado».

- Sensación de una vida arrebatada.
- Desprotección y miedo: «estaba ciega, con mucho dolor en mi cara, manos y cuello, me daba miedo cuando la gente entraba, pensaba que podía ser el agresor».
- Dificultad para dormir: «sentía miedo y delirio de persecución (por el agresor), sentía que las personas me iban a matar en cualquier momento».
- Preocupación por la familia en casos de traslado a otras ciudades: «no sabía dónde se iba a quedar mi familia».
- Dudas, desesperación y rencor.
- Tristeza, retraimiento y vergüenza.
- Desconcierto: «me cortaron el pelo y me dejaron calva y toda llena de vendas en la cara y en las manos».
- Temor al regreso a casa.

Una de las participantes manifestó: que se sentía tranquila «me dieron la confianza necesaria para mi procedimiento, somos fuertes»

4. Ambulatoria

La fase más difícil es el regreso a casa, pues el miedo a ser observadas y juzgadas no les permite salir. Se sienten culpables por lo sucedido, se vuelven dependientes de sus familias porque organizan su vida y la de sus familiares entorno a su recuperación física, a las visitas permanentes a las clínicas y hospitales. No quieren socializar con otras personas porque sienten vergüenza por su apariencia y comienzan a presentar dificultades en la relación con sus hijos e hijas. Sienten miedo porque muchas de ellas dejan de consumir medicamentos que se suministraban durante la hospitalización.

Algunas de las emociones, sentimientos y cogniciones referidos por las participantes fueron:

- Ideas de persecución y de una nueva victimización.
- Vergüenza por el nuevo aspecto físico.
- Sensación de rechazo por parte de la familia, amigos y vecinos.
- Sensación de ser una carga para la familia.
- Temor y dudas por su retorno a una vida activa en sus diferentes entornos.
- Tristeza, dolor, frustración, miedo, angustia, soledad y llanto.
- Problemas con su conducta alimentaria.
- Aislamiento y retraimiento social.

- Ideas de culpa.
- Conflicto con sus creencias religiosas.
- Temor por no saber qué decir o qué expresar ante familia y personas significativas de su entorno.
- Una de las mujeres participantes manifestó: «Desde mi ataque sentí mucho miedo».

Fuente. Elaboración propia

En cuanto al impacto encontrado en familia y personas significativas del entorno, sobresalen los efectos y consecuencias encontrados en:

- *Hijos e hijas:* muchos de los hijos e hijas comenzaron a sentir el miedo experimentado por sus madres por la posibilidad de un nuevo ataque, algunos expresaron vergüenza o trataron de ocultar a su mamá por miedo al matoneo; sintieron miedo e incapacidad para aceptar el nuevo aspecto de su madre.

Se encontró en los grupos focales realizados con las víctimas y sobrevivientes que algunos de sus hijos e hijas expresaron sentirse «inseguros y a veces se sienten abandonados». Tienen dificultad de establecer una relación por miedo a que les pase lo mismo que a su madre. Algunos hijos/as tuvieron que quedar al cuidado de otros familiares, lo cual perjudicó la relación con sus hermanos y su madre; hay una pérdida de autoridad de las madres víctimas.

Se detectó un cambio de actividades relacionadas a sus pasatiempos familiares y tener que asumir tareas de apoyo en la familia. Esto generó un cambio de roles dentro del hogar. Los hijos se responsabilizan de diferentes obligaciones como el cuidado de un hermano menor, comida, aseo y en ocasiones asumen roles de

proveedores del hogar. Deterioro de relaciones con sus amigos, disminución del rendimiento escolar y problemas en el entorno escolar. Se comienzan a identificar diferencias entre los hijos hombres y mujeres: mientras que las hijas tienen sentimientos de compasión, tristeza y cuidado, los hijos manifiestan sentimientos de venganza.

Finalmente, se encontró que algunos de ellos iniciaron el consumo de sustancias psicoactivas por las dificultades presentadas en sus casas y la presión de asumir otras responsabilidades diferentes a las acostumbradas.

- *Madres*: se encontró dolor, angustia, negación, cansancio mental, culpa, duelo e impotencia. Experimentan dificultad para expresar sus sentimientos —tratan con lástima y pesar a las hijas víctimas—, se convierten en cuidadoras primarias y cambian sus rutinas para asumir esta función.
- *Padres*: los padres tienden a tener sentimientos de venganza. Están más centrados en responderse preguntas como: ¿quién? ¿por qué? Presentan mayor resistencia a aceptar la nueva condición de sus hijas, pues tienen mayores dificultades para reconocer el nuevo rostro de la persona. En los casos en los que la persona agresora ha sido la pareja o la expareja, los padres expresan poco sus sentimientos, tienden a juzgar a sus hijas y a sus compañeras/esposas porque creen que el ataque se pudo haber evitado, y que en algunos casos las madres de las personas sobrevivientes tienen responsabilidad por haber aceptado dichas relaciones de pareja. Algunas veces los padres ejercen violencia psicológica contra sus hijos/ hijas sobrevivientes así como contra sus compañeras/esposas.
- *Hermanos y Hermanas*: sentimientos de venganza hacia los agresores y en algunos casos —especialmente las

mujeres — asumen el cuidado de sobrevivientes o de sus hijos e hijas.

En respuesta a estos eventos violentos y sus consecuencias, el sector de la salud de algunos países, entre ellos Colombia, ha desarrollado diversos protocolos de intervención. En general, los protocolos están dirigidos primordialmente a la atención durante la urgencia. El desarrollo de protocolos, guías o lineamientos para la intervención posterior al ataque y en etapas de prealta de hospitalización, control y seguimiento, especialmente en intervenciones en salud mental a personas víctimas, sus familias y personas significativas, es escaso (De Castella, 2013). A nivel internacional, por ejemplo, el *Acid Survivors Foundation* (ASF, 2014) documenta la ausencia de los estándares mínimos de atención en salud mental en los protocolos para estas víctimas en Bangladesh.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolló el Protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos, adoptado mediante la Resolución 4568 de 2014. Este protocolo busca garantizar que las víctimas de estas agresiones reciban una atención oportuna, pertinente y con racionalidad científica en cualquier institución de salud que logre reducir el daño físico, mental y psicosocial. Además, propone acciones que les garanticen el acceso a la justicia, la protección y el restablecimiento de los derechos afectados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El protocolo mencionado incluye apartados sobre el impacto del evento a nivel psicológico y sociofamiliar y presenta una guía de primeros auxilios psicológicos para el primer respondedor. También, recomienda que la atención en salud mental se inicie desde el momento en que ocurren los hechos. Sin embargo, este no incluye lineamientos sobre procesos y procedimientos especializados y no especializados de salud mental luego de la hospitalización. Tampoco cuenta con una guía que permita a los equipos profesionales de salud general y salud mental brindar intervenciones concretas para prevenir, atender y rehabilitar los impactos y afectaciones mentales

y psicosociales producidos por el evento en las víctimas, en sus familiares y en las personas significativas de su entorno.

El desarrollo de un documento que guíe la atención en salud mental para víctimas de estos ataques plantea grandes desafíos, pues es un área inexplorada sobre una situación que requiere, de manera urgente, una respuesta adecuada que integre diferentes enfoques y que se aleje de intervenciones ancladas a las tradicionales nosologías psiquiátricas. La razón de esto es que el daño es producido en un contexto sociocultural con marcadas desigualdades e inequidades. En este contexto las violencias estructurales (Galtung, 1999) nutren las causas y recrudecen de manera diferencial las consecuencias del ataque. Las consecuencias se agudizan según factores como la raza, el género, la clase, la historia previa (entre otras) y afectan no solo al individuo que sufre el ataque sino a todo el sistema en el que este se encuentra.

4

Guía para la atención

En este capítulo se describen los pasos para la constitución del equipo de salud mental y los elementos conceptuales, técnicos y procedimentales que deben tenerse en cuenta en cada una de las fases de la atención en salud. Lo propuesto en este capítulo se deriva de una revisión normativa y conceptual en la materia, así como de los resultados de la investigación participativa realizada.

Constitución de un equipo técnico en salud mental

Para un abordaje integral de los efectos inmediatos, las consecuencias y las secuelas físicas, psicológicas y psicosociales de los ataques con sustancias químicas, se hace necesario contar con un equipo interdisciplinario, en este sentido el artículo 18 de la Ley 1616 de 2013 estipula que:

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención de los problemas psicosociales y trastornos mentales, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Estos equipos estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con la Ley, se identifican acciones especializadas y no especializadas en salud mental. La clasificación depende del entrenamiento, experiencia y especialización del profesional de salud en

salud mental. Este equipo constituido por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) debe conocer e implementar acciones con los enfoques y principios que guían este documento y que favorezcan prácticas deseables como la empatía, el no enjuiciamiento, la escucha activa y la confianza.

Teniendo en cuenta que los ataques con agentes químicos son eventos altamente traumáticos que ponen juego los imaginarios, las creencias y la estabilidad emocional de los y las profesionales de servicios de salud, estos deberán implementar:

1. Estrategias para el cuidado de los y las profesionales. Como la implementación de programas para la protección de la salud mental de los y las profesionales de la salud que desarrollan la atención en cualquiera de las fases. Se considera una necesidad para prevenir la fatiga emocional (*burn out*) o la traumatización vicaria que se puede generar el estar expuestos a la atención de las víctimas de hechos violentos. Se considera que estos son un elemento importante para la prevención de acciones con daño durante la atención. Es altamente recomendable la creación de espacios de encuentro sistemáticos que favorezcan: el apoyo mutuo; la contención emocional; la elaboración de conflictos propios y/o grupales; la puesta en común de prácticas de autocuidado individual; la implementación de dispositivos formales de vaciamiento y descompresión emocional; que la responsabilidad en la toma de decisiones sea compartida; y la formación continua para afianzar competencias profesionales (Llanos y Arón, 2004; Olabarría y Mansilla, 2007). Así mismo, se recomienda la creación de espacios de supervisión de casos clínicos, grupos Balint y/o grupos de reflexión (Crespo, Ardaiz, Elia, Goñi, Lara y Pascual, 2009).
2. Estrategias que permitan a los y las profesionales revisar sus propios prejuicios los profesionales deben

contar con espacios que permitan revisar sus prejuicios sobre la construcción social de ser hombre y mujer en las relaciones que se establecen con las víctimas, al igual que para transformar los estereotipos arraigados que sostienen y reproducen la tolerancia institucional a las violencias hacia «lo diferente» (en materia de género (orientación e identidad), raza, clase, orientación sexual, religiosa, pertenencia étnica, etc.).

3. Acciones que permitan reconocer que las víctimas y sobrevivientes cuentan con herramientas, recursos y estrategias que han aprendido en el transcurso de la vida que le permitirán asumir la situación con la que se enfrente después del ataque, de igual manera acciones donde se reconozca que sus emociones y sentimientos están muy vinculados con la condición actual, no permanente y que esta situación se relaciona también con un contexto determinado: una red de apoyo, los servicios sociales y los servicios de salud con los que cuenta.
4. Intervenciones que permitan identificar con las víctimas y sobrevivientes aquellos aspectos positivos con los que cuentan y que requieren para asumir la nueva situación de una forma que le permita ver, estar, actuar y comprometerse con el restablecimiento de sus proyectos y la transformación de la realidad.
5. Reconocer que las víctimas y sus familias habitan cotidianamente en un contexto que cuenta con recursos que deben ser identificados por parte de los terapeutas, sobrevivientes y familias con el fin de complementar las atenciones en salud con los servicios sociales de instituciones como Organizaciones de Base Comunitaria y Secretarías de Mujer, entre otras.

Se espera que los y las profesionales en salud mental sean capaces de ubicarse en la posición de acompañante, facilitador/a,

posibilitador/a y dinamizador/a, reconociendo el mutuo aprendizaje que se presenta en la interacción con las personas víctimas o sobrevivientes, sus familias y personas significativas de su entorno.

Fases de Atención

En este apartado se describen las acciones necesarias en salud mental con enfoque psicosocial en las cinco (5) fases específicas de la atención a víctimas y sobrevivientes de ataques con agentes químicos, sus familiares y personas significativas de su entorno que se llevan a cabo en el marco de las prestaciones y atenciones en salud. No se detallan las acciones en salud física, ya que estas descripciones pretenden ser complementarias a la *Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en caso de ataques con agentes químicos* y al *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos* de la Resolución 4568 de 2014, donde las intervenciones en salud física durante la atención en el lugar de los hechos, fase prehospitalaria y urgencias son descritas en detalle.

Para prevenir y atender las secuelas psicológicas, emocionales y relacionales, así como para brindar elementos para la rehabilitación e inclusión social de las víctimas, sobrevivientes y sus familiares y las personas significativas de su entorno, se establecen atenciones en salud en (5) fases específicas:

1. *Atención en el lugar de los hechos*: se requiere garantizar los primeros auxilios psicológicos en el lugar de los hechos de acuerdo a la *Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en caso de ataques con agentes químicos* (Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de la Mujer, 2015). El objetivo es resguardar la integridad física y mental de las víctimas y garantizar el pronto ingreso a los servicios de salud.

2. *Atención prehospitalaria*: puede ser una atención médica general o atención prehospitalaria en salud mental. Esta incluye desde el momento en que el equipo de salud llega al lugar de los hechos, hasta el momento en que la víctima es ingresada al servicio de urgencias. En la actualidad, esta atención no se encuentra en todas las entidades territoriales del país. El objetivo es el traslado inmediato y el inicio de las primeras intervenciones en salud física y mental por parte de los equipos sanitarios. Durante esta fase de la atención se tiene el primer contacto con familiares.
3. *Atención en el servicio de urgencias*: la atención de urgencias incluye la valoración inicial de las afectaciones y el traslado y/o hospitalización, si así lo requieren las víctimas. Esta atención debe brindarse en la institución más cercana al lugar de los hechos en cualquier nivel de atención y complejidad. El objetivo es salvar la vida de la víctima y brindar los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis. Si un familiar se encuentra presente, siempre se debe mantener informado de la situación y los procesos que se llevarán a cabo para la atención inmediata.
4. *Atención de Hospitalización*: es la atención realizada por un prestador primario o complementario que cuenta con los servicios habilitados, el personal y profesionales especializados para la atención integral de la víctima, su familia y personas significativas del entorno, según la valoración clínica realizada en urgencias. Durante esta atención se deben tener en cuenta las intervenciones que se realizan aproximadamente una semana y media antes del alta hospitalaria —que se ha denominado *fase de pre-alta*—, pues es un momento en el que se aproximan cambios que aumentan los niveles de ansiedad de las víctimas, sus familiares y las personas significativas de

su entorno. El objetivo es brindar manejo especializado para mitigar el daño y los impactos mentales del ataque y orientar permanentemente a la familia sobre las atenciones y decisiones que se deben tomar para la recuperación integral de la sobreviviente.

5. *Atención ambulatoria:* una vez se da de alta a la víctima, esta debe recibir atención ambulatoria interdisciplinaria e intersectorial. La Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) deberá garantizar la continuidad del manejo ambulatorio individual, familiar y realizará seguimiento a la activación de la ruta de atención integral intersectorial para verificar el restablecimiento de sus derechos, con el objetivo de alcanzar la rehabilitación e inclusión social en los diferentes entornos donde se desenvuelva la víctima o sobreviviente de este hecho, sus familias y personas significativas del entorno.

Este documento incluye, además, una descripción detallada de la sub-fase de pre-alta, que hace parte de la fase la hospitalización, por la relevancia de las acciones y el impacto de estas para la recuperación e inclusión social de las víctimas y sobrevivientes, familias y personas significativas del entorno. Las acciones planteadas en esta sub-fase, encuentran sustento en el proceso de investigación participativa que se realizó durante el último semestre de 2016 con víctimas y sobrevivientes de ataques con agentes químicos y sus familiares (quienes señalaron la importancia del abordaje en salud mental antes de finalizar la fase de hospitalización) y el consenso de expertos y expertas en salud física y mental, en género y en enfoque de derechos, del Hospital Simón Bolívar, Secretaría de la Mujer de Bogotá y el Ministerio de Salud y Protección Social.

En cada fase se describen acciones no especializadas y especializadas en salud mental, al igual que se brindan indicaciones sobre qué hacer y qué no hacer, dirigidas a los y las profesionales de los equipos de salud.

Atención en el lugar de los hechos

En esta primera fase se realizan acciones en el lugar de ocurrencia de los hechos. Usualmente, las primeras personas que entran en contacto con la víctima en el lugar de los hechos no poseen entrenamiento específico en salud. De acuerdo con la legislación vigente, quien conozca del caso deberá llamar inmediatamente a la línea 123 o a la línea o medio que cumpla con la misma finalidad en cada municipio o distrito, con el fin de activar los sistemas de atención de emergencias disponibles, a la Policía Nacional, Defensa Civil, los Bomberos o directamente a las entidades de salud para el envío de una ambulancia. La llamada debe indicar el sitio de la ocurrencia de los hechos y la forma rápida de llegar a él; también el número de personas afectadas y su situación general.

Las acciones que deben realizar las personas que acompañan a la víctima en el lugar de los hechos están descritas en el apartado de «Atención en el lugar de los hechos» del Decreto 1033 de 2014, en el *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos* (Resolución 4568 de 2014) y en la *Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en caso de ataques con agentes químicos* de la Secretaría Distrital de la Mujer (2015).

Primeros auxilios psicológicos⁶

Para los primeros auxilios psicológicos se debe utilizar el lineamiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud/Organiza-

⁶ También se puede llamar apoyo de primera línea, responde a las necesidades de las mujeres tanto emocionales como físicas, seguridad, apoyo y privacidad. Revisar capítulo 2 de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1> Manual clínico. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Washington, D.C.: OPS, 2016.

ción Panamericana de la Salud (OMS/OPS) para la atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual (OPS, 2016). El manual clínico de este lineamiento sugiere la realización de acciones de apoyo de primera línea que queden resumirse en la palabra ANIMA y que se describen a continuación:

Figura 1. Acciones de Primera Línea ANIMA

A	tención al Escuchar con empatía
N	o Juzgar y Validar (No tiene la Culpa)
I	nformarse sobre las Necesidades y preocupaciones
M	ejorar la Seguridad
A	poyar para que reciba información y los servicios

Fuente. Elaboración propia

Acciones no especializadas en salud mental: estas acciones se realizan simultáneamente con las acciones de atención a las afectaciones físicas en el lugar de los hechos, considerando que frente a las sustancias químicas se debe actuar con inmediatez, dado que usualmente se produce una quemadura que se expande rápidamente. El objetivo de las acciones no especializadas⁷ es brindar los primeros auxilios psicológicos para apoyar a la víctima y familiares presentes durante el hecho, para disminuir el impacto físico y mental, teniendo en cuenta que siempre se debe velar por la seguridad de la víctima y las personas presentes en la situación.

Por lo tanto, resulta imprescindible realizar las acciones que se describen a continuación:

⁷ Es no especializada porque los primeros auxilios psicológicos pueden ser realizados por cualquier persona disponible para brindar soporte emocional.

1. *Presentación*: preséntese ante la víctima y diga el nombre de la institución que representa, si este es el caso (por ejemplo: policía, defensa civil, etcétera).
2. *Intención de ayudar*: exprese su intención de ayudar a disminuir el impacto de la quemadura y de apoyarla en el momento agudo de la crisis, a través de expresiones como: «ya solicitamos ayuda y la ambulancia viene en camino». Mantenga una comunicación verbal y no verbal que tranquilice a la víctima (y la familia si se encuentra en el lugar), utilizando expresiones amables y delicadas, siendo empático/a y honesto/a, como: «yo no sé lo que usted pregunta, pero lo averiguaré». Explique cada acción que va a realizar, por ejemplo: «voy a cortar su ropa, voy a aplicar agua, etcétera».
3. *Desahogo*: permita que la víctima hable desde sus emociones, no intente disminuir su llanto, gritos, quejas. Teniendo en cuenta que en este primer momento también se debe garantizar la mitigación de las afectaciones, es importante incluir acciones para ayudarle a la víctima a seguir instrucciones con afirmaciones como, por ejemplo: «esta lesión produce un dolor intenso, necesitamos intentar neutralizar esta sustancia, por favor siga nuestras instrucciones».
4. *Desculpabilización*: promueva la desculpabilización. No pregunte a la víctima si sabe por qué le ocurrió esto (nada justifica la violencia). En caso de que la víctima realice expresiones que la culpabilizan, intente desculpabilizar.
5. *De esperanza*: no exprese frases que puedan atemorizarla como: «qué mal se ve», «esto es terrible», «va a quedar desfigurada». No la juzgue ni dude de su relato. No la obligue a hablar si no lo desea. No dé falsas expectativas. No emita palabras desesperanzadoras.

6. *Busque dar solución a problemas concretos y actuales:* durante esta atención se debe apoyar a la víctima para lograr solucionar cosas que le generan preocupaciones puntuales. En muchos casos las víctimas quedan desnudas por los efectos de las sustancias o el procedimiento de primera respuesta; en este caso, se deberá velar por la intimidad evitando miradas de terceros no involucrados en la respuesta de ayuda y generando barreras visuales que eviten que la víctima se sienta observada. La víctima puede estar pensando en cosas relacionadas con situaciones como: «yo iba para el trabajo, ¿Quién le va a avisar a mi jefe que no llegaré a tiempo?»; «¿Quién recogerá a mis hijos en el colegio?»; etcétera. Si verbaliza preocupaciones de esta naturaleza, se debe buscar una solución concreta al problema, si es viable mediante las propias acciones, o a través de la ayuda de otras personas que puedan brindar apoyo a la persona víctima; por ejemplo, contactar a un familiar o persona significativa del entorno para que se haga cargo de sus demás preocupaciones y manifestar a la víctima que alguien ya está dando solución a estos problemas.
7. *Inicie contacto con familiar o persona significativa del entorno de la víctima:* en caso de que exista un familiar o persona significativa del entorno de la víctima en el lugar de los hechos, habrá que realizar con esta las mismas acciones descritas en el punto uno (1) de este apartado. Si se encuentra muy alterada, se le recomendará distanciarse físicamente de la víctima, validando su expresión emocional, pero explicando que su expresividad puede aumentar la ansiedad de la víctima: «entiendo que usted esté asustado(a), pero en este momento es importante que nos alejemos un poco para que —nombre de la víctima— pueda recibir la atención. En un momen-

to podrá volver a acompañarla más cercanamente». En caso de que no haya un familiar o persona significativa del entorno de la víctima en el lugar de los hechos, es necesario preguntarle a la víctima algún teléfono de familiares o amigos e indagar con las personas presentes si conocen a la persona víctima o a sus familiares, para iniciar proceso de localización e informar sobre la situación y el lugar al que deben ir.

Ignorar las necesidades de la víctima antes del traslado a urgencias y no prestar atención a sus manifestaciones emocionales puede propiciar estados de crisis, favorecer la aparición de síntomas y trastornos mentales y repercutir en el futuro proceso de recuperación en salud mental. En este primer momento es importante proteger la seguridad de la víctima, el agresor puede estar cerca, se debe evitar una segunda agresión.

Atención prehospitalaria (APH)

La fase prehospitalaria inicia en el momento en que la víctima tiene contacto con profesionales de la salud y/o autoridad sanitaria (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE) y pueden ser no especializadas (con ambulancia básica) o especializadas en salud mental (con equipo especializado), lo cual depende del equipo APH que llegue al lugar. Es importante que los equipos de APH dirijan a la víctima al servicio de urgencias más cercano al lugar de los hechos en cualquier nivel de atención y complejidad. Se debe recordar la importancia del registro detallado en la historia clínica, tanto de los hallazgos como de las acciones realizadas, para garantizar el derecho a justicia, sin barreras, desde este primer contacto con equipos de salud. Durante esta fase de atención las acciones propias de la atención en salud física siguen ejecutándose (irrigación, etcétera). Si se encuentra con un familiar o persona de confianza, permita que este acompañe a la víctima en el traslado.

Acciones no especializadas en salud mental: las acciones no especializadas en salud mental se realizan una vez se controle el riesgo vital de la persona víctima. Estas intervenciones serán realizadas por los equipos profesionales de atención prehospitalaria en salud general que acuden al lugar de los hechos y se ejecutan desde su llegada al sitio, durante el traslado y hasta la llegada y entrega de la víctima en el servicio de urgencias más cercano. Esta atención incluye las siguientes acciones para la víctima como para la persona que acompaña a la víctima:

1. *Contención emocional:* preséntese ante la víctima indicando el nombre y la institución a la cual pertenece. Indique que está allí para ayudarlo. Infórmele qué sucede y qué acciones se están ejecutando para proteger su salud física y emocional: «en este momento la ambulancia se encuentra en camino. Estoy irrigando con agua las zonas afectadas para reducir el efecto de la sustancia que le han arrojado. Voy a cortar la ropa contaminada y a quitar sus anillos, pulseras, etcétera, para evitar que la sustancia se propague. Voy a guardar todos sus objetos personales, que serán llevados a Medicina Legal». Mantenga la calma, hable en tono suave, de manera lenta para la que la persona víctima entienda los procedimientos, siempre pregunte si entendió lo que le está explicando, no grite ni haga comentarios que aumenten la ansiedad de la víctima: «qué mal se ve», «esto es terrible», «va a quedar muy desfigurada».
2. *Dar apoyo y oportunidad de expresarse:* permita que la persona pueda expresarse desde sus emociones, sentimientos y preocupaciones sin limitar su expresión verbal y no verbal. Si la víctima llora o grita durante el traslado responda con tono amable y suave, con baja intensidad de la voz. No responda con agresión o frases que hagan sentir a la persona víctima culpable, ejemplo: «no llore; eso no duele; no exagere; ya la estamos atendiendo».

3. *Ofrecer soluciones concretas sobre la situación actual:* en caso de no contar desde el lugar de los hechos con personas de apoyo, indague de nuevo sobre datos de identificación de familiares o personas amigas cercanas para establecer comunicación e informarles sobre el servicio de urgencias hacia el cual se dirige la víctima. Infórmele cuando se haya establecido el contacto: «ya ubicamos a su familiar, se está dirigiendo al servicio de urgencias a donde nos dirigimos para su atención».
4. *Manejo del dolor:* informe qué acciones concretas se están ejecutando para disminuir el dolor: «le vamos a aplicar morfina.... En minutos su dolor disminuirá; le estamos aplicando una solución llamada sal anfotérica, esto neutralizará el efecto de lo que le han arrojado sobre la piel⁸». Mantenga la conversación con la víctima para descentrar la atención del dolor y fortalecer agencia sobre la situación. Invítela a hacer ejercicios de visualización para disminuir la consciencia de dolor, regular la respiración y a estar atenta a las instrucciones para mitigar el impacto.

En caso de que exista un familiar o persona significativa del entorno de la víctima en el lugar de los hechos, preséntese, informe hacia qué servicio urgencias se dirigen y explíquele cada uno de los procedimientos que va realizando, se puede apoyar en la persona que acompaña a la víctima para recoger información importante que requiere para la atención.

Acciones especializadas en salud mental: las acciones especializadas en salud mental se realizan en caso de que exista servicio

⁸ Se utilizará esta frase siempre y cuando se encuentren las sales anfóteras en el mercado.

de APH en salud mental en el distrito o municipio de ocurrencia de los hechos y que sea asignado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) para responder al evento. De ser este el caso, los profesionales especializados deben continuar con las acciones propias de la atención en salud física (irrigación, etcétera). En cuanto a la atención en salud mental, los profesionales de la salud mental deberán realizar la evaluación del estado actual de la víctima y realizar las intervenciones especializadas en crisis, atendiendo y asegurando la vida a la persona víctima.

Tabla 2. Consejo para la atención Prehospitalaria

No condicione la atención en salud a la presentación de los documentos de identificación o de afiliación a salud.

Fuente. Elaboración propia

Atención en el servicio de urgencias

Esta atención debe brindarse en la institución más cercana al lugar de los hechos en cualquier nivel de atención y complejidad. Las víctimas quemadas con agentes químicos deben ser atendidas como una urgencia vital (*Triage I*). Por lo tanto, en ningún servicio de urgencias se debe priorizar la entrega de documentos de identificación o de afiliación a una empresa de salud sobre la atención que requiere. Es importante que en el servicio de urgencias se prioricen las acciones físicas que garanticen la vida de las víctimas según lo establecido en el protocolo de la Resolución 4568 de 2014.

En esta etapa el registro detallado en la historia clínica es fundamental para la garantía del derecho al acceso a justicia, los profesionales de los equipos de urgencias deben conocer las diferencias entre las intervenciones médico-terapéuticas (dirigidas al bienestar de la víctima, incluyendo acciones a favor de la salud física y men-

tal de la persona), de las intervenciones médico-legales (recolección de elementos materiales de prueba, manejo de cadena de custodia, denuncia formal o no formal del hecho) y las acciones de protección como la notificación del caso ante instituciones locales como comisarías de familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretarías de Mujer (o sus equivalentes) y demás instituciones de protección presentes en el municipio o región donde se atiende a la víctima.

Las acciones que garantizan el acceso sin barreras a los sectores de justicia y protección deben estar articuladas según las rutas intrainsitucionales e intersectoriales establecidas por cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de acuerdo con lo establecido por la ley. Los procesos de activación de rutas intersectoriales deben ser informados a los familiares que acompañan a la víctima.

En cuanto a las acciones en salud mental con enfoque psicosocial en el servicio de urgencias dirigida a víctimas y sobrevivientes de ataques químicos, sus familias y personas significativas del entorno, se establecieron las siguientes:

Acciones no especializadas en salud mental

Las y los profesionales de medicina y enfermería que reciben a la persona víctima y a sus familiares deben realizar la atención de este tipo de evento teniendo en cuenta los enfoques de derechos y de género. De igual manera, deben tener en cuenta el momento del curso de vida —la edad de la víctima influye en las secuelas físicas y mentales—, y se debe tener en cuenta la cultura, la pertenencia étnica, la estratificación social, así como otras situaciones como la discapacidad o el ser víctimas del conflicto armado. Los servicios de salud deben ser adaptados a las necesidades y características específicas poblacionales.

Se recomienda usar un lenguaje sencillo (no técnico), explicar continuamente los procesos y procedimientos que se le van a administrar (por simples que parezcan) y preguntar continuamente si ha entendido lo explicado, pues las víctimas pueden encontrarse

en estado de crisis y desorganización cognitiva que no les permite comprender fácilmente las explicaciones suministradas por el equipo de salud. De igual manera, es indispensable: no culpabilizar; no prometer cosas que no puedan cumplirse; no responder con agresividad ante la angustia o dolor de la víctima; no emitir expresiones que aumenten la confusión y temor de las víctimas como «qué mal se ve», «esto es terrible», «como quedó de desfigurada».

Con los elementos señalados, se debe continuar con la atención no especializada que se brindó en el lugar de los hechos y en la atención prehospitalaria. En el servicio de urgencias los profesionales de equipo deben:

1. *Identificar y contactar a familiar o red de apoyo:* en caso en que no haya podido ser contactado en el lugar de los hechos o en la fase prehospitalaria, es necesario volver a indagar por los datos de un familiar o una persona significativa de su entorno que le apoye en este proceso. Se deberá respetar la decisión de la persona sobre quién quiere recibir en el servicio y explicar la decisión de la víctima a la familia o personas significativas.
2. *Indagar por las preocupaciones actuales:* una intervención no especializada y que favorece que las víctimas se tranquilicen, es indagar sobre preocupaciones o temores puntuales y actuales. Por ejemplo: *¿Desearía que llamáramos a alguien para avisarle dónde se encuentra? ¿Aquí se siente segura (en la institución)? ¿Le preocupa algo de su casa, trabajo u otros asuntos?* Los profesionales del equipo de salud deben dar respuestas a las víctimas lo más pronto posible.
3. *Explicar cada una de las acciones específicas necesarias en salud:* antes de iniciar los procesos de atención física y durante su desarrollo los equipos profesionales en salud deben explicar en forma detallada las acciones que por protocolo deben realizar. Por ejemplo: «ahora

señora, vamos a quitarle la ropa, posteriormente realizaremos el lavado para retirar el químico, tendremos que rasurar su cabello, ya que esto permitirá una mejor y pronta recuperación de las lesiones en cuero cabelludo y permite un mejor manejo de las quemaduras en cara y cuello». Una vez explicado, pregunte si ha comprendido los procedimientos y solicite su aprobación. Los y las profesionales deben cerciorarse de que la víctima haya entendido todas las acciones y, en caso contrario, deben volver a explicar los procesos, procedimientos y las razones para realizarlos.

Acciones especializadas en salud mental

Las acciones especializadas en salud mental se realizan en caso de que exista un servicio de psiquiatría o psicología habilitado en urgencias. Durante la fase de urgencias, los y las profesionales de salud mental deberán realizar las acciones descritas en este apartado siempre y cuando NO exista riesgo vital. En caso de que SÍ exista riesgo vital, será necesario interrumpir las acciones en salud mental para abordar la urgencia médica relacionada con el riesgo vital. En esta situación los equipos profesionales de salud mental deben realizar la atención a la familia y/o personas significativas que acompañen a la persona sobreviviente en el servicio de urgencias.

1. *Valoración Integral en salud mental:* la finalidad de esta valoración inicial es comprender el estado actual de la víctima y proporcionar la contención emocional que permita continuar el manejo físico de sus lesiones, incluyendo manejo del dolor, inquietud motora por la angustia o el temor, y la aplicación de todas las acciones en salud física y mental que la víctima requiere. Si las condiciones físicas lo permiten, se realiza anamnesis y un examen mental que permita el diagnóstico de la si-

tuación mental actual. Se deben identificar las respuestas emocionales y mentales inmediatas y los posibles antecedentes que puedan predecir una respuesta psicológica y emocional que requiera pronta intervención (antecedentes de enfermedad mental personal o familiar, antecedentes de consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), uso de psicofármacos) y evaluar historia de violencias de género previas⁹. Estas evaluaciones iniciales del especialista en salud mental deben continuar durante los primeros días de hospitalización para realizar una intervención más amplia y transformadora, incluyente a nivel familiar, social, escolar y laboral. Se debe tener en cuenta que si la víctima no puede comunicarse verbalmente la información se solicitará a la familia o persona que la acompaña.

No sobra recordar la descripción detallada de los hallazgos en la historia clínica, de tal manera que se cuente con elementos objetivos acerca del impacto del hecho violento sobre la víctima/sobreviviente al momento de proporcionar la incapacidad médica y los insumos que el sector justicia requiera, para desarrollar los procesos de judicialización y garantizar la reparación integral a la víctima/sobreviviente y sus familias.

En esta fase no se recomienda la aplicación de la mhGAP¹⁰ (oms, 2010) a víctimas de ataques con agentes químicos,

⁹ La historia previa de violencia de género permite identificar el riesgo de otras violencias futuras.

¹⁰ El mhGAP es una guía desarrollada por la oms para la intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en el nivel de atención en salud no especializado. El Ministerio de Salud y Protección Social ha adaptado la guía para población colombiana y recomienda su uso. Sin embargo, dadas las particularidades de la situación de la víctima ante el reciente suceso, es conveniente interpretar sus respuestas como manifestaciones normales ante el evento traumático.

ya que las respuestas emocionales iniciales no necesariamente son patológicas y, en la mayoría de las víctimas/sobrevivientes, no se presenta un trastorno mental sino una respuesta de estrés o de crisis ante el evento.

2. *Intervención en crisis:* por crisis se entiende el estado mental global temporal de desequilibrio que dificulta la posibilidad de funcionar acorde con las expectativas sociales, a causa de una situación que supera la capacidad de respuesta inmediata, como es el caso de un ataque con agentes químicos. El profesional en salud mental debe identificar las características de la crisis y las necesidades en salud mental que se derivan de ella, teniendo en cuenta el momento del curso de vida, género, etnia, procedencia, nivel educativo, ocupación, nivel socioeconómico, redes de apoyo familiares y comunitarias, etc. u otras características diferenciales que faciliten que el personal asistencial logre orientar su intervención de acuerdo con las especificidades del caso que se asiste y no desde los imaginarios que se consolidan socialmente. Es importante mencionar que las acciones de atención-acompañamiento deben abstenerse de juzgamiento y de mensajes culpabilizadores. Por el contrario, deben proveer el apoyo emocional que la víctima requiere, orientar las preguntas de forma que faciliten la narrativa espontánea de sus sentimientos y pensamientos y, fundamentalmente, ayudarle a clarificarlos brindando contención emocional. Es importante comprender las complejas formas de expresión de las violencias y captar e interpretar las expresiones verbales y no verbales que puedan asociarse a las emociones de miedo, rabia, angustia, entre otras, para darles un lugar. Cuando la violencia fue ejercida por la pareja la víctima sentirá culpa por lo sucedido, por eso la importancia de abordar estos sentimientos desde un enfoque transformador.

Desde el enfoque transformador, los momentos de crisis pueden ser aprovechados por las personas para realizar cambios sustantivos en la vida y para que los terapeutas propongan a la víctima, una vez se encuentre estable y en condiciones adecuadas, encontrar nuevos significados, en este caso ante las relaciones de poder que se ejercen en las relaciones de pareja.

En la intervención en crisis en el servicio de urgencias deben emplearse técnicas que permitan:

- *Eliminación y/o mitigación de críticas y juzgamientos:* los profesionales de salud deben trabajar sobre sus imaginarios y creencias y recibir jornadas de inducción y reinducción que incluyan enfoques y principios orientadores de la atención.
- *Eliminación y/o mitigación de mensajes culpabilizadores:* para esto se debe indagar sobre ideas de culpa de la víctima/sobreviviente, sus familias o personas significativas de su entorno, desmontar estas ideas con hechos concretos y eliminar estos mensajes del discurso de los profesionales de los equipos de salud.
- *Promoción del apoyo desde lo emocional:* esto se realiza facilitando la descarga emocional, la expresión de sentimientos y la normalización de los síntomas. Centrar los discursos en la emoción y el sentimiento, hacer explícita la validez de los sentimientos expresados por la víctima/sobreviviente, evitando juzgar sus respuestas. No intentar establecer una explicación racional del hecho violento ni de las respuestas emocionales.
- *Formulación de preguntas abiertas:* estas preguntas deben facilitar la narrativa espontánea de los sentimientos y pensamientos para ayudarlo a clarificarlos. Evitar inducir respuestas o preguntas cerradas de SÍ o NO.

- *Recontextualizar los síntomas:* los síntomas deben contextualizarse como reacciones esperables ante la victimización sufrida que, no obstante, pueden ser superadas mediante acciones específicas: «... me dice que cada vez que siente dolor aparece un miedo intenso»; «vamos a identificar aquello que produce dolor, vamos a identificar ese dolor apenas aparezca»; «ahora vamos a trabajar estos ejercicios de relajación...».
- *Identificar e interpretar las expresiones verbales y no verbales que puedan asociarse a las emociones de miedo, rabia, angustia, entre otras:* los profesionales de salud deben recibir capacitación (inducción y reinducción) en técnicas de entrevista, que incluye lenguaje verbal y no verbal. De esta manera, ante los cambios de actitud corporal, de expresión facial, etcétera, puedan identificarlo, contextualizarlo y trabajarlo con la víctima/sobreviviente, sus familias o personas significativas del entorno.
- *Movilizar recursos y habilidades personales, familiares y sociales:* aunque en algún momento es importante hablar de las carencias, la intervención en crisis debe centrarse en los recursos individuales, familiares o sociales que históricamente han empleado las víctimas/sobrevivientes para afrontar o resolver las situaciones de su vida diaria y estresores del ciclo vital.
- *Relacionarse con la persona víctima:* La relación del equipo de salud con la víctima debe promover que ella retome una percepción de control sobre sí misma y sobre sus circunstancias, para facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos propios otorgados a lo ocurrido de modo que la adaptación y solución de problemas resulte más fácil.
- *Brindar a los familiares y personas que acompañan a la víctima información sobre las acciones a realizar en salud:* los acompañantes de la víctima deben estar al tanto

de la activación de rutas intersectoriales y servicios sociales territoriales.

Las finalidades de la intervención en crisis en el servicio de urgencias son: disminuir las consecuencias emocionales y sociales que puedan derivarse del ataque por agentes químicos; identificar y fortalecer los recursos personales, familiares y sociales; evidenciar y entender el problema en el aquí y el ahora. Solo se realizará sedación en caso de auto- y/o heteroagresión y debe hacerse de manera transitoria. En caso de sedación debe contarse con el acompañamiento permanente de un integrante del equipo de salud.

Tabla 3. Consejos para la atención de Urgencias

NO debe emplearse la sedación de manera generalizada para la atención de víctimas
NO pregunte por detalles del evento que no aporten al manejo de los problemas de salud física y mental
NO ponga en duda ni cuestione los relatos de la víctima
Los equipos profesionales de la salud y el personal de la institución de salud NO deben hacer comentarios o dar declaraciones o informaciones a los medios de comunicación

Fuente. Elaboración propia

Acciones con la familia y/o personas significativas de su entorno

El equipo de salud mental debe verificar que los familiares o personas significativas del entorno hayan sido contactados; de lo contrario, se preguntará de nuevo por teléfonos o formas para contactarse con ellos. Una vez se haga presente la familia o las personas sig-

nificativas del entorno, se debe informar a la víctima e iniciar una evaluación familiar, en la que se incluyan los siguientes aspectos:

- ¿Qué saben de lo ocurrido?
- ¿Quién es la persona o personas que firmaron como responsables en la historia clínica de la víctima?
- Tipo de relación entre responsables ante el hospital y la persona víctima.
- Datos de contactos.

Es importante considerar que, en algunos casos, los mismos agresores o autores intelectuales del ataque han asumido el rol de responsables de la víctima. Si la víctima informa sobre sospecha de esta situación, se informará a las autoridades competentes y se procederá a identificar otra figura del círculo familiar o social de la víctima que pueda servirle de apoyo.

Una vez identificadas las personas que deben ser incluidas en la atención en salud mental se inician las acciones que incluyen:

1. *Presentación*: el equipo debe presentarse como el equipo de apoyo psicosocial en la institución.
2. *Indagación sobre el aseguramiento de la víctima*: este proceso se realiza para establecer las medidas necesarias que garanticen la atención, especialmente en la hospitalización y los servicios de recuperación. Si no cuenta con afiliación al régimen subsidiado o contributivo no es impedimento para la atención. Las primeras acciones del equipo se centrarán en brindar los elementos necesarios para garantizar la afiliación de la víctima/sobreviviente y sus familiares al sistema general de salud.
3. *Indagar sobre preocupaciones y miedos actuales y concretos*: el equipo debe resolver todo aquello que pueda ser resuelto y explicado por el equipo de salud y dar apoyo en la tramitación de las emociones y sentimientos derivados del evento.

4. *Realizar asesoría sobre derechos para víctimas y familiares y explicar el proceso administrativo para acceder a los derechos.*
5. *Explicación de las garantías que brinda el Sistema General de Seguridad social:* en tratamientos largos y prolongados, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a la víctima y a un acompañante el traslado desde urgencias hacia instituciones con mayor nivel de complejidad (unidad de quemados) y el acompañamiento en el lugar de hospitalización, de acuerdo con el sistema de referencia y contra-referencia.
6. *Explicar los roles familiares en el proceso:* el equipo debe explicar a la familia que deben asumir el rol de interlocutores con la administración y las autoridades de justicia y protección.
7. *Explicar los procedimientos relacionados con visitas a la persona víctima:* en este proceso se debe tener en cuenta la condición de salud física y las condiciones emocionales como el miedo, la desconfianza, etcétera.
8. *Explicar a la familia los procesos y procedimientos que serán administrados a la víctima:* los familiares y acompañantes deben estar enterados de los procesos y procedimientos que se le administran a la víctima y las posibles repercusiones físicas y mentales.
9. *Brindar herramientas para el primer encuentro con la víctima, tanto a adultos como a los hijos e hijas de la persona:* en lo posible debe hacerse desensibilización sistemática¹¹, dar sugerencias explícitas sobre cómo deben comunicarse verbal y no-verbalmente con la víctima, etcétera.

¹¹ La desensibilización sistemática es una técnica ampliamente utilizada en las intervenciones en salud mental que busca disminuir el malestar frente a situaciones ansiógenas a través de la exposición jerárquica a los estímulos internos (cogniciones, sensaciones) o externos que generan la ansiedad.

10. *Explicar la importancia del acompañamiento durante todas las fases de la atención a víctimas quemadas por agentes químicos:* el equipo debe construir junto con las personas involucradas un plan de acción que incluya quién va a asumir los distintos procedimientos en las instituciones y los sectores que deben responder (justicia, trámites de salud, apoyo presencial, cuidado de menores, etcétera), alertar sobre la posibilidad de expresar situaciones de cansancio o fatiga, brindar herramientas para identificar sus señales con el fin de garantizar el propio cuidado durante el proceso y solicitar ayuda en caso de requerir manejo individual. Invitar a que el cuidado y acompañamiento de la víctima se asuma entre la red familiar y no recaiga sobre una sola persona.
11. *Construir diversas estrategias junto con familiares y/o personas significativas del entorno involucradas:* debe construirse un mapa de recursos y estrategias para ayudar en el afrontamiento, promover la resiliencia, mejorar la seguridad de la persona afectada y encontrar apoyo en recursos comunitarios.
12. *Emisión a atención individual:* en caso de que el familiar o persona significativa entre en crisis o presente un cuadro emocional o mental, debe ser remitida para iniciar atención individual específica para cada caso.

Atención de hospitalización

Hay que tener en cuenta que la atención de hospitalización puede darse en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mayor complejidad en la ciudad de ocurrencia del evento o en otra ciudad, es decir que es posible que la víctima tenga que ser trasladada del lugar de residencia.

En el protocolo elaborado en este libro se propone que la atención en salud mental durante toda la fase de hospitalización debe ser realizada por el equipo de profesionales especializados en salud mental de la Unidad de quemados: trabajo social, fisioterapia (otros terapeutas), psicología o psiquiatría.

Durante la fase de hospitalización, las intervenciones en salud mental deben estar dirigidas a propiciar la resignificación del hecho violento, invitando a la víctima/sobreviviente a reconocer su nuevo rostro o cambios en el cuerpo e integrarlos a sus proyectos de vida. Los equipos profesionales en salud mental deben evitar las etiquetas diagnósticas, recordando que muchas de las manifestaciones emocionales y conductuales que presentan las víctimas deben ser entendidas en un contexto psicosocial amplio, más que como un proceso patológico individual.

Se debe garantizar un espacio de privacidad, comodidad y confidencialidad con la víctima. En cada encuentro terapéutico se deben tener en cuenta los siguientes aspectos generales que incluyen el abordaje psicoemocional y psicosocial:

- *Escucha activa*: prestar atención y ser prudente con el lenguaje verbal y no verbal.
- *Tono de voz*: hablar con un tono de voz cálido y una intensidad baja de la voz.
- *Contacto visual*: evitar el contacto visual permanente en el estado de crisis, pero buscarlo en las consultas de seguimiento.
- *Respetar los tiempos de la víctima/sobreviviente*: es necesario respetar los tiempos de los relatos para que cada una pueda gestionar sus emociones; no temer o incomodarse por los silencios.
- *Reexperimentación*: evitar la reexperimentación del trauma ahondando en el relato de la agresión o de su relación con el agresor.

- *Capacidades de recuperación*: explorar y fortalecer las propias capacidades, recursos y estrategias de recuperación; evitar subestimar sus capacidades de recuperación.
- *Red de apoyo*: identificar la red de apoyo y recursos de la víctima que le permitirán gestionar sus necesidades.
- *En caso de discapacidad visual*: en los casos en que la víctima tenga los ojos vendados, es importante informarle verbalmente quién entra o sale de la habitación, pues el no contar con esta información puede incrementar sus niveles de ansiedad.
- *Comunicación*: es importante mantener informada a la víctima sobre los aspectos relevantes de su evolución, los procesos, procedimientos y las intervenciones quirúrgicas realizadas.
- *Espacios de apoyo*: el equipo debe propiciar espacios donde las víctimas puedan interactuar entre ellas, ya sea para fomentar procesos de ayuda mutua o procesos de terapia grupal.

Valoración individual

Para el manejo en salud mental con enfoque psicosocial de la persona víctima se requiere una evaluación integral. Para esto, la persona especialista en salud mental debe realizar la entrevista psiquiátrica/psicológica con el apoyo de los otros profesionales como trabajo social y terapia ocupacional y física. Deben identificar:

1. *Condición actual*: síntomas emocionales, cognoscitivos o comportamentales relacionados con el evento y el proceso de atención integral. ¿Cómo está el ánimo frente al proceso? Se evalúa el patrón de sueño, alimentación, la colaboración con terapia física y dolor. Estos aspectos dan los elementos necesarios para establecer la forma

como está respondiendo a los procesos de tratamiento y rehabilitación física.

2. *Antecedentes personales y familiares en salud mental*: esto es importante porque la presencia de estos son factores que pueden potenciar la aparición de algún síntoma, problema o trastorno mental.
3. *Historial personal*: recursos individuales, familiares y sociales, estrategias de afrontamiento. Esta valoración se realiza teniendo en cuenta los diversos momentos según el curso de vida.
4. *Red de apoyo familiar y social*: los datos obtenidos pueden ser enriquecidos con lo encontrado por los profesionales del equipo psicosocial que incluyen las disciplinas de trabajo social, psicología, terapia física, terapia ocupacional u otras disciplinas y personas (sacerdotes, pastores, médicos tradicionales, etcétera) que integren el equipo de salud mental y psicosocial en la IPS.
5. *Examen Mental*: se valoran las diversas funciones mentales:
 - a. Cognoscitivas: conciencia, atención, orientación y memoria.
 - b. Pensamiento y lenguaje.
 - c. Emoción: expresión y tono emocional.
 - d. Conductas y hábitos: conducta motora, conducta alimentaria, hábitos de sueño.
 - e. Inteligencia.
 - f. Integración de funciones: juicio, introspección, prospección.
 - g. Estrategias, recursos y habilidades personales para la toma de decisiones.

Una vez concluida la evaluación el profesional especializado realizará un análisis de los datos encontrados en la enfermedad actual identificada por el equipo médico de la institución, los signos y síntomas. Se hará una hipótesis diagnóstica que dé cuenta de la respuesta y potencialidades de adaptación de la víctima al evento traumático, y se harán los diagnósticos de acuerdo con el CIE 10. Los diagnósticos frecuentemente encontrados y que deben registrarse en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) son: 1) Proceso de duelo y ajuste; 2) Trastornos de la adaptación; 3) Reacciones de estrés agudo; y 4) Diagnósticos Z.

Finalmente, se hace un plan de manejo o plan terapéutico incluyendo las acciones requeridas para prevenir o mitigar el impacto en la salud mental, así como para fortalecer los recursos individuales, familiares y sociales y disminuir los riesgos psicosociales encontrados en la evaluación.

Intervención individual¹²

El plan de atención individual debe incluir una intervención individual diaria, teniendo en cuenta su condición y sus necesidades en un tiempo de 45 a 60 minutos para abordar todos los aspectos identificados en las personas víctimas/sobrevivientes (emociones, comportamientos y cogniciones que le generen malestar y/o sufrimiento). Cada intervención es específica para las necesidades y los hallazgos de la persona víctima/sobreviviente, por lo que los contenidos y estrategias no pueden ser expresados de manera protocolaria, más si se tiene en cuenta que se deben facilitar intervenciones integradoras

¹² Revisar el capítulo 4 «Atenciones complementarias en Salud Mental» promovido por la Organización Mundial de la Salud (2014). Lo encuentran disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>.

de diversas escuelas, enfoques, usos y costumbres de acuerdo con la evidencia científica con la cual se han realizado intervenciones en salud mental a víctimas de violencias de género.

A pesar de la magnitud de la violencia de género y la violencia de pareja en áreas que han sufrido guerras recientes o en curso, la base de evidencia sigue siendo escasa en cuanto a evaluaciones de qué intervenciones pueden ser más efectivas para tratar las consecuencias de salud mental de Violencias Basadas en el Género en contextos de conflicto. Las intervenciones psicológicas que han demostrado eficacia cuando se implementan en casos de violencia de género en otros países incluyen: la terapia de procesamiento cognitivo (CPT) para reducir los síntomas de trastorno de estrés post traumático, depresión y ansiedad; terapia narrativa (NET) para reducir la angustia psicológica en sobrevivientes de tortura y trauma; la terapia cognitiva conductual (TCC) para reducir los síntomas de estrés afectivo (Wietse et al 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha desarrollado pautas sobre una intervención psicológica breve, Problem Management Plus (PM+), para reducir los trastornos mentales comunes después de la adversidad en los sobrevivientes de la violencia de género. Las estrategias basadas en la evidencia en este programa incluyen activación conductual, resolución de problemas, acceso a apoyo social y técnicas de reducción del estrés (Dawson et al, 2015). Además, existe una creciente evidencia del uso de intervenciones de promoción y empoderamiento económico, asesoramiento grupal y creación redes de apoyo a través de actividades grupales estructuradas para mejorar la angustia psicológica y aumentar la resiliencia en los sobrevivientes de la violencia de género (Rivas et al, 2015).

En cuanto a la medicación psiquiátrica, solo se usa si existe un diagnóstico corroborado de trastorno mental (trastorno por estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, entre otros) y luego de la aplicación de escalas de valoración de riesgo y de *assessment* de necesidades que permitan afirmar que el caso requiere de manejo farmacológico, o en caso de tener algún síntoma

emocional que genere interferencia con el adecuado manejo médico de su condición física (insomnio, hiporexia, ansiedad ante las curaciones, etcétera).

De acuerdo con los hallazgos de la fase de investigación participativa realizada en el marco de la elaboración de este documento, resulta oportuno establecer espacios terapéuticos grupales entre las víctimas de quemaduras que se encuentran hospitalizadas, al menos dos veces por semana. Idealmente, los grupos deberán estar compuestos por doce personas o menos. En estos, las y los integrantes del grupo podrán compartir sus historias, experiencias y miedos con otras víctimas; saber que no es la única a la que le ocurre la situación es tranquilizador, se co-divide el dolor, se disculpa y se generan y fortalecen los lazos de apoyo entre las personas que participan del grupo.

Teniendo en cuenta que la atención en salud mental especializada se realiza diariamente, los equipos profesionales deben monitorear los signos y síntomas por si aparecen nuevos o hay variación en la intensidad de los que ya se han identificado previamente o en el funcionamiento global.

Es importante estar alerta a la evolución de los diagnósticos clínicos que pueden estar relacionados con trastornos del estado de ánimo, trastornos disociativos y trastornos de ansiedad (trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, ansiedad generalizada, trastornos fóbicos y pánico). Así como a situaciones de riesgo asociadas a formas de violencia de autoagresión.

Las intervenciones en salud mental también dependen de la respuesta emocional que surge ante los procesos y procedimientos en la salud física. Por tanto, hay que tener en cuenta que intervenciones como las curaciones, las cirugías y la rehabilitación física, pueden desencadenar síntomas que no necesariamente son enfermedades o trastornos mentales, pero que requieren psicoeducación e intervención psicoterapéutica inmediata. Dentro de las acciones a implementar se incluye el entrenamiento y aplicación de técnicas de relajación antes de cada procedimiento en salud física.

Existe evidencia que sugiere que el uso de técnicas de relajación mediante imágenes guiadas usadas antes e inmediatamente después de procedimientos quirúrgicos, conduce a una menor ansiedad peri y postoperatoria (Park, Oh y Kim, 2013). También ayuda a disminuir la angustia subjetiva y dolor percibido en pacientes que padecen múltiples afecciones, incluyendo quemaduras, fibromialgia e incluso cáncer. Además, los ejercicios de respiración, la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en torno al dolor, la inclusión de la musicoterapia durante y después del procedimiento (Fratianne, Prensner, Huston, Super, d y Standley, 2001; Prensner, Yowler, Smith, Steele y Fratianne, 2001), y el uso de la técnica de relajación de Jacobson (Parás-Bravo, et Al., 2018), tienen eficacia demostrada.

Valoración de la familia y/o personas significativas del entorno de la víctima

Esta valoración debe ser realizada por el equipo de salud mental de la institución donde se encuentra hospitalizada la víctima. En la valoración se debe indagar sobre:

1. La composición y dinámica familiar.
2. Las personas que pueden desempeñarse como apoyo y/o cuidador primario (personas claves).
3. Personas mayormente afectadas por el ataque de su familiar.
4. Personas que rechazan a la víctima por el hecho.
5. Personas significativas del entorno de la víctima.
6. Nivel de comprensión y ejecución de acciones necesarias para el acceso a procesos de salud, justicia y protección.

Si dentro de la evaluación familiar se encuentra alguna persona severamente afectada, se remitirá a consulta individual. Una vez disminuyan los síntomas, puede ingresar al grupo de terapia familiar.

Intervención con la familia y/o personas significativas del entorno de la víctima

Una vez sean identificadas las personas de la familia o personas significativas del entorno de la víctima, se realizará el plan de tratamiento familiar teniendo en cuenta las particularidades de cada grupo familiar o social. Se deben explicar los requerimientos administrativos, espacios físicos, tiempos, estrategias y cualquier otra información que permita el acceso sin barreras a la intervención familiar. Además, hay que tener en cuenta si se deben hacer ajustes razonables a la atención en salud de acuerdo con características poblacionales que requieren una atención en salud mental diferenciada.

El plan terapéutico familiar parte de la premisa de que en cada fase del tratamiento ya se han realizado intervenciones no especializadas y especializadas, y la familia ya tiene un conocimiento aproximado del daño producido por el evento violento y sus secuelas. Por tanto, el plan terapéutico familiar durante la hospitalización dará continuidad al fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y adaptación a la nueva situación (Perez, et Al, 2018).

Cuando hay niñas y niños en el entorno familiar, se recomienda a la familia no ocultar la situación, describir con palabras sencillas la condición y cambios físicos y emocionales de la víctima/sobreviviente, facilitar las visitas en la medida de lo posible para que reconozcan su voz y sus comportamientos. Esto permitirá comenzar con el proceso de adaptación al cambio de manera temprana.

Así mismo, resulta conveniente fomentar espacios estructurados de encuentro de familiares de víctimas de quemaduras e incluso fomentar redes de familiares de víctimas/sobrevivientes. En estos espacios los profesionales de la salud mental podrán realizar tareas

de psicoeducación sobre el cuidado de los y las pacientes quemadas, sobre el «cuidado del cuidador», y propiciar espacios donde se expresen y compartan emociones y estrategias de afrontamiento desarrolladas por las familias, entre otras, que permitan generar procesos de ayuda mutua y hacer sentir a la familia comprendida y acompañada (Williams AP et al., 2015)

Gran parte de la literatura sobre intervenciones de apoyo para cuidadores/as proviene de investigaciones realizadas en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos (Perez, et Al, 2018). Los datos han demostrado que los puntajes de calidad de vida del cuidador/a se ven afectados por la angustia psicológica y los factores de afrontamiento del receptor de la atención (Lawang W et al., 2013). Por lo tanto, asegurar que los pacientes puedan acceder a intervenciones que aumenten la resiliencia, a su vez, también tiene un efecto neto positivo en su cuidador/a. Además, las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas mostraron los efectos más consistentes a corto plazo en las medidas de resultado para la carga del cuidador/a, la depresión, el bienestar subjetivo, la satisfacción percibida del cuidador/a, la capacidad/conocimiento y los síntomas del receptor de atención (Sorenson, Pinquart y Duberstein, 2002; Barnett, Mulenga, Kiser y Charles, 2016). Los grupos de apoyo familiar, las áreas informales para la interacción social con otras familias de sobrevivientes y los servicios de asesoramiento y apoyo para los cuidadores también han demostrado eficacia para mejorar los puntajes de calidad de vida de los cuidadores y las medidas de resultado psicológicas (Sorenson, Pinquart y Duberstein, 2002; Watkins, et Al, 1996).

Si resulta necesario, se volverá a realizar asesoría en derechos a salud, justicia y protección.

Atención pre-alta

Esta fase, que hace parte de la fase de hospitalización, comprende las atenciones en salud que deben realizarse una semana o semana y

media antes del alta hospitalaria. La importancia de esta fase radica en la necesidad de la preparación de la persona (víctima/sobreviviente), sus familiares y personas significativas, para su reincorporación e inclusión en las actividades sociales, familiares, educativas, laborales, deportivas, entre otras que, por su condición de salud, se habían abandonado y ahora es el momento de retomarlas y enfrentarlas con los cambios generados por el impacto físico y mental del ataque. Es muy importante contemplar recomendaciones especiales para aquellas víctimas que deben afrontar discapacidades derivadas de los ataques. Es una fase para generar apertura para la aceptación del cambio corporal.

La fase de pre-alta es crucial tanto para la víctima como para los integrantes de la familia que pueden no contar con elementos suficientes para brindar apoyo a su familiar en esta etapa, que se caracteriza por el alto nivel de estrés emocional, el cual se genera por el hecho de sentir próximo su reintegro a los lugares de su vida cotidiana previa al evento, enfrentarse a otras personas que no la han visto durante su hospitalización y hacer frente a las limitaciones propias de su nueva condición y su impacto sobre las posibilidades en el ámbito laboral/educativo, familiar, sexual, etcétera.

En esta fase se propone realizar intervención psicoterapéutica diaria individual y familiar, donde se aborden los temas explicados a continuación.

Acciones con la víctima¹³

En los casos en que la cara de la víctima esté comprometida lo que busca la intervención en salud mental es el reconocimiento sensorial

¹³ Las acciones con las víctimas en la fase de prealta son el resultado de las entrevistas realizadas con los profesionales de salud mental del Hospital Simón Bolívar de Bogotá, quienes cuentan con una de las Unidades de Quemados más importantes del país y con más experiencia en atención en salud de víctimas de ataques con agentes químicos.

y perceptivo. Al momento del alta, la mayor parte de las víctimas aún tienen los vendajes, los cuales serán retirados en algunas semanas (el tiempo exacto depende de la evolución de la víctima y de si se realizaron o no injertos de piel). Es importante explicar a la víctima y a la familia los procesos y tiempos requeridos para este proceso.

Se debe iniciar un proceso paulatino de autorreconocimiento de la fisionomía actual con la compañía constante del/la profesional en salud mental, respetando pacientemente los tiempos que la víctima requiera (incluso pueden pasar días entre un paso y el siguiente). El o la profesional explicará el objetivo del proceso, describirá los pasos a seguir y realizará contención emocional, según lo requiera la persona víctima. El proceso se hará con base en los siguientes pasos:

1. *Primer paso:* la víctima debe tocar los vendajes de la cara con las manos, describir lo que siente a nivel sensorial y emocional.
2. *Segundo paso:* la víctima debe mirar los vendajes con la ayuda de un espejo y describir lo que ve, en caso de que sus capacidades visuales no hayan sido afectadas. Se realiza escucha empática de las emociones y cogniciones que la víctima manifieste.
3. *Tercer paso:* se explica a la víctima que los vendajes le serán retirados momentáneamente. Ahora, sin vendas, deberá palpar su cara. Se realiza escucha de las emociones y cogniciones que la víctima manifieste.
4. *Cuarto paso:* se le pregunta si está lista para verse en el espejo. Este paso es indispensable antes del alta. La idea puede generar gran temor y los miedos al respecto deben abordarse antes de exponer a la víctima al espejo. Una vez la víctima vea su imagen, se escuchan sus emociones y cogniciones. En caso de que manifieste una respuesta cognitiva, emocional y comportamental que desborde la capacidad de la víctima, se debe realizar una intervención en crisis, según lo postulado anteriormente.

En los casos en que la víctima requiera continuar con el manejo especializado en salud mental por su diagnóstico clínico en salud mental o por riesgo de auto- o heteroagresión, se debe remitir a la unidad de salud mental de la misma institución o la más cercana.

En los casos en que las zonas afectadas excluyen el rostro, las intervenciones en salud mental buscan igualmente aproximar a la víctima a la imagen de la zona afectada. Por medio de aproximaciones sucesivas, en las cuales se validan las emociones que surjan ante la exposición a la zona afectada, los y las profesionales en salud mental deben fomentar el proceso de aceptación al cambio corporal. Así mismo, se trabajará en torno al proyecto de vida y se abordarán los miedos o expectativas con respecto a la adaptación frente a cada una de las áreas de ajuste (familiar y de pareja, social, recreacional, laboral/educativa, espiritual, sexual, afectiva). Es importante construir planes de autocuidado, así como planes de vida para afrontar las situaciones que se pueden presentar al salir de hospitalización (discriminación, culpa, estigmatización, etcétera).

En esta sub-fase se deben trabajar nuevamente los temas de derechos de las personas víctimas/sobrevivientes, al igual que los procesos derivados de la denuncia: procesos de judicialización, reparación integral, solicitud de medidas de protección en caso de ser requeridas y los aspectos derivados de las incapacidades médicas establecidas por los profesionales de la salud.

Acciones con familiares y/o personas significativas de su entorno

Las intervenciones grupales de víctimas, familiares y personas significativas generan espacios para la aceptación familiar del cambio corporal y promueven procesos de adaptación a la nueva condición. En caso de que haya niños, niñas o adolescentes en el entorno familiar, se sugiere realizar sesiones separadas de las personas adultas

para que estos puedan expresar sin temor sus dudas, miedos y preocupaciones.

Las sesiones familiares deben tener un orden lógico, siguiendo el plan trazado posteriormente a la evaluación individual y familiar. Al final, la víctima y sus familiares, deben tener elementos suficientes para afrontar la nueva situación en su lugar de domicilio, trabajo, recreación, escuela, etcétera.

Las sesiones deben realizarse de manera grupal y deben manejar las temáticas que se describen a continuación:

1. *Temores actuales*: los temores tanto de la víctima como de las familias y personas significativas al momento de salir: «¿los vecinos saben que estoy así?», «¿las niñas y niños de la casa ya saben cómo estoy?», «¿voy a poder seguir con mi empleo?», «¿cómo voy a poder mantener mi empleo si tengo que hacerme tantas curaciones?», «¿quién pagará todos los transportes que necesito para ir y venir del hospital a la casa?».
2. *Temas y conversaciones en el hogar*: se deben abordar aspectos sobre qué decir, qué no decir, qué preguntar, etcétera. Por ejemplo: «¿puedo decirles cuándo me están haciendo sentir extraña/incomoda?», «¿mis familiares pueden preguntarme cómo me siento?», «¿mis familiares pueden contarme cuando estén tristes por lo que me pasó?».
3. *Acondicionamiento del hogar*: explorar lo que la víctima quiere o no quiere ver, como espejos, fotos anteriores, etcétera. «No me quiero ver en los espejos en la casa, ¿los pueden quitar?», «¿ya quitaron todas las fotos de cuando yo era diferente?», etcétera.
4. *Preparación a vecinos y personas cercanas en la comunidad*: en este punto se darán elementos a la familia para el manejo de la situación previa al alta de la víctima. Los equipos profesionales en salud mental darán una serie de recomendaciones a los familiares sobre cómo

informar o responder ante las dudas que pueda ocasionar la llegada de la víctima a su hogar y comunidad. Se debe buscar siempre la respuesta y solución conjunta con la víctima.

5. *Preparación para el regreso a la escuela:* en caso de que la víctima sea niño, niña o adolescente es importante que la familia tenga los elementos básicos para hablar con profesores y alumnos para el regreso a la escuela. Además de la familia, si existe la oportunidad de que el equipo psicosocial acuda al centro educativo con el fin de brindarle a maestros y compañeros las indicaciones para la recibida y acogida en su aula de clase, se debe hacer, coordinando acciones del equipo institucional con las acciones propuestas en el Plan de intervenciones colectivas del municipio o localidad donde pertenezca la víctima, que estén dirigidas a fortalecimiento de la convivencia en entornos escolares y la prevención del bullying, la violencias de género, la discriminación, entre otros.

Atención ambulatoria

Al momento de dar el alta a la víctima de ataques con agentes químicos, el equipo de salud mental de la institución debe tener una propuesta de intervención ambulatoria a nivel intramural y a nivel extramural, de acuerdo con la oferta institucional del lugar de residencia de la víctima o sobreviviente (intervenciones en salud mental comunitaria), como establece el Decreto 1033 de 2014 «Ruta de Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos». Las acciones intramurales se realizarán en la IPS de la red prestadora de la EAPB a la cual esté afiliada la víctima o de la cual sea beneficiaria. En esta fase de atención ambulatoria se recomienda que tanto las intervenciones en salud mental como las atenciones ambulatorias en salud física se realicen en la misma IPS y preferiblemente, cerca al

lugar de residencia de la persona víctima; entre estas actividades se contemplan las visitas domiciliarias.

Para asegurar el cumplimiento de las acciones ambulatorias en salud mental con enfoque psicosocial para las víctimas de ataques por agentes químicos y sus familias, los profesionales del equipo de salud mental, responsables de hacer el enlace IPS-EAPB, deben informar el alta de la persona víctima y enviar el plan de manejo ambulatorio a la EAPB, para que se garantice el cumplimiento de las acciones de seguimiento. Asimismo, los profesionales del servicio de hospitalización deben entregar el plan terapéutico ambulatorio y realizar acciones de educación en salud individual a la persona víctima y a los miembros de su familia, educación que debe incluir aspectos del proceso administrativo y aspectos del proceso relativo a su salud física y mental. En esta intervención educativa los profesionales de salud que intervienen deben realizar asesoría en derechos de las personas víctimas tanto en salud, como en justicia y protección. Si al momento de la salida alguna de las instituciones del sector justicia, protección, la oficina de mujer o género u otra institución, ha dado una cita para intervención o acompañamiento, esta cita debe quedar incluida en el plan de manejo ambulatorio entregado por el equipo de salud de hospitalización. Las intervenciones psicosociales incluyen el abordaje de manera integral de las áreas de ajustes de la víctima y sobreviviente tanto de los profesionales de la salud como de la oferta institucional que existe en su entorno.

La atención ambulatoria de las víctimas de quemaduras por agentes químicos, sus familias y personas significativas debe ser realizada por el equipo completo de profesionales de salud mental de la IPS asignada por la EAPB, como lo establece la Ley 1616 de 2013.

Teniendo en cuenta que el plan de manejo incluye acciones de salud física y de salud mental, es importante que las citas se programen el mismo día, ya que varias víctimas han manifestado dificultades a salir de sus casas por temor a ser rechazadas, burladas o ridiculizadas. En salud mental se priorizarán las intervenciones en salud mental comunitaria (incluidos en los códigos CUPS del 944901-15).

Valoración individual en la fase de atención ambulatoria

En el servicio ambulatorio se requiere realizar una nueva evaluación debido al cambio de contexto. Además de tener en cuenta los elementos entregados por la víctima/sobreviviente o por la EAPB, que dan cuenta de las evaluaciones e intervenciones realizadas en hospitalización, esta evaluación se debe centrar en el grado de adaptación y el funcionamiento global de la víctima en cada una de sus áreas de ajuste. Esto incluye una entrevista clínica realizada por psicólogo o psiquiatra, trabajo social, terapia ocupacional y terapia física. En promedio, tres encuentros son necesarios para realizar una completa y adecuada evaluación.

Debido a que en este momento se establece el primer contacto entre profesionales del equipo de salud mental de la nueva IPS asignada y la persona que busca ayuda, se recomienda prestar particular atención a condiciones que fomenten la alianza terapéutica, tales como la escucha empática, la validación, la actitud de apoyo y la eliminación de verbalizaciones que contengan juicios de valor sobre lo expresado por la víctima, de manera que se fomente el establecimiento de una relación terapéutica significativa que potencialice el cambio y la adherencia al tratamiento.

Resulta esquemático separar el momento de la evaluación al de la intervención, pero debe comprenderse que la evaluación no es un proceso estático o único, o que se realiza solo en el primer encuentro. Los aspectos mencionados en este apartado deben realizarse de manera continua a lo largo de los encuentros terapéuticos individuales.

Es importante evaluar:

1. El riesgo autolítico o de heteroagresión.
2. La aparición o incremento de síntomas de trastornos frecuentes como la depresión, los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático o cualquier otro problema o trastorno que esté impidiendo la adaptación de la perso-

na a su entorno, especialmente cuando han pasado más de seis meses desde la agresión.

3. Los mecanismos de afrontamiento empleados por la persona víctima y las redes de apoyo que ya ha establecido.
4. Los avances o dificultades frente a cada área de ajuste para comprender las situaciones que impiden la adecuada inclusión y reinserción a su vida cotidiana (situaciones de discriminación, exclusión, aislamiento social, rechazo, señalamiento, etcétera).
5. La identificación de los recursos, habilidades y estrategias que le permitan hacer toma decisiones sobre su situación actual.
6. La adecuada comprensión y autogestión en temas relacionados con la activación y exigibilidad de derechos en los sectores que hacen parte de las rutas de justicia y protección. Por ejemplo, el hecho de no contar con medidas de protección puede ayudar a quien realiza la atención a comprender la manifestación de sintomatología ansiosa desde una óptica contextual y permite identificar si la víctima ha comprendido cuáles son sus derechos y cuáles son los mecanismos y procesos de activación de rutas que las salvaguarden.

Plan de Cuidado en Salud Mental y Seguimiento individual

Según lo encontrado y el plan de tratamiento sugerido por el equipo se dará inicio al seguimiento. Este debe contar con seguimiento y acompañamiento intramural, al igual que con seguimiento y acompañamiento extramural con acciones de atención (visita) domiciliaria e intervenciones de salud mental comunitaria por parte del equipo: médico, psiquiatra, enfermera, psicóloga y trabajo social. Es importante evaluar la pertinencia de vincular a la persona víctima a acciones de educación, así como a las acciones institucionales de

educación y comunicación en salud. De igual manera, para el seguimiento es importante que el profesional del equipo de salud mental de la IPS haga el enlace con los demás actores del sistema de salud y otros sectores e instituciones que realicen acciones de acompañamiento y seguimiento psicosocial en el municipio de residencia de la víctima/sobreviviente.

En este sentido, el profesional del enlace del equipo de salud mental debe establecer articulación con las instituciones u organizaciones que ejecuten el Plan de Intervenciones Colectivas. Esto con el fin de vincular a la víctima/sobreviviente a las acciones de información, comunicación y educación en derechos sexuales y reproductivos, en derechos de las víctimas y en otros temas de interés en salud mental que se desarrollen localmente. De igual forma, debe vincular a la víctima/sobreviviente a las acciones que se estén desarrollando para la creación o fortalecimiento de redes de víctimas/sobrevivientes o familiares de violencias de género, o redes de apoyo social o comunitario.

En cuanto a la vinculación con otros sectores, es importante tener en cuenta la información de las secretarías de mujer u oficinas de género. Hay que recordar que el decreto 1033 de 2014 establece que:

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán informar a las Secretarías de la Mujer u Oficinas de Género de las entidades territoriales sobre la existencia de víctimas de ataques con sustancias, para que dichas dependencias inicien el acompañamiento y seguimiento en la ruta integral de atención.

La IPS asignada debe programar citas de seguimiento, inicialmente, con una frecuencia semanal, ya sean en la institución o a través de la atención (visita) domiciliaria, o de las intervenciones en salud mental comunitaria. Durante estos seguimientos hay que propender por la construcción de una relación colaborativa y consistente a lo largo

del proceso terapéutico, así como la validación y la construcción de motivación y compromiso para el cambio.

La naturaleza de la intervención terapéutica se realizará con base en lo identificado durante la fase de valoración. En general, las estrategias más adecuadas para la intervención individual en las primeras fases incluyen intervenciones estructuradas y puede ser necesario el uso de psicofármacos. Posteriormente, han de ser sustituidas por estrategias menos estructuradas que busquen incidir positivamente en la capacidad de agenciamiento, empoderamiento y estabilidad en las relaciones interpersonales y las vivencias sobre el sí mismo.

A grandes rasgos, el plan de cuidado en salud mental y seguimiento debe incluir las acciones que se describen a continuación:

1. *Establecer el contrato terapéutico*: con base en los hallazgos recolectados en la fase de evaluación, establecer un contrato terapéutico en el que se expliciten el número de días de asistencia al mes, los objetivos terapéuticos definidos en conjunto entre los profesionales y el paciente, etcétera.
2. *Exploración de amenazas o intentos suicidas*: asegurar que la ideación, gestos, amenazas o intentos suicidas sean explorados e intervenidos de manera adecuada.
3. *Identificar e intervenir cuando haya sospecha de abandono prematuro del tratamiento*: identificar qué causa el malestar dentro del entorno terapéutico y tomar medidas al respecto para aumentar la adherencia.
4. *Intervenir si hay sintomatología*: el equipo de salud debe intervenir si se identifica sintomatología moderada o leve asociada a depresión, ansiedad o pánico, abuso de sustancias, síntomas disociativos, etcétera.
5. *Entrenar en comunicación asertiva*: los especialistas en salud deben entrenar su comunicación y forma de

expresión de emociones en el ámbito de relaciones interpersonales.

6. *Entrenar en relajación y manejo del dolor*: se debe entrenar en estrategias de relación y manejo del dolor. Además, hay que recomendar aplicación de estrategias aprendidas en momentos previos a cirugías y durante la fase postquirúrgica.
7. *Desarrollar planes de acción*: es necesario enfocarse y desarrollar planes de acción sobre metas ocupacionales o formativas a largo plazo. Esto debe hacerse de manera específica para la víctima/sobreviviente y realizables a través del tiempo.
8. *Enfocarse y desarrollar planes de acción sobre metas en el ámbito interpersonal*: es necesario generar un plan de acción sobre metas en lo social, familiar y de pareja. Frente a este último punto resulta de particular importancia identificar si existe historia previa de violencias al interior de la relación de pareja. En caso de identificarlas, se deben incluir acciones especializadas con miras a romper el ciclo de violencias o el restablecimiento de relaciones violentas.
9. *Fortalecer las capacidades individuales*: tales como empoderamiento y agenciamiento de su vida con proyectos en cada una de sus áreas teniendo en cuenta sus gustos, necesidades y recursos.
10. *Reconocimiento conjunto de alternativas de servicios sociales*: es necesario conocer las alternativas complementarias a los servicios en salud de acuerdo con cada contexto.
11. En todos los casos las intervenciones deben incluir aquellas acciones que posibiliten la aceptación de su nueva apariencia, de su imagen corporal general, así como otros aspectos que puedan encontrarse alterados como la sexualidad y el autocuidado.

En cuanto a la duración del plan de cuidado y seguimiento, aunque la evidencia indica que debe hacerse durante dos años, estos ataques generan una huella permanente y una serie de intervenciones quirúrgicas que pueden llegar a durar décadas, y generar en las personas víctimas nuevos síntomas de ansiedad, temor y rememoración del evento traumático. Por esta razón, se sugiere que el seguimiento se realice hasta el momento en que la víctima o sobreviviente, junto al profesional a cargo, valoren y decidan de mutuo acuerdo que es oportuno dar por finalizado el proceso psicoterapéutico.

Hay que tener en cuenta que durante el proceso de preparación para cirugías y en la hospitalización posquirúrgica, por secuelas derivadas de quemaduras con agentes químicos, se debe garantizar el acompañamiento en salud mental a las víctimas y su familia en la institución donde se lleve a cabo el procedimiento.

Valoración de la familia y/o personas significativas del entorno de la víctima en la fase de atención ambulatoria

Al igual que la evaluación individual de la persona víctima, en los familiares se debe indagar sobre:

1. Aparición de nuevos síntomas o el aumento de síntomas detectados con anterioridad (con especial atención en la sintomatología relacionada al síndrome de sobrecarga del cuidador).
2. Ideas, gestos, amenazas o intentos de auto- o heteroagresión.
3. Temores, dudas acerca del cuidado y manejo de la persona víctima, dificultades para establecer una adecuada comunicación verbal, no verbal, afectiva, etcétera.
4. Estrategias utilizadas para la distribución del cuidado de la víctima. Adaptación a los nuevos roles. Dificultades relacionadas a la adopción de nuevos roles.
5. Estrategias utilizadas para hacer frente a las dudas que surjan en la comunidad o en la familia extensa, una vez la persona víctima haya regresado a su hogar.

6. Dificultades o estrategias utilizadas para reincorporarse a los grupos sociales, religiosos, deportivos, etcétera, de los que participaba antes del hecho violento.
7. Dificultades o avances en la reincorporación a entornos laborales, escolares, ocupacionales.
8. Adecuada comprensión del funcionamiento de las Rutas de Atención Intersectorial y de las acciones que la familia puede realizar para la activación de estas, así como el funcionamiento de la Ruta Integral de Atención en Salud para víctimas de ataques con agentes químicos.

En caso de hijos e hijas, se debe inquirir por: temores, culpas, vergüenzas, matoneo en el colegio/escuela o en el barrio a causa de las lesiones de la madre o padre, poco interés por volver a la escuela o a las actividades que antes realizaban, importante evaluación del juego, alteraciones del sueño como pesadillas, ideas de muerte o suicidio, o alteraciones comportamentales que indiquen un trastorno emocional de base. Al igual que con los adultos, deben evaluarse las estrategias de afrontamiento, dificultades o avances para reincorporarse a los entornos donde se desarrollaban y compartían antes del hecho violento. En caso de ser positivos estos hallazgos se debe enviar al niño, niña o adolescente a interconsulta para comenzar intervención por especialista de manera urgente.

Una vez realizada la entrevista se debe diseñar un plan terapéutico para la familia y personas significativas. La frecuencia de estos seguimientos dependerá de lo encontrado en las evaluaciones y del diagnóstico clínico.

Seguimiento a la familia y/o personas significativas del entorno de la víctima en la fase de atención ambulatoria

Con base en lo obtenido en el proceso de evaluación a familiares y personas significativas se realizará derivación para atención individual, si se considera necesario.

Teniendo en cuenta el grado del impacto individual y relacional, se realizarán terapias conjuntas con víctimas, familiares y personas significativas del entorno de la víctima. Partiendo del enfoque integrador, se recomienda incluir estrategias basadas en diversas escuelas u orientaciones de la salud mental, e incluir estrategias propias y originarias de las familias o grupos culturales, a través de lo lúdico, lo artístico y el juego. Esto facilita la interacción entre víctima y familia sin prevenciones, sin temores, con alegría, cooperación e integración.

Los equipos profesionales de salud mental de la IPS que realicen el seguimiento deben incluir acciones intra- y extramurales de acompañamiento a las familias y personas significativas de su entorno. Por tanto, deben realizar las acciones a través de acciones de educación y comunicación para la salud individual o familiar (habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental, capacidades para el manejo de situaciones de crisis o estrés), psicoterapias a nivel individual familiar o grupal con atenciones (visitas) domiciliarias, al igual que intervenciones de salud mental comunitaria en los diferentes entornos donde se desenvuelvan las personas. Así mismo, el profesional de enlace de la IPS debe garantizar la inclusión de las familias en las acciones del plan de intervenciones colectivas que se realicen en su municipalidad tipo: Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), creación o fortalecimiento de redes de apoyo social y comunitario para personas víctimas/sobrevivientes y sus familias, comunicación y educación en derechos, educación en salud mental y otros temas de interés en salud mental. Debe también incluir a la familia y a las personas significativas del entorno en la oferta institucional de otros sectores: ICBF, Secretaría de la Mujer u

oficinas de género, deporte o recreación, cultura, y los que las ONG's o instituciones privadas ofrezcan en sus municipios o localidades.

Las sesiones intrainstitucionales de tipo grupal deben tener una duración mínima de dos horas. En caso de que la sesión esté dirigida a una sola familia el grupo no debe ser mayor a diez personas, si la sesión es multifamiliar, pueden participar entre tres y seis familias. Los encuentros han de realizarse semanal o quincenalmente, según las necesidades de las familias y la oferta de servicios de salud mental en la institución donde se realiza el seguimiento. Idealmente los grupos deberán ser cerrados.

Dentro de las intervenciones se debe considerar la inclusión de las siguientes modalidades:

1. *Educación y comunicación para la salud dirigido a pacientes y familiares.* Dentro de los temas a abordar en estas sesiones se encuentran:
 - 1.1. Manejo del duelo.
 - 1.2. Habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental.
 - 1.3. Capacidades para el manejo de situaciones de crisis o estrés.
 - 1.4. Expresión de las emociones al interior de la familia.
 - 1.5. El cuidado del cuidador: distribución de cargas y prácticas de autocuidado.
2. *Terapias multifamiliares:* las terapias grupales multifamiliares permiten universalizar el duelo y dolor de la situación y permiten el apoyo mutuo de las familias en momentos en que se manifiesten sentimientos de culpa o de incapacidad, vergüenza, o cuando se presenten dificultades para relacionarse o cuidar a las víctimas. Este tipo de terapias también permiten compartir soluciones

prácticas que han implementado algunas familias, además pueden llegar a crear y/o fortalecer lazos de amistad que fortalezcan las redes de apoyo de víctimas o sobrevivientes, sus familias o personas significativas.

Para la intervención psicoterapéutica multifamiliar grupal se requiere una dupla conformada por terapeuta y co-terapeuta para lograr la participación de todas las personas del grupo e identificar emociones o sentimientos no verbalizados por las personas participantes.

3. *Terapia unifamiliar*: es importante tener en cuenta que los casos de familias severamente afectadas deben manejarse en sesiones solo con los integrantes de la misma familia, ya que los síntomas severos impiden seguir las normas del grupo.

En caso de terapia unifamiliar, la intervención psicoterapéutica debe centrarse en los síntomas de los integrantes de la familia que no le permiten adaptarse a la situación, además debe implementarse un plan de asesoría y consejería para el cuidado y manejo de cada uno de los síntomas de la persona víctimas. Una vez controlada la situación, se recomienda ingresar la familia a la terapia grupal multifamiliar.

4. *Visitas Domiciliarias*: se pueden llevar a cabo por parte de los profesionales de salud mental de manera individual o del equipo interdisciplinario en el momento que la situación lo amerite y que, por las condiciones de la víctima y/o familiares, sea mejor realizar las acciones de salud mental en el domicilio buscando mantener a los familiares en su entorno, con el máximo confort, la máxima comodidad y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad.

Seguimiento de niños, niñas y adolescentes significativos para la persona víctima

Como se enunció en el apartado anterior, se debe hacer una evaluación exhaustiva de los niños, niñas y adolescentes significativos para la víctima. Una vez realizada la evaluación y comprendida la situación, se establece un plan de manejo centrado en los hallazgos encontrados y el diagnóstico realizado.

En el caso de seguimiento y acompañamiento a niños, niñas y adolescentes se tienen en cuenta las implementación de las mismas modalidades de atención enunciadas en los apartados anteriores, es decir, las modalidades intramurales, extramurales (atención en salud mental comunitaria), vinculación a acciones del plan de intervenciones colectivas locales y la inclusión en programas de acompañamiento y seguimiento de instituciones de otros sectores públicos o privados y las ONG presentes en el municipio.

Las terapias para niños, niñas y adolescentes pueden realizarse de manera grupal respetando las edades (preescolares, escolares, preadolescentes, adolescentes), debido a que el lenguaje usado en las terapias debe tener en cuenta la edad y el desarrollo cognitivo de quienes participan.

El plan de trabajo debe incluir la intervención de los aspectos específicos encontrados, se recomienda intervenir los siguientes temas según las necesidades específicas y actuales de los niños, niñas y adolescentes:

- *Reconocimiento de la madre:* se debe empezar por el reconocimiento de aspectos como la voz, los cuidados, los juegos, los cuentos, lecturas que hacían, etcétera.
- *Temores:* miedos aprendidos sobre personas con rostros diferentes, miedos por historias que sus familias han relatado de monstruos, etcétera. Dependiendo de la edad de los niños y niñas se puede trabajar a través de dibujos, cuentos o películas cortas.

- *Vergüenza*: esta sesión está dedicada a averiguar qué aspectos de su madre o padre les avergüenza, qué contextos refuerzan la vergüenza (escuela, calle, etcétera), dependiendo de la edad de los niños y niñas se puede trabajar con cuentos, dibujos o películas cortas.
- *Miedo a ser atacados por agentes químicos*: a ellos o sus madres o padres. En esta sesión se brinda una breve y sencilla explicación sobre las probabilidades de un ataque, signos de alarma, medidas de protección, etcétera.
- *Autoestima*: a través de actividades deportivas o artísticas, dirigidas a fortalecer habilidades y destrezas, hacer amigos, identificar y expresar emociones, manejar las situaciones de estrés y la presión social.

El cierre a la atención en salud mental dependerá de la valoración y proceso terapéutico que se lleve con la víctima, su familia y personas significativas. No se establece un tiempo específico de duración porque depende de cada una de las personas y sus familias, al igual que de los profesionales.



Glosario

Atención ambulatoria: «Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente». También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente (Resolución 6408 de 2016).

Atención con internación y/o hospitalización: «modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante» (Resolución 6408 de 2016).

Atención domiciliaria: «modalidad de prestación de servicios de salud extra-hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia» (Resolución 6408 de 2016).

Atención hospitalaria: tiene como función garantizar que la atención integral de los accidentes de menor complejidad sea de profesionales, técnicos o auxiliares, contando con el abastecimiento de medicamentos, material médico quirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y derechos de hospitalización (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (1997).

Atención Integral en Salud: según la Ley Estatutaria de la Salud es «el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la en-

fermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos» (Ley 1751 de 2015).

Atención de urgencias: «modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad» (Resolución 6408 de 2016).

Agentes químicos: «cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad» (Ley 1639 de 2013, artículo 5).

Guía de primeros auxilios psicológicos: se encarga de restablecer el equilibrio emocional, brindando ayuda a la persona a través de pasos concretos para afrontar la crisis en particular (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Rehabilitación integral: es viable cuando se ha superado el proceso de rehabilitación funcional y se incorpora a la víctima a su ámbito familiar, escolar, laboral y social y reconstruye su proyecto de vida (Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Internacional para las Migraciones, 2016).



Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de la Mujer (2015). *Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en caso de ataques con agentes químicos*. Bogotá: Bogotá Humana. DOI: <https://doi.org/10.7440/res22.2005.14>.
- Anacona Hormiga, M. (2014). *Revisión documental del concepto «enfoque psicosocial» en atención a víctimas del conflicto armado colombiano particularidades para una acción sin daño*. Universidad Nacional de Colombia: Colombia. Recuperado de <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/679/1/25480734.2014.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.12795/anduli.2017.i16.06>.
- Arón, A.M. y Llanos, M.T (2005) Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan en violencia. *Sistemas Familiares* 20 (1-2) 5-15.
- Acid Survivors Foundation (2014). *Acid Survivors Foundation, Annual Report 2014*. Bangladesh: Acid Survivors Foundation. Recuperado de http://www.acidsurvivors.org/images/frontImages/Annual_Report-2014.pdf.
- Barnett BS, Mulenga M, Kiser MM, Charles AG. *Qualitative analysis of a psychological supportive counseling group for burn survivors and families in Malawi*. *Burns*. 2017 May;43(3):602-607. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.027>.
- Berlomas P. (2013). *Mujeres quemadas, vidas marcadas: La construcción de la agenda política en torno a las agresiones con ácido en Colombia*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: https://issuu.com/casmujer/docs/tfm_final_pen_lope_berlomas_2013. DOI: <https://doi.org/10.15332/tg.mae.2015.00253>.
- Bustelo, C. (2015) *Experiencias de formación - transformación en Contextos de encierro. Un abordaje político pedagógico desde la perspectiva narrativa y (auto) biográfica*. Recuperado de: http://jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/107/2015/04/Eje14_Bustelo.doc.pdf.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *En Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 3, 145-151. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2173-5050\(10\)70024-8](https://doi.org/10.1016/S2173-5050(10)70024-8).

- Cabruja I Ubach, T. (2004). *Violencia doméstica: sexo y género en las teorías psicosociales sobre la violencia. Hacia otras propuestas de comprensión e intervención*. Recuperado de: <https://m.dugi-doc.udg.edu//handle/10256/8628> DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctt1k232vs.12>.
- Casique, I. (2010) *Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032010000100002.
- Circular 016 de 2014, sobre la “Exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copago por leyes especial”. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Recuperado de <https://www.cruzblanca.com.co/images/descargas/Circular-0016-de-2014-excepciones.pdf> DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a15>.
- Circular 008 de 2017, sobre las “Instrucciones respecto a la ruta de atención integral víctimas de ácidos, álcalis o sustancias corrosivas”. Superintendencia de Salud (2017). Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/Circular%20externa%20008%20de%202017.pdf> DOI: <https://doi.org/10.15425/redepub.33.2014.05>.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1997). Acuerdo número 72. Recuperado de: <http://190.248.134.158/intranet/start/sig/normograma/Acuerdos/Acuerdos%20de%20Consejos%20Directivos%20o%20Juntas%20Directivas%20de%20Entidad%20Descentralizada%20Nacional/1997/acuerdo%2072%20de%201997.pdf>.
- Crespo, A. A., Ardaiz, M. J. Z., Elia, M. A., Goñi, C. F., Lara, J. R. L., y Pascual, P. P. (2009). El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios en *Atención primaria*, 41(12), 688-694. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.04.004>.
- Dawson KS, Bryant RA, Harper M, Kuowei Tay A, Rahman A, Schafer A, van Ommeren (2015). Problem Management Plus

- (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems en *World Psychiatry*, 14(3) DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.2025>.
- De Castella, T. (2013). How many acid attacks are there? en *BBC News Magazine*. Recuperado de <http://www.bbc.com/news/magazine-23631395>.
- Decreto 1033 de 2014, por el cual se reglamenta la Ley 1639 de 2013 por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2002. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201033%20de%202014.pdf. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.9>.
- Durston, J., Miranda, F. (2002). *Experiencias y metodología en la Investigación participativa*. CEPAL: Santiago de Chile. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6023/S023191_es.pdf.
- Escobar, C. (2013). *Victimización familiar en los procesos de reparación en niñas y adolescentes víctimas de delito sexual*. Universidad Viña del Mar. Recuperado de: <http://repositorio.uvm.cl/bitstream/handle/uvm/225/Victimiza-ci%C3%B3n%20familiar%20en%20los%20procesos%20de%20reparaci%C3%B3n%20en%20ni%C3%B1o-as%20y%20adolescentes%20v%C3%ADctimas%20de%20delito%20sexual.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. DOI: <https://doi.org/10.22564/4simbgf2010.194>.
- Fratianne RB1, Prensner JD, Huston MJ, Super DM, Yowler CJ, Standley JM (2001). The effect of music-based imagery and musical alternate engagement on the burn debridement process en *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, Jan-Feb;22(1):47-53. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004630-200101000-00010>.

- Fontaines, T., Palomo de Rivero, M. y Velázquez, M. (2015). Resiliencia como componente de la actitud emprendedora de los jóvenes universitarios en *Revista Educación y desarrollo social* 9(1), 160-183. DOI: <https://doi.org/10.18359/reds.558>.
- Galtung, J. (1999). *Tras la violencia, 3r: Reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Barcelona: editorial Bakeaz.
- Gaviria, J. L., Gómez, V. y Gutiérrez, P. (2014). Agresiones con químicos en Colombia, un problema social en *Revista Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica* 20 (1), 24-33. Recuperado de <http://www.ciplastica.com/sccp4-junio-2014>.
- Gaviria-Castellanos, J., Gómez-Ortega, V., y Gutiérrez P. (2015). Quemaduras químicas por agresión: Características e incidencia recogidas en el Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia en *Cirugía plástica ibero-latinoamericana* 14(1), 73-82. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n1/09_original9.pdf. DOI: <https://doi.org/10.4321/s0376-78922015000100009>.
- González, G. y Paniagua, E. (2005). *Relación entre salud, salud mental e intervenciones psicosociales*. Manuscrito inédito, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/69bdc7a4-499c-4b1c-8d83-66d18327cb64/Relacion+Salud+Mental+y+Salud+Publica.pdf?MOD=AJPERES>. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000100005>.
- Lawang W et al. (2013). Support interventions for caregivers of physically disabled adults: a systematic review en *Nursing and Health Sciences* 15(4):534-545. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12063>.
- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 41.148, 23 de diciembre de 1993 (legislado). Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>.

- Ley 599 de 2000: Por la cual se expide el Código Penal. *Diario Oficial* No. 44097, 24 de julio de 2000 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6388>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>.
- Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 46506, 9 de enero de 2007 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600> DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>.
- 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 Penales, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 47193, 4 de diciembre de 2008 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>.
- Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 47957, 19 de enero de 2011 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>.
- Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 48680, 21 de enero de 2013 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51292>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>.
- Ley 1639 de 2013: Por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2000. *Diario oficial* No. 48839, 2 de julio de 2013 (legislado). Recuperado

- de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53627>. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctv9hvtfd.51>.
- Ley 1719 de 2014: Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 45658, 1 de septiembre de 2004. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14787>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>.
- Ley 1773 de 2016: Por medio de la cual se crea el artículo 116A, se modifican los artículos 68A, 104, 113, 359 de la Ley 599 de 2000 y se modifica el artículo 351 de la Ley 906 del 2004 (legislado). *Diario Oficial* No. 49747, 6 de enero de 2016 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=64455>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.9>.
- Ley estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 49427, 16 de febrero de 2015 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>. DOI: <https://doi.org/10.17230/nfp.12.86.10>
- Ligero JA., Espinosa J., Mormeneo C., Bustelo M. (2014), *Cómo hacer una evaluación sensible al género y al enfoque basado en derechos humanos para el desarrollo*. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/58149/1/bustelo1%2057-58.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctvkwnnrz.13>
- Martín Beristain, C. (2010). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. Bilbao: Egoa.
- Martínez, A., Piqueras, J. e Ingles, C. (2011). Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés en *Motivación y emoción*, 14 (37). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de salud mental en Colombia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a15>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la ley 1448 de 2011. versión 2 ajustada*. Bogotá. DOI: <https://doi.org/10.18294/rdi.2017.174005>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021*. Documento técnico. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a14>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Documento técnico. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.19137/aljaba-2019-230113>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*. Documento técnico. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a14>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). *Estrategia de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del programa de atención psicosocial y salud integral- PAPSIVI. Marco conceptual para la atención psicosocial individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica, Vol. 1 de 5*. Recuperado de: <http://www.iets.org.co/victimas/PublishingImages/Paginas/PAPSIVI/V1.%20Marco%20concep>

- tual%20Atenc%20Psicosocial%20070516.pdf. DOI: <https://doi.org/10.21501/22161201.2800>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Internacional para las Migraciones (2016). *Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE*. Bogotá: oim. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.ef.n53a05>
- Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(1), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.1.2007.4029>.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Manual Clínico: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Guía de Intervención mh-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.09.001>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Empoderamiento del usuario de salud mental – Declaración de la Oficina Regional para Europa de la oms*. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf. DOI: <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2010000400001>
- Pardo Herrera, J. (2014). Las víctimas de agentes químicos, el Estado y los efectos públicos en *Nuevos paradigmas de las ciencias sociales latinoamericanas*, 5(10), 165-190. Recuperado de: <http://www.ilae.edu.co/Publicaciones/files/08.%20Pardo%20Herrera.pdf>
- Parás-Bravo P1,2, Alonso-Blanco C3, Paz-Zulueta M4, Palacios-Ceña D3, Sarabia-Cobo CM4,5, Herrero-Montes M4,

- Boixadera-Planas E6, Fernández-de-Las-Peñas C3 (2018). Does Jacobson's relaxation technique reduce consumption of psychotropic and analgesic drugs in cancer patients? A multi-center pre-post intervention study en *BMC Complement Altern Med* May 2;18(1):139. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2200-2>
- Park E, Oh H, Kim T. (2013), The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care. *Burns* Sep;39(6):1101-6. DOI: 10.1016/j.burns.2013.01.006.
- Perez GA, Rose KM, Caceres BA, Spurlock W, Bowers B, Lutz B, Arslanian-Engoren C, Reuter-Rice K, Bressler T, Wicks M, Taylor D, Johnson-Mallard V, Kostas-Polston E, Hagan T, Bertrand D, Reinhard SC (2018). Position statement: Policies to support family caregivers en *Nurs Outlook*, May - Jun;66(3):337-340. DOI: 10.1016/j.outlook.2018.04.009.
- Prensner JD1, Yowler CJ, Smith LF, Steele AL, Fratianne RB (2001). Music therapy for assistance with pain and anxiety management in burn treatment en *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, Jan-Feb; 22(1):83-8; discussion 82-3. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004630-200101000-00019>.
- Resolución 2715 de 2014: Por la cual se establecen las sustancias que deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo, con base en los criterios de clasificación que se definen. Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. *Diario Oficial* No. 49227, 29 de julio de 2014 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=58777>. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a15>.
- Resolución 4568 de 2014: Por medio de la cual se adopta el “Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos”. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *Diario Oficial* No. 49325, 4 de noviembre de 2014 (legislado). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=58777>.

- gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=71007. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a15>
- Resolución 6408 de 2016: Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016) (legislado). Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf#search=resolucion%25206408. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a15>
- Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G (2015). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse en *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 3;(12):CD005043. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005043.pub3>.
- Salvo, J. (2007). *Psicología Social. 100 años del maestro Enrique Pichon Riviére*. Manuscrito Inédito. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf.
- Secretaría Distrital de la Mujer. (2015). *Manual de acompañamiento psicosocial en las CIOM*. Documento técnico (código TPP-MEG-MAN, versión 1).
- Sepúlveda-Baldosa, A. C., Romero-Guerra, A. L. y Jaramillo-Villanueva, J. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. En *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 69(5), 347-354. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.03.010>.
- Synergia, Universidad Nacional de Colombia, COSUDE, GIZ y PNUD. (2011). *Acción sin daño como aporte a la construcción de paz: propuesta para la práctica*. Recuperado de http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallIG/home_52/recursos/01general/29112013/accionesindano_sesion2_mod2.pdf

- S. Sorenson, M. Pinquart, and P. Duberstein. How Effective Are Interventions With Caregivers en *Gerontologist*, 42(3), pp. 357–358. 2002.
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. En *Pensamiento Psicológico* 1(5), 117-123.
- Wietse A Tol, Vivi Stavrou, M Claire Greene, Christina Mergenthaler, Mark van Ommeren, Claudia García Moreno (2013). Sexual and gender-based violence in areas of armed conflict: a systematic review of mental health and psychosocial support interventions en *Conflict and Health* 2013; 7: 16. Published online 2013 Aug 5. DOI: <https://doi.org/10.1186/1752-1505-7-16>.
- Watkins PN, Cook EL, May SR, Still JM Jr, Luterman A, Purvis RJ (1996). Postburn psychologic adaptation of family members of patients with burns en *Journal of Burn Care Rehabilitation*. 1996 Jan-Feb;17(1):78-92. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004630-199601000-00015> PMID:8808363.
- Williams AP et al. (2015) Caring for Caregivers: Bridging the Care Gap en *healthcarepapers* 15(1) April 2015 : 62-66. DOI:10.12927/hcpap.2015.24393.

Índice onomástico



A

Alonso, Cristina 93

Anacona, María: 39

Ardaiz, María: 63

Arón, Ana: 63

B

Barnet, Brian: 95

Beristaín, Martín: 32

Berlomas, Penélope: 26

Bertrand, Desiree: 94, 95

Blackford, Jeanine: 95

Bruce, Cindy: 95

Bustelo, Cynthia: 42

C

Cabanyes, Javier: 33

Cabruja i Ubach, Teresa: 41

Caceres, Billy: 94-95

Carter, Yvonne: 91

Casique, Irene: 34

Charles, Anthony: 95

Crespo, Ana: 63

Cook, Lawrence: 95

D

Davidson, Leslie: 91

Dawson, Katie: 91

De Castela, Tom: 58

Duberstein, Paul: 95

Dune, Danielle: 91

E

Elia, Maite: 63

Escobar, Constanza: 42

F

Feder, Gene: 91
Fontaines, Tomás: 33
Fratianne, Richard: 93

G

García, Claudia: 91
Gaviria, Jorge Luis: 27. 51
Gómez, Viviana: 27. 51
González, Carlos: 31
Goñi, Carmen: 63
Greene, M Claire: 91
Gutiérrez, Patricia: 27. 51

H

Hagan, Teresa: 94, 95
Horey, Dell: 95
Huston, Molly: 93

I

Im, Jennifer: 95
Ingles, Cándido: 32

J

Jaramillo, Leonel: 32

K

Kim, Taeim: 93
Kiser, Michelle: 95
Kuluskie, Kerry: 95

L

Lara, José: 63
Lawang, Wanarat: 95

Ligero, Juan: 42
Llanos, María: 63
Lum, Janet: 95
Luterman, Arnold: 95

M

Mansilla, Fernando: 63
Marta, Grasic: 95
Martinez, Agustín: 32
May, Randolph: 95
Mergenthaler, Chirstina: 91
Moomaw, Karen: 94-95
Morton, Frances: 95
Mulenga, Macjellings: 95

N

Nenthesiel, Carolina: 39

O

Oh, Hyunjin: 93
Olabarría, Begoña: 63

P

Paniagua, Eugenio: 31
Palacio, Domingo: 93
Palomo de Rivero, María: 32
Parás, Paula: 93
Pardo, Judith: 51
Park, Eunok: 93
Pascual, Pablo: 63
Paz, Zuleta: 93
Peckham, Allie: 95
Pérez, Adriana: 94-95
Pinquart, Martin: 95

Piqueras, José: 32
 Prensner, Jennifer: 93
 Purvis, John: 95

R

Ramsay, Jean: 91
 Rapacci, María: 40
 Reinhard, Susan: 95
 Riewpaiboon, Wachara: 95
 Rivas, Carol: 91
 Rodriguez, Marcela: 40
 Romero Ana: 32
 Rutter, Michael: 32

S

Sepúlveda, Ana: 32
 Smith, L.F: 93
 Spalding, Karen: 95
 Stavrou, Vivi: 91
 Steele, Louise: 93
 Still, Joseph: 95
 Sörensen, Silvia: 95
 Super, Denis: 93
 Sunser, Rachanee: 95

T

Taft, Anjela: 91
 Tam, Tommy: 95
 Tejada, Alonso: 35

V

Van Ommeren, Mark: 91
 Velásquez, Victoria: 32

W

Warburton, Alison: 91

Warrick, Natalie: 95

Watkins, Patricia: 95

Wietse, A Tol: 91

Williams, A.P: 95

Y

Yowler, Charles: 93

Índice analítico



Agentes químicos: 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 38, 40, 42, 45, 46, 50, 52, 58, 63, 65, 67, 68, 75, 79, 80, 83, 86, 100, 101, 108, 113

Afrontamiento: 16, 31, 32, 43, 86, 89, 94, 95, 103, 108

Atención:

ambulatoria: 22, 55, 100, 101, 102, 107, 109

hospitalaria: 53, 66, 96

individual: 18, 22, 67, 86, 90, 101, 103, 109

integral: 30, 31, 38, 43, 45, 46, 52, 66, 67, 88, 100

prehospitalaria: 53, 65, 72, 73

urgencias: 45, 53, 58, 65, 68, 75, 83

Enfoque:

de derechos: 18, 20, 33, 38, 67, 76

de género: 18, 20, 21, 26, 28, 29, 41, 76

psicosocial: 18, 20, 39, 40, 65, 76, 88, 101

transformador: 19, 20, 41, 42, 43, 80

Empoderamiento: 31, 34, 40, 91, 105, 106

Hechos victimizantes: 21, 55

Primeros auxilios psicológicos: 58, 65, 66, 68

Principio de acción sin daño: 20, 21, 43

Red de apoyo: 34, 51, 64, 77, 88, 89

Resiliencia: 42, 43, 91, 95

Violencias: 22, 28, 29, 41, 42

de género: 20, 26, 29, 39, 41, 44, 69, 79, 91

física o psicológica: 27, 30, 57

Atención integral en salud mental para víctimas de ataques con agentes químicos

Este libro, editado y publicado por el sello Editorial Universidad El Bosque, se terminó de imprimir en la ciudad de Bogotá en el mes de julio del año 2020.

Para esta edición, se usaron las familias tipográficas: Times a 11,5 puntos a 48 puntos y Besteam de 50 puntos.

El formato de este ejemplar es de 16 x 24 centímetros.

La cubierta está impresa en propalcote de 300 gramos de baja densidad, y las páginas interiores, en papel Bond Bahía de 90 gramos.

Este libro es el resultado de dos años de investigación participativa con sobrevivientes de ataques con agentes químicos. La investigación fue realizada en el marco del proyecto *Violencias de Género y Salud Pública* de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque, con el apoyo y la participación de la Fundación Reconstruyendo Rostros, la Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá, El Hospital Simón Bolívar y con la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

En este se proponen herramientas para realizar la atención y el acompañamiento a sobrevivientes de ataques con agentes químicos, sus familias y personas significativas de su entorno, acogiendo los enfoques de derechos, psicosocial, de género, transformador y de acción sin daño. Está dirigido a profesionales de la Salud Mental de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas adscritas a una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) en el territorio nacional, que tienen la responsabilidad de la atención, acompañamiento y seguimiento en las diferentes fases de atención en salud: Atención Prehospitalaria, Atención de Urgencias, Hospitalización, atención ambulatoria incluida la fase de seguimiento post hospitalario por consulta externa.

