

Preservar la salud mental y el bienestar psicosocial de las sobrevivientes de violencia basada en género migrantes y refugiadas:

MODELO Y GUÍA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

SUBSECTOR DE VBG R4V



R4V

Plataforma de Coordinación
Interagencial para Refugiados
y Migrantes de Venezuela

PARTE I

PRESERVAR LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL DE LAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO MIGRANTES Y REFUGIADAS: MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

SUBSECTOR DE VBG - R4V

Panamá, Diciembre 2 de 2020

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN.....	9
PARTE A	
COMPRENDIENDO LA SALUD MENTAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EMERGENCIAS QUE REQUIERE ATENCIÓN REMOTA.....	13
1. SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOSOCIAL	13
1.1 Definición del bienestar psicológico y su relación con la salud mental	13
1.2 Violencia basada en Género: definición, descripción, causas y consecuencias, niveles de afectación en la salud mental y el bienestar psicosocial.	16
1.3 Impacto de la pandemia y el confinamiento en el bienestar psicológico y la salud mental	30
1.4 Acumulación de estresores diarios en confinamiento	31
1.5 Indicadores psicosociales y salud mental- Estrategia de mapeo.	37
1.6 Acción sin daño y estrategias basadas en evidencia.....	40
PARTE B	
MODELO CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LA SOBREVIVIENTES DE VBG MIGRANTES Y REFUGIADAS EN MODALIDAD REMOTA	41
2. CONSIDERACIONES GENERALES	41
2.1 Protección, Seguridad y confidencialidad	41
2.2 Riesgo y vulnerabilidad	42

2.3 Medios de acceso a la asistencia psicosocial en modalidad remota..... 44

2.4. Gestión de casos 45

2.5 Modelo de atención psicosocial remoto para sobrevivientes de VBG en emergencias. 48

PARTE C.

LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN..... 54

3. IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE BIENESTAR PSICOLÓGICO 58

 3.1 Indicadores de bienestar psicológico en función del tipo de VBG 58

 3.2 Conceptos de Severidad, Frecuencia y Cronicidad..... 59

 3.3 Analizando las consecuencias de la VBG y el escalamiento en confinamiento 60

 3.4. Establecer la combinación de indicadores psicosociales x confinamiento,
 por vulnerabilidad y x VBG..... 61

 3.5 Identificando los efectos por ciclo de violencia, tipo de convivencia
 y por momentos del confinamiento..... 62

 3.6 Análisis por áreas y dimensiones del desarrollo y la adaptación
 para sobrevivientes a VBG. 62

 3.7 Identificación de problemáticas y necesidades..... 63

 3.8 Identificación de los recursos psicológicos disponibles en las sobrevivientes 63

4. ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA NO ESPECIALIZADA ESTRUCTURADA:
 MEJORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO 63

 4.1 Modelos y estrategias de intervención y atención 63

4.2 Atención focalizada no especializada básica	64
4.3 Acciones focalizadas no especializadas estructuradas.....	64
4.4 Generalización y transferencia.....	68
5. CONCLUSIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

AGRADECIMIENTOS

Este recurso es el producto de una colaboración interagencial y de una amplia consulta con expertos sobre VG trabajando en el terreno y no se hubiera concretado sin el tiempo y los aportes sustantivos por los actores de programas de VG alrededor del mundo. No existe el suficiente espacio para reconocer todas las contribuciones recibidas; reconocemos que muchas de las personas que han sido incluidas en esta lista consultaron internamente con colegas cuyos nombres no fueron incluidos. En verdad apreciamos a todos quienes han apoyado el desarrollo de los Estándares Mínimos.

El desarrollo de este modelo fue dirigido por el Subsector Regional de Violencia de Género liderado por María Ariza, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Mónica Noriega, Organización Internacional para las Migraciones (OIM). El Equipo de Trabajo incluyó Mónica Vega (UNFPA).

El modelo y la guía fueron desarrollados y elaborados por Clemencia Ramírez, PhD. Mónica Noriega Ardila (OIM) lideró el desarrollo y supervisó la iniciativa.

Varios expertos además del Equipo de Trabajo estuvieron involucrados en el desarrollo de los Estándares Mínimos. El Equipo de Trabajo consultó con muchos expertos en la materia para refinar cada Estándar con el fin de incluir la evidencia más precisa y actualizada. Algunas de las personas clave que participaron en estas discusiones incluyen a: Suhaila Aboud, Raya Alchukr, Emmanuelle Compingt, Mira Cuturillo, Dabney Evans, Siobhan Foran, Astrid Haaland, Maria Holtsberg, Mehreen Jaswal, Joanina Karubaga,

Leigh-Ashley Lipscomb, Laura Marchesini, Melanie Megevand, Sinéad Murray, Meghan O'Connor, Holly Radice, Sonja Rostogi, Kate Rougvie, Stefanie Ruehl, Alejandro Sanchez, Danielle Cornish- Spencer, Graciela Van der Pol y Masumi Yamashina.

La recopilación de comentarios de profesionales en VG a nivel de campo fue crítica para garantizar que este sea un recurso inclusivo, bien informado respecto al trabajo de campo, y este basado en evidencia y en las mejores prácticas establecidas o emergentes. Las consultas realizadas desde noviembre de 2018 a febrero de 2019 en 14 países (Bangladesh, Camerún, República Democrática del Congo, Jordania, Mali, Fiji, Filipinas, Nigeria, Somalia, Sudán del Sur, Siria, Serbia, Yemen) sirvieron para recolectar comentarios estructurados respecto a los Estándares Mínimos. Una amplia gama de actores con experiencia especializada en programación de VG asistieron a las sesiones.

El recurso también se nutrió de las contribuciones de los miembros principales del AdR sobre VG, del Comité Directivo de Llamado a la Acción, de los Coordinadores y Coordinadoras del Subgrupo Temático sobre VG en el terreno y los Asesores sobre VG Regionales (REGA).

El desarrollo de los Estándares Mínimos fue generosamente apoyado por La Oficina de Población, Refugiados y Migración (Bureau of Population, Refugees, and Migration, PRM) del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

PRESERVAR LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL:

Un modelo de atención psicosocial remota focalizada para sobrevivientes de Violencia basada en Género en emergencias

INTRODUCCIÓN

Desde enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud informó sobre la aparición del brote de una enfermedad conocida como la COVID 19¹ que desencadenó una emergencia de salud pública de carácter internacional. En el mes de marzo del mismo año se declaró pandemia, situación que ha puesto en estado de emergencia al mundo entero. Tal situación ha hecho que la mayoría de los países, a partir del estado de alarma, hayan tomado medidas para controlar la pandemia, tratando de frenar la velocidad del contagio e intentado preservar la salud de la población, lo que ha traído como consecuencia el confinamiento, las cuarentenas generalizadas o focalizadas, la necesidad del aislamiento social, el mantenimiento de la distancia física y un cambio en cuanto a la frecuencia necesaria de hábitos de salud, como el lavado de manos y un ajuste en patrones de comportamiento como el distanciamiento social. Esto ha generado unos cambios drásticos en las personas en todas sus dimensiones, así como un estrés generalizado en la población que implica grandes esfuerzos de parte de la sociedad (Villalobos 2020) y de los países y sus mecanismos de respuesta institucional para afrontar una emergencia de tal magnitud.

Las consecuencias de una emergencia como la actual ocasionada por la aparición de la COVID 19 en Wuhan, China, a finales del año pasado son innumerables, no sólo en términos económicos, sociales y políticos, sino en el área de la salud específicamente, en la salud mental y el bienestar psicosocial que juegan un papel fundamental para la superación de la crisis.

Además de lo anterior, existe amplia evidencia sobre el hecho de que una problemática que se aumenta exponencialmente es la violencia basada en género (VBG) en todas sus manifestaciones, durante las emergencias humanitarias ocasionadas por desastres naturales, conflictos armados o situaciones de carácter sanitario.

La VBG es un problema mundial de salud pública y una vulneración a los derechos humanos que va en contra de los principios y de las leyes de equidad que son pilar

fundamental en toda sociedad. Los diferentes miembros de las Naciones Unidas han aunado esfuerzos para desarrollar acciones y tener la respuesta necesaria frente a la VBG en las emergencias, teniendo en consideración el aumento significativo de la violencia en contra de las mujeres, las niñas y las adolescentes, particularmente, durante estas situaciones. (UNFPA 2015).

En el caso de una pandemia como la que se enfrenta actualmente, las restricciones que exigen permanecer en casa y limitan la movilidad, en general, también contribuyen al incremento de la violencia basada en género, lo cual ha sido documentado en diferentes medios de comunicación y en registros oficiales, así como en información suministrada por organizaciones dedicadas a la protección y defensa de los derechos humanos, como lo reporta [el Informe de Derechos Humanos y la Respuesta a la Covid 19 \(2020\)](#).

Es sabido que en situaciones de emergencia, las niñas y las mujeres son, especialmente, quienes se encuentran en mayor riesgo de padecer todas las formas de violencia, debido a las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan en estas situaciones (OIM, ICBF 2013); así mismo, se considera que en estas condiciones el control de los abusadores aumenta y, en muchas ocasiones, las mujeres son amenazadas de múltiples formas hasta llegar al punto de sacarlas de la casa exponiéndolas al contagio de la enfermedad [Informe de Derechos Humanos y la Respuesta a la Covid 19 \(2020\)](#).

Es relevante poner especial atención a las y los migrantes ya que con la propagación del virus en la región, esta población –en condición de migración, y refugio–, y que puede encontrarse en una condición migratoria irregular o no está debidamente documentada, está en mayor riesgo, porque puede estar por fuera de la cobertura en salud o de los programas de protección y bienestar que ofrecen los países de destino; además de no recibir la atención necesaria, adecuada y oportuna [RMRP for refugees and migrants from Venezuela \(2020\)](#).

1 Coronavirus Disease 19.

Lo anterior ha llevado a las diferentes organizaciones a desarrollar lineamientos, mecanismos de respuesta, herramientas y estrategias que han permitido atender a las sobrevivientes de este flagelo de VBG, desde la perspectiva de los derechos humanos y del marco de la protección (World Health Organization (WHO) United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR 2019), (IOM 2018).

La VBG debe ser el foco central de la atención en las emergencias y por esta razón el Inter-Agency Standing Committee (IASC)² desarrolló la [Guía para integrar las intervenciones orientadas a las VBG en la respuesta humanitaria](#) cuyo objetivo es dar un lineamiento para los distintos actores humanitarios que facilite la coordinación, la planeación, la implementación y la valoración de las acciones necesarias para la prevención y mitigación de la VBG en la respuesta humanitaria. Es relevante tener en cuenta que hay una clara diferenciación entre el concepto de mitigación y el de prevención. El término mitigación se refiere, específicamente, a la reducción del riesgo de exposición a cualquier forma de VBG, mientras que la prevención son todas aquellas acciones orientadas a eliminar prácticas de violencia y que promueven la equidad de género.

La combinación de la pandemia, el confinamiento, la restricción de la movilidad y las diferentes situaciones que ha generado la emergencia, sumada al sufrimiento que ocasiona la exposición a cualquiera de las formas de VBG, tiene un efecto multiplicador en las consecuencias en la salud mental y el bienestar psicosocial, lo que exige una respuesta integral que considere todas estas condiciones y que, adicionalmente, tenga en cuenta los efectos devastadores en la comunidad y la familia, pero particularmente en las mujeres, niñas y adolescentes.

Lo anterior, sin lugar a duda, amerita la planeación y ejecución de estrategias de atención psicosocial focalizadas no especializadas, estructuradas y basadas en evidencia que estén dirigidas a preservar la salud mental, garantizar el bienestar psicosocial para evitar cualquier acción que represente un daño o amenaza. Estas estrategias deben ser altamente inclusivas, oportunas y efectivas que deben estar

centradas en las sobrevivientes. Se privilegiará la atención en modalidad remota teniendo en cuenta el contexto de la emergencia y la necesidad de mantener el aislamiento social.

La salud mental y la atención psicosocial en emergencias (SMAPS) ha sido un punto central en la respuesta humanitaria, de manera que las acciones pertinentes y relevantes en cada uno de los niveles de acción han sido desarrolladas en la [Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes \(2007\)](#), la cual ha dado la pauta para diferentes propuestas por parte de distintas organizaciones internacionales³ que han hecho aportes relevantes, enfatizando en el enfoque y en la respuesta psicosocial necesarios, según los niveles de atención.

Para la atención humanitaria y desde la perspectiva de la acción sin daño, es urgente incluir las técnicas y las herramientas, basadas en evidencia, que han sido desarrolladas en el campo de la salud mental. De tal manera, el énfasis principal del modelo que aquí se presenta está centrado en las atenciones focalizadas no especializadas, estructuradas, del tercer nivel, que permiten disminuir el sufrimiento de las sobrevivientes de la VBG, mitigar el impacto de las experiencias potencialmente traumáticas y mejorar el bienestar psicosocial, utilizando la modalidad remota y ofreciendo a los equipos psicosociales herramientas prácticas para facilitar la atención.

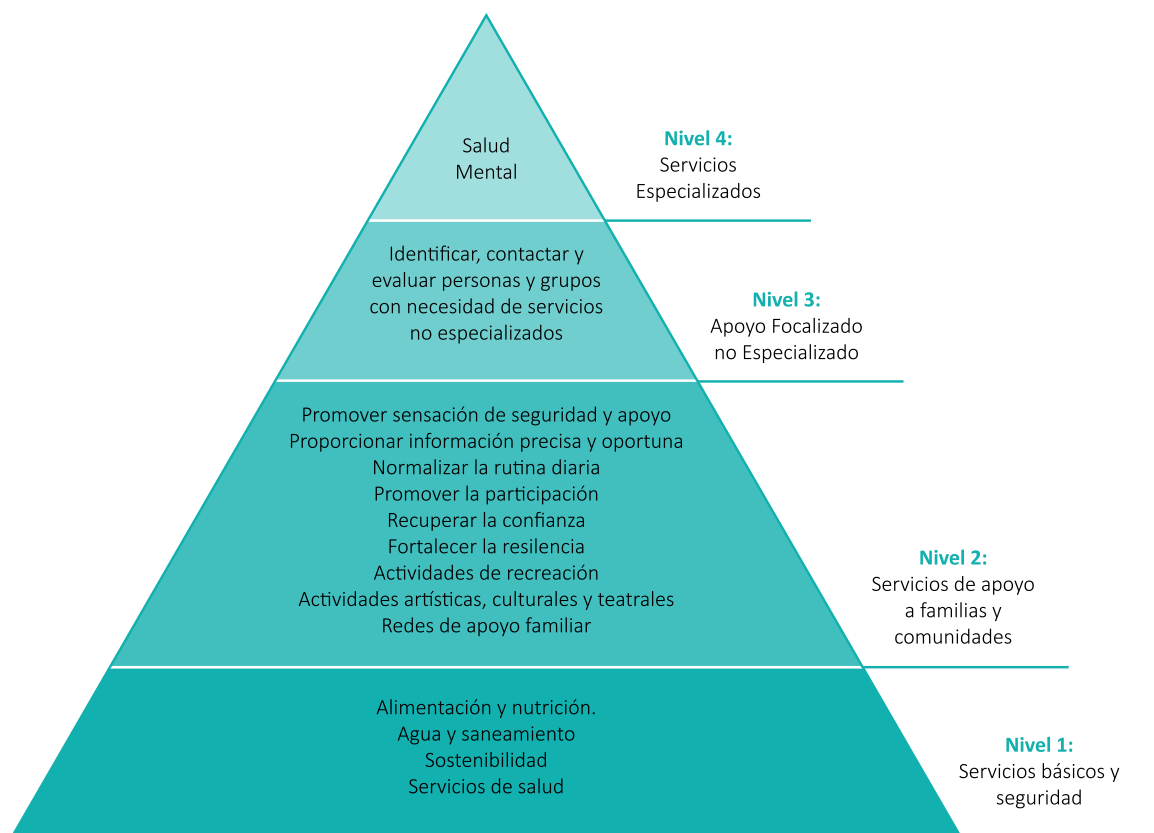
El modelo parte del desarrollo de habilidades de afrontamiento y regulación emocional necesarias para lograr y mantener el bienestar psicosocial de las sobrevivientes de VBG que están en situación de migración o refugio, e intenta, en la medida de lo posible, no llegar al nivel de atención especializada. Sin embargo, si esto es necesario se plantean, en el modelo, los criterios específicos para la remisión, basados en la metodología de la gestión de casos. Es conveniente aclarar que este modelo pretende ser un recurso complementario a la metodología de gestión de casos y se centra en las atenciones focalizadas no especializadas y estructuradas que se encuentran en el nivel 3 y se centran en el componente psicosocial como aparece señalado en la Figura 1.

² IASC por sus siglas en inglés se refiere al Comité Permanente entre Organismo, así mismo es un foro interinstitucional de socios humanitarios de la ONU y no pertenecientes a la ONU, fundado en 1992, para fortalecer la asistencia humanitaria. El objetivo general del IASC es mejorar la prestación de asistencia humanitaria a las poblaciones afectadas.

³ IOM Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement (2019)

FIGURA 1.

NIVELES DE APOYO Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL



Fuente: Elaboración propia con base en diferentes versiones

Tal y como plantea la [Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes \(2007\)](#), los apoyos focalizados no especializados y en este caso estructurados, son servicios para un número menor de personas en una emergencia están centrados en las personas, las familias y las comunidades con necesidades específicas y prestados por equipos y operadores que a su vez cuentan con una formación especializada y una supervisión técnica. En este nivel es en el que las sobrevivientes de VBG accederían a servicios y/o intervenciones como: los primeros auxilios psicológicos (PAP); la intervención en crisis (AC); la gestión de casos y la atención en salud mental y apoyo psicosocial.

El objetivo del presente documento es desarrollar una base conceptual y teórica que fundamente el modelo de atención psicosocial cuyo propósito es formular estrategias de valoración e intervención de atención psicosocial en modalidad remota, focalizadas no especializadas y estructuradas, orientadas a lograr el bienestar psicosocial y preservar la salud mental de las sobrevivientes de VBG en emergencias, aunque puede

ser utilizada para diferentes grupos de sobrevivientes de VBG se orienta principalmente a personas en situación de migración o refugio ([ver enlace](#)) y que puedan estar en situación de confinamiento o de restricción para asistir de manera presencial a un servicio.

Si bien es cierto, las sobrevivientes de VBG en situación de migración tienen muchas necesidades, **este modelo y guía de implementación sólo es aplicable para aquellas personas que están con decisión de permanencia en países de destino, que como se verá más adelante están expuestas a muchos riesgos. Para personas en situación de tránsito migratorio se necesitaría una guía de implementación diferente a la que acompaña este modelo.**

El modelo tiene varios elementos, a saber: 1) una base teórica conceptual, con un enfoque específico 2) una guía práctica de implementación y sus correspondientes herramientas, y 3) una propuesta de formación para equipos y operadores de atención psicosocial.

LAS PREGUNTAS QUE SE PUEDEN HACER LOS PROFESIONALES Y QUE EL MODELO PRETENDE RESPONDER SON LAS SIGUIENTES:

¿Cómo diferenciar los tipos de VBG y sus consecuencias e impactos?

¿Qué estrategias, basadas en evidencia, son las más útiles para brindar opciones en la atención psicosocial a sobrevivientes de VBG en situaciones en las que es necesaria la atención en modalidad remota, como ha sido el caso del confinamiento ocasionado por la pandemia de la Covid 19?

¿Qué técnicas son las más adecuadas para hacer intervenciones focalizadas no especializadas, estructuradas y oportunas correspondientes al tercer nivel de la atención psicosocial, de manera remota?

¿Cómo articular de manera efectiva la gestión de casos y la atención psicosocial focalizada no especializada y estructurada?

EL PRESENTE DOCUMENTO QUE CONSTITUYE LA PARTE I CONSTA DE TRES PARTES:

- PARTE A- COMPRENDIENDO LA SALUD MENTAL Y LA VBG EN EMERGENCIAS QUE REQUIERE ATENCIÓN REMOTA
- PARTE B- MODELO CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LAS SOBREVIVIENTES DE VBG EN MODALIDAD REMOTA
- PARTE C- ESTRATEGIAS PARA LAIMPLEMENTACIÓN.

Cada una de estas partes cuenta con una fundamentación teórica, con unas referencias de evidencias científicas sobre cada uno de los temas tratados y con una revisión de conceptos claves. En cada uno de los capítulos se incluyen unas *cápsulas de conocimiento* para enfatizar el hecho de que los equipos, operadores y especialistas de la atención psicosocial deben mantenerse actualizados con respecto a su formación y a la nueva evidencia existente para garantizar sus acciones y sus buenas prácticas, teniendo en cuenta que deben observar “la acción sin daño”.

Es relevante anotar que estos dos documentos integrados son complementarios. Por tal razón, tanto en el modelo como en la guía existen unos enlaces que tienen como propósito articular, tanto el fundamento teórico, como los elementos prácticos que permiten la implementación del modelo.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

Este modelo está dirigido a:

- Equipos y operadores responsables de la atención psicosocial en emergencias, especialmente aquéllos que responden a la situación de las personas migrantes y refugiadas de Venezuela.
- Equipos y operadores que atienden a sobrevivientes de violencia basada en género.
- Equipos y operadores en contextos humanitarios con poblaciones vulnerables como poblaciones migrantes en situación irregular y refugiados, en diferentes contextos.
- Equipos de atención psicosocial de ONG.
- Diferentes actores responsables de la atención psicosocial con entrenamiento previo.

¿CON QUIÉN SE PUEDE IMPLEMENTAR?

- Con mujeres mayores de 18 años expuestas a la VBG que se encuentran en situaciones de emergencia y necesitan acceder a la atención en modalidad remota, preferiblemente.
- Con mujeres mayores de 18 años migrantes que se encuentran en situación de riesgo por su estatus migratorio en un país de destino **–no en tránsito ni en albergues–**.
- Con mujeres que pueden estar o no viviendo con el compañero (a) agresor.

PARTE A

COMPRENDIENDO LA SALUD MENTAL Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EMERGENCIAS QUE REQUIERE ATENCIÓN REMOTA

1. SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOSOCIAL

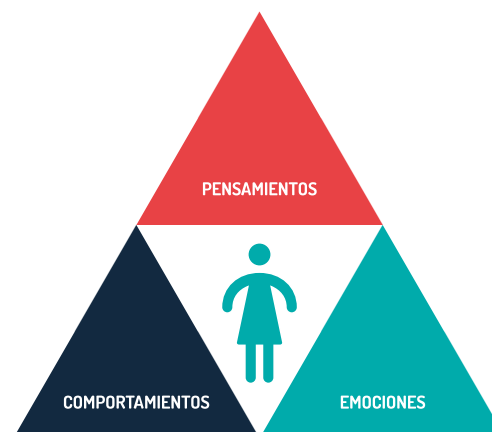
1.1 DEFINICIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL

La concepción de salud se ha ido transformando no sólo desde su definición, sino desde las estrategias que la explican y comprenden; se centra en el análisis del estado del individuo en su relación con el contexto próximo y distal, por lo que esta perspectiva implica tener una mirada integral de los factores individuales, sociales y culturales implicados en las transiciones de la población. La salud, en general, se puede considerar como un estado de “completo bienestar físico y psicológico” (OMS, 2013).

La salud mental es una condición que implica el funcionamiento equilibrado entre las emociones, la forma de pensar y de actuar, de tal manera que las personas puedan tener un manejo del entorno y estén en capacidad de afrontar los distintos riesgos a los que son expuestos. Los trastornos mentales son de alta prevalencia en el mundo entero y están determinados por múltiples factores por lo que en la actualidad constituyen un problema de salud pública.

FIGURA 2.

DIMENSIONES NECESARIAS PARA EL EQUILIBRIO EN LA SALUD MENTAL



Fuente: Elaboración propia

EN LA NOTA DE LA OMS (2019) TRASTORNOS MENTALES, SE CONSIDERA QUE:

- La prevalencia de los problemas de salud mental va en aumento, cuestión que incide en la salud de la población en general y que tiene unos impactos importantes en los aspectos fundamentales del desarrollo de los países, tales como como el nivel socioeconómico y el ámbito de los derechos humanos.
- Los trastornos mentales se caracterizan por ser una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre estos se encuentran la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo.
- Uno de los trastornos más frecuentes en el mundo es la depresión que constituye una de las principales causas de discapacidad y afecta a más de 264 millones de personas, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

La salud mental y el bienestar psicosocial son condiciones fundamentales para garantizar la salud integral de la población, por lo que situaciones de emergencia ponen en riesgo estas condiciones, como se observa en la actualidad en el contexto de la pandemia ocasionada por la Covid-19.

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La OMS en el artículo sobre [Salud mental: fortalecer nuestra respuesta \(2018\)](#) concibe la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como la ausencia de afecciones o enfermedades. Se define como: "un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad". En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz en la comunidad.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LO QUE SEÑALA LA OMS (2018) EN RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL:

- La salud mental está en un continuo de bienestar y la ausencia de trastornos no es sinónimo de salud mental.
- La salud es un concepto integral, por lo que hay una relación recíproca entre la salud y la salud mental.
- La salud mental es multi causada y está determinada por diversos factores
- Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.

En el artículo [Salud mental: fortalecer nuestra respuesta \(2018\)](#), se enfatiza en que tener salud mental es de vital importancia para las personas y para las comunidades ya que facilita la adaptación de las personas a sus entornos, permite la libre expresión de las emociones y los sentimientos, así como faculta para desarrollar actividades de diferente índole y posibilita disfrutar la vida, en general. Este mismo artículo destaca que la salud mental depende de unos determinantes y factores tanto sociales como psicológicos y biológicos,

y resalta que existen factores internos y externos de las personas que juegan un papel fundamental en la aparición de un problema de salud mental; factores como la falta de recursos económicos, la exposición a situaciones adversas o el enfrentamiento de problemas biológicos, entre otros, que pueden tener una relación con la salud mental.

En el [Plan de acción sobre salud mental de la OMS 2015-2020](#) se afirma que:

- Uno de los determinantes de la salud mental es la exposición a la violencia en cualquiera de sus formas que afecta todas las áreas de desarrollo e interfiere con el ajuste de las personas.
- El impacto en la salud mental depende del grado y el tiempo de exposición; en ese sentido, la violencia contra las mujeres afecta a 1 de cada 3 mujeres y tiene efectos importantes en la salud integral que van desde las quejas somáticas hasta la depresión y la muerte, incluyendo el suicidio.
- De otra parte, la violencia contra los niños y las niñas crea ciclos intergeneracionales de violencia contra las mujeres y las niñas, lo cual, se denomina la transmisión intergeneracional de la violencia y explica la perpetuación de la violencia en las sociedades en las que se observan raíces profundas en las normas sociales.

Otro factor que vale la pena resaltar en este documento es el hecho de que situaciones de emergencias como la migración forzada, el desplazamiento, la situación de refugio y, en general, los procesos migratorios, pueden impactar la salud mental de las personas debido precisamente a las condiciones en que se encuentran, máxime, en ocasiones en las que las personas no cuentan con los recursos personales necesarios para mitigar los efectos negativos de tales fenómenos.

La salud mental y el bienestar psicosocial son fundamentales en el curso de la vida de las personas y de las comunidades. Promover el bienestar psicosocial reduce la frecuencia de emociones, pensamientos y comportamientos poco adaptativos que son factores de riesgo e indicadores psicosociales asociados con problemáticas de salud mental (Layout, Chancellor, y Lyubomirsky, 2014).

En la [Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes \(2007\)](#), salud mental y apoyo psicosocial son términos que se utilizan para describir todo tipo de apoyo local o externo cuyo propósito sea proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir u ofrecer tratamiento a trastornos mentales. En esta guía se considera que los conceptos de salud mental y de apoyo psicosocial están relacionados entre sí y que, en muchas ocasiones, incluso se pueden sobreponer y hasta confundir. Existen diversas posturas sobre los términos que dan lugar a diferentes enfoques, lo importante es tener en cuenta que, en muchas ocasiones, estas perspectivas se complementan a partir de lo cual se han desarrollado iniciativas de atención eficaces y oportunas.

La Organización Internacional para las migraciones, en el [Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement \(2019\)](#), plantea un modelo de atención psicosocial dirigido a la atención de población migrante y desplazada principalmente. En ese modelo se encuentran unos elementos fundamentales para comprender el sufrimiento emocional y para incluir el componente psicosocial en la respuesta a la emergencia. Desde una perspectiva sistémica y con base en el modelo ecológico, se concibe que la comunidad es la base del desarrollo que se relaciona de manera directa con la identidad y la cultura. Estos tres grandes pilares, la comunidad, la cultura y la identidad explican cómo las interacciones de estos tres factores permiten construir la definición del término psicosocial el cuál se refiere a: "la interrelación entre la mente y la sociedad" (pag. 18).

El modelo psicosocial de la (IOM 2019) incluye la relación entre varias dimensiones y factores como son:

- El factor **biopsicosocial** que integra las emociones, los sentimientos, los pensamientos, los comportamientos y los recuerdos, así como las respuestas al estrés y las habilidades de afrontamiento.
- El contexto **relacional/social** y el **socioeconómico** se centran en la interdependencia entre el individuo y la comunidad a la que pertenece. En este ámbito el socioeconómico se refiere a los recursos económicos y su disponibilidad y el socio relacional alude a las interacciones del individuo con su sistema familiar y la comunidad.
- La esfera de lo **cultural** corresponde a la sociedad y sus normas y a las creencias que le dan significado al mundo de interacciones y representaciones, así como, al sentido que se le da a la vida y a las adversidades.

Este modelo es una apuesta interesante para la atención en emergencias, particularmente, a las poblaciones migrantes, refugiadas y desplazadas.

En el [Informe del Interagency Network of Education in Emergencies \(INEE\) sobre Apoyo psicosocial \(2018\)](#) se define el término bienestar psicosocial como:

- La relación interactiva entre los aspectos psicológicos de las experiencias que se consolidan en los pensamientos, las emociones y los comportamientos con el componente social que se refiere a las relaciones, las normas y los patrones culturales.

- El estado de equilibrio entre el manejo de las emociones, los pensamientos, las relaciones interpersonales y el funcionamiento social en general,
- La capacidad de enfrentar situaciones relacionadas con la salud mental como como la discriminación, la violencia, la exposición a eventos potencialmente traumáticos, la exclusión, la pobreza crónica y algunas experiencias relacionadas con la migración y el refugio.

El **bienestar psicosocial** en sí es una condición integral de la salud que se manifiesta en todas las dimensiones del ser humano: física, cognitiva, emocional, social y espiritual.

Bienestar psicosocial
Implica
Tener un significado en la vida
Poder sentir felicidad
Crear en el futuro
Desarrollar relaciones efectivas
Contar con un entorno seguro y protector
Desarrollar habilidades de afrontamiento
Acceder a servicios de calidad
INEE (2018)

1.2 VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: DEFINICIÓN, DESCRIPCIÓN, CAUSAS Y CONSECUENCIAS, NIVELES DE AFECTACIÓN EN LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL.

A continuación, se revisan las diferentes definiciones que se refieren a la VBG, se describen los comportamientos asociados a las misma, se mencionan las causas más frecuentes y las consecuencias que la VBG tiene en la salud mental y el bienestar psicosocial.

- La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.
- Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor **de una de cada tres (1 de cada 3)** mujeres, (35%) en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. Aunque las mujeres pueden estar expuestas a muchas otras formas de violencia, esta cifra ya constituye un elevado porcentaje de la población femenina mundial.
- En su mayor parte, se trata de casos de violencia de pareja. En todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que ha mantenido una relación de pareja ha sido víctima de violencia física y/o sexual, por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta de 38%.
- A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia de pareja, una cifra alarmante.
- Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia de pareja.
- [OMS \(2013\) Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud.](#)
- [WHO \(2017\) Violencia contra la mujer.](#)

En el estudio llevado a cabo por el [PNUD y ONU mujeres \(2017\)](#), se afirma que Latinoamérica es uno de los lugares más peligrosos para las mujeres, lo que se corrobora con los hechos revelados por el estudio de Violencia contra la mujer de la OPS (2014).

- Según el estudio de [Violencia contra la mujer de la OPS \(2014\)](#), la violencia contra las mujeres por parte de un esposo/compañero está generalizada en todos los países de América Latina y el Caribe en donde se han realizado encuestas que dan cuenta de que 2 de cada tres mujeres han sido víctimas de violencia, aunque como se sabe la forma de medición varía entre todos los países.
- En este estudio, comparativo en 12 países de América Latina y el Caribe, se encontró que un gran porcentaje de mujeres –alguna vez casadas o unidas– informó haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de un esposo o compañero, en su vida.
- La mayoría de las encuestas reveló que entre la cuarta parte y la mitad de las mujeres informaron haber sufrido alguna vez violencia por parte de su esposo/compañero.
- En cada país, el porcentaje de mujeres que informó sobre violencia física o sexual reciente (es decir, en los últimos 12 meses) por parte del esposo/compañero fue menor al porcentaje de las que informaron esa violencia, alguna vez; pero la prevalencia de violencia reciente por parte del esposo/compañero es sustancial.
- La violencia por parte del esposo/compañero comprende desde experiencias ocasionales de actos moderados hasta situaciones prolongadas y crónicas de violencia, a veces llamadas ‘maltrato’. La violencia por parte del esposo/compañero abarca una amplia variedad de tipos de violencia, actos violentos y gravedad del maltrato.
- Además, muchas mujeres informaron haber sido forzadas por una pareja a tener relaciones sexuales. El maltrato emocional y los comportamientos controladores también están generalizados en estos países.

Una de las formas más severas de la Violencia basada en género está constituida por el feminicidio que se presenta como una de las formas peores y que se ha venido incrementando en el mundo y particularmente en América Latina, por lo anterior se llama la atención a los países a fortalecer sus acciones y programas para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra la mujer.

Al menos 3.529 mujeres fueron asesinadas en 2018 por razones de género en 25 países de América Latina y el Caribe, según los datos oficiales que recopila anualmente el [Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe \(OIG\)](#) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Por otra parte, a propósito del objetivo de este modelo de atención psicosocial en modalidad remota centrado en las sobrevivientes de VBG migrantes y refugiadas, es importante analizar las cifras al respecto. Según un [informe de ONU Mujeres \(2016\)](#):

- Existen 200.5 millones de personas afectadas por desastres naturales o desplazadas por el conflicto y la violencia,
- De los 200.5 millones, el 50% de refugiados corresponde a mujeres y niñas y, en este contexto, se presenta la VBG,
- 1 de cada 5 mujeres refugiadas o desplazadas en entornos humanitarios ha sufrido violencia sexual, aunque se cree que estos datos están subestimados.

Vale la pena mencionar que contar con estadísticas y número de casos en estas situaciones humanitarias es complejo, porque la información sobre la VBG en mujeres migrantes y refugiadas es limitada, aunque se conozca de la magnitud de este fenómeno.

La violencia basada en género es un flagelo que, como se evidencia en los datos relacionados anteriormente, recae sobre una proporción importante de la población en el mundo entero y de manera desproporcionada en las mujeres y las niñas. Ha sido estudiada desde hace varias décadas y se han utilizado diversos términos para referirse a esta problemática a lo largo de la historia, pero su magnitud ha sido tal que llama la atención de los gobiernos por los grandes impactos que tiene en las personas que la padecen, en las familias, en los sistemas de salud y en la sociedad en general.

A partir de 1993 la organización de las Naciones Unidas proclamó la [Declaración sobre la eliminación de toda violencia contra las mujeres](#), mediante la cual define la Violencia de género y aclara que el término violencia contra las mujeres se refiere a cualquier acto de violencia dirigida en razón al género y que da como resultado cualquier daño físico, psicológico o sexual, incluido el sufrimiento para la mujer producido por amenazas o actos de coerción y la privación arbitraria de la libertad en público o en la vida privada. Estos actos de violencia son por lo general el resultado de la inequidad sistemática entre hombres y mujeres prevalente en la sociedad. Asimismo, el ejercicio del poder de los hombres sobre las mujeres en sociedades en las que las normas sociales fortalecen esas prácticas, las formas de pensamiento y las creencias nocivas en contra de las mujeres, las adolescentes y las niñas. Esto, por supuesto, no significa que no se ejerza violencia contra los hombres y contra otras personas de índole diversa, pero la proporción es mucho mayor en contra de las mujeres, las adolescentes y de las niñas.

La violencia basada en género (VBG) es un concepto “sombriillo” que hace referencia a cualquier acto que ocasione daño, dirigido en contra de la voluntad de una persona y que se basa en las diferencias de género adscritas socialmente a hombres y mujeres. Incluye actos que producen daño físico, sexual o psicológico, o cualquier tipo de sufrimiento, amenazas o actos de coerción y privación de la libertad ya sea en público o en privado (Inter-Agency Standing Committee. 2015)

La VBG es una de las peores vulneraciones de los derechos humanos, pues atenta contra la dignidad, la autonomía y la libertad de las personas que la padecen; forma parte del amplio espectro de las inequidades de género que trae como consecuencia una de las más graves de esta problemática que es la muerte de la mujer por homicidio, suicidio o accidente asociado y el feminicidio (Tájer, Gaba y Reid, 2012).

Según el IASC (2016), la violencia basada en género, “es un término general que designa todo acto lesivo perpetrado contra la voluntad de una persona y que está basado en diferencias de carácter social (género) entre hombres y mujeres. Comprende los actos que tienen como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, como la coacción y otras privaciones de la libertad. Tales actos pueden cometerse en público o en privado y VG constituyen una violación de varios derechos humanos consignados en los instrumentos y convenios internacionales. Numerosas formas de VG (aunque no todas) constituyen actos delictivos de acuerdo con las leyes y las políticas nacionales. La situación varía en cada país, al igual que la aplicación práctica de dichas leyes y políticas”. (p.5).

De otra parte, la intencionalidad de ocasionar daño con episodios de violencia no es detectable fácilmente, lo que implica que los agresores justifiquen sus acciones, poniendo la responsabilidad de sus actos en la sobreviviente o desplazando su responsabilidad en otros. Estas justificaciones de los agresores, por lo general, están enmascaradas en razones tales como el consumo del alcohol, su incapacidad para el manejo del estrés, su déficit de control de los impulsos, entre otras.

La violencia de pareja alude a la violencia física, sexual y psicológica entre personas relacionadas de manera íntima, al margen de su estado civil, orientación sexual o estado de cohabitación.

TABLA 1.

TIPOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO.

<p>Violencia doméstica o Violencia por parte de la pareja íntima (VPI)</p>	<p>Estos términos se utilizan de manera intercambiable en algunos documentos. Pero hay diferencias entre los dos. Mientras la violencia doméstica se refiere a aquellos patrones de violencia que ocurren en el ámbito del hogar y la familia, entre una pareja íntima o entre otros miembros de la familia, la violencia por parte de la pareja íntima (VPI) se aplica a aquella violencia que ocurre específicamente entre una pareja íntima con vínculo afectivo (casados, en convivencia, noviazgo u otra relación cercana).</p> <p>Según la OMS la definición de VPI se refiere a una pareja o expareja que causa daño físico, sexual o psicológico y que implica agresión física o coerción sexual.</p>
<p>Violencia psicológica /emocional</p>	<p>Este tipo de violencia incluye la negación de recursos, oportunidades o servicios.</p>
<p>Violencia económica</p>	<p>Se refiere a aquel patrón de violencia en el cual los agresores controlan las finanzas de la sobreviviente para evitar que ésta pueda acceder a los recursos o aquella violencia que ejercen por mantener el control de los salarios para evitar que la mujer logre su autosuficiencia y tenga su independencia económica.</p>
<p>Abuso emocional (también denominado abuso psicológico)</p>	<p>Este concepto se refiere al daño o dolor emocional o mental que puede sufrir una mujer. Entre los ejemplos se incluyen las amenazas de violencia física o sexual, la intimidación, la humillación, el aislamiento forzado, la exclusión social, el acoso, el acoso verbal, ignorar a la mujer, hacer comentarios inapropiados, gestos o palabras escritas de naturaleza sexual y / o amenazante y la destrucción de cosas valiosas, entre otras.</p>
<p>Violencia física</p>	<p>Se refiere a los actos de violencia que corresponden a conductas como golpear, abofetear, ahogar, cortar, empujar, quemar, disparar o usar cualquier arma en contra de la mujer, ataques con ácido o cualquier otro acto que produzca dolor, malestar o lesión.</p>
<p>Violación</p>	<p>Se refiere a una penetración no consentida (físicamente forzada o coaccionada de alguna forma por la vagina, el ano o la boca con un pene u otra parte del cuerpo, aunque sea leve. Esta definición también incluye la penetración de la vagina o el ano con un objeto.</p> <p>La violación incluye la violación marital y la violación / sodomía anal. El intento de hacerlo se conoce como intento de violación. La violación de una persona por dos o más perpetradores se conoce como violación grupal.</p>
<p>Abuso Sexual</p>	<p>El término “abuso sexual” significa la intrusión física real o amenaza de naturaleza sexual ya sea utilizando la fuerza o bajo condiciones del ejercicio desigual del poder o a través de formas coercitivas.</p>

<p>Agresión sexual/ Asalto sexual</p>	<p>Se define como cualquier forma de contacto sexual no consensuado sin penetración. Incluye el intento de violación, así como los besos, caricias o tocamientos de los genitales y las nalgas, no deseados.</p> <p>La Mutilación / ablación genital femenina es un acto de violencia que afecta los órganos sexuales y, como tal, debe clasificarse como agresión sexual.</p>
<p>Explotación Sexual</p>	<p>El término “explotación sexual” se refiere a cualquier abuso real o intento del mismo, en el cual se aprovecha de la situación de vulnerabilidad de la sobreviviente a través del ejercicio del poder y del abuso de la confianza con fines sexuales, que incluyen, entre otros, lucrar monetaria, social o políticamente a otros. Algunos tipos de prostitución forzada y /o a través de la coacción pueden incluirse en esta categoría.</p>

Fuente: Tomado de OIM (2018)

Este modelo de atención psicosocial centrada en las sobrevivientes de violencia por parte de la pareja íntima (VPI) o violencia de pareja, que se encuentren en situación de migración o refugio en modalidad remota, considera que la violencia se presenta en las diferentes formas que se registran en la Tabla 1. y van desde la violencia física, la psicológica, emocional, económica, hasta la violación y el asalto y el abuso sexual, entre otras. La violencia por parte de la pareja íntima (VPI) se aplica específicamente a aquella violencia que ocurre entre una pareja íntima con vínculo afectivo (casados, en convivencia, noviazgo u otra relación cercana), tal como lo define la OIM en el [Institutional Framework for Addressing Gender-Based Violence in Crises \(2018\)](#).

La Oficina Panamericana Sanitaria- OPS- en su reporte sobre [Covid 19 y violencia contra la mujer \(2020\)](#) afirma que la violencia contra la mujer se incrementa en cualquier tipo de emergencia, incluyendo una epidemia o pandemia como la que se ha presentado; advierte que la probabilidad de que las mujeres estén más expuestas a riesgos y a tener mayores necesidades de protección es más alta. Además,

reitera que uno de los grupos que se encuentra en mayor riesgo en las emergencias es el de las mujeres desplazadas, refugiadas y aquellas que viven en zonas afectadas por el conflicto. Aunque aún faltan muchos estudios, en algunos países se ha reportado el aumento de la violencia doméstica y la VBG a raíz de la presencia del virus.

La violencia de pareja es el tipo de violencia que afecta a las mujeres con mayor frecuencia en las emergencias, por lo cual debe ser priorizada por los diferentes actores de la atención humanitaria, en todos los niveles. El [Center for Disease Control and prevention CDC \(2019\)](#) define la violencia de pareja como el abuso y la agresión, la violencia física, psicológica y sexual, así como el acoso incluyendo la coerción que ocurre en una relación afectiva, cercana y mediada por un vínculo. La violencia de pareja se da entre una pareja actual, parejas anteriores y en el contexto de los noviazgos; puede variar tanto en el patrón en el que se manifiesta como en la severidad con la que ocurre. Estos patrones pueden ser diferentes entre un episodio y otro, los efectos de estos episodios pueden llegar a ser crónicos y de alta severidad durante muchos años.

FIGURA 3.

DINÁMICA DEL EJERCICIO DEL PODER EN LOS MIEMBROS DE UNA PAREJA

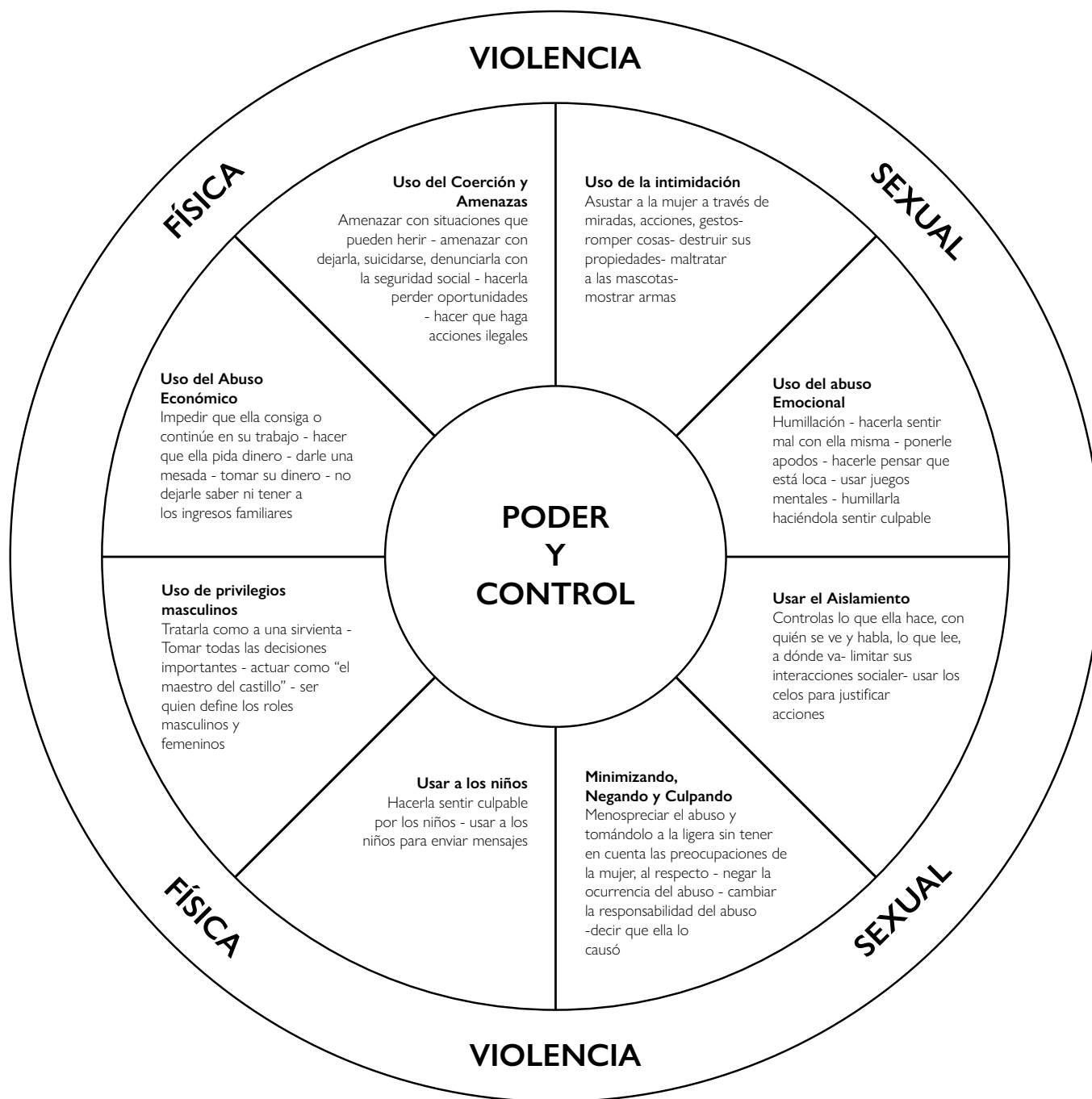


Fuente: La moral en el ejercicio del poder político.

La violencia basada en género se genera en un contexto de inequidad dónde hay un ejercicio del poder y del control por parte de uno de los miembros de la pareja (el agresor, generalmente el hombre cisgénero) sobre el otro miembro (la persona sobreviviente, generalmente las mujeres o en el caso de parejas del mismo sexo hombres). Este continuo entre el control y el poder genera el conflicto permanente y ocasiona los impactos traumáticos de la VBG y además, es multi causado y puede permanecer en la dinámica de la relación por años, sin que él o la sobreviviente identifiquen claramente la situación.

FIGURA 4.

RUEDA DEL CONTROL Y EL PODER.



Fuente: Tomado de Domestic Abuse Intervention Project (citado en Stevenson, 2018)

En la Figura 4., se observan algunos ejemplos de las formas que utiliza el miembro de la pareja que ejerce el poder sobre el otro con la intención de intimidarlo y controlarlo para mantener la dinámica de la violencia de género.

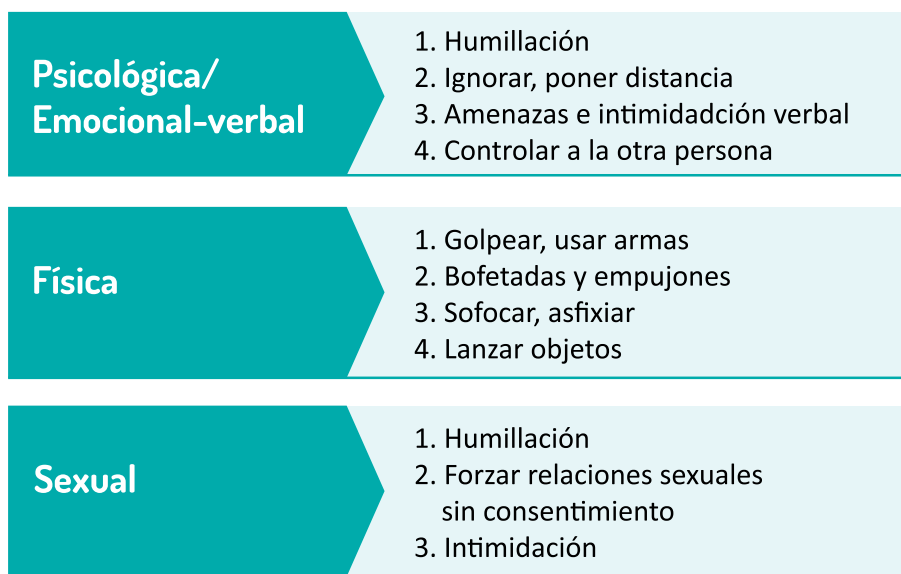
La violencia física se caracteriza por el daño que una persona le ocasiona a su pareja con golpes, patadas y el uso de la fuerza, en general. La violencia sexual por su parte es el uso de la fuerza o el intento de usar la fuerza para obligar al acto sexual o a los tocamientos sexuales o a comportamientos sexuales sin contacto físico (sexting) sin que haya consentimiento por parte de la pareja. En el caso del acoso, se presenta un patrón repetido de comportamiento por parte del agresor buscando la atención de la pareja; este patrón tiene el efecto de causar miedo e inseguridad en la víctima. Y la violencia psicológica es la utilización de ciertas formas de comunicación con la intención de hacer daño a la otra persona para ejercer control sobre ella. Es importante tener en cuenta la violencia

es verbal y emocional, porque los efectos son diferenciales (CDC, 2019), (Miller, McCaw, 2019).

La violencia de pareja es una de las formas de VBG que, como se ha dicho, es el resultado del ejercicio del poder y del control por parte de un agresor que utiliza diferentes mecanismos y estrategias para herir, humillar, coaccionar, intimidar y controlar a la sobreviviente. Esta es la evidencia de que una misma sobreviviente está expuesta a diferentes formas de violencia tanto física, como psicológica, emocional y sexual; lo que pone de presente que los patrones de violencia sumados y acumulados aumentan la severidad y, por tanto, los efectos y las consecuencias son mayores y más devastadores en la salud física, mental y el bienestar psicosocial de las sobrevivientes, de manera que esto debe ser un punto central de la atención integral y psicosocial de las sobrevivientes en el proceso de sanación y recuperación emocional.

FIGURA 5.

TIPOS DE VIOLENCIA DE PAREJA Y COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS



Fuente: Elaboración propia

Desde los inicios de la investigación sobre la violencia de pareja como una forma de VBG, se encontró que este patrón de comportamiento entre la dinámica de los agresores y sus víctimas demuestra un modelo de circularidad que se puede predecir. Este ciclo, al parecer, explica el "atrapamiento" de la sobreviviente y la imposibilidad temporal de tomar distancia

emocional y física de la dinámica negativa, lo que refuerza el ejercicio del poder y del control que son las situaciones que caracterizan los patrones de violencia.

Así las cosas, en la atención psicosocial se debe partir del funcionamiento del ciclo entre las sobrevivientes y su victimario, quienes para romperlo necesitan el apoyo de

un profesional ya que este ciclo se encuentra relacionado con dos elementos clave en la recuperación del bienestar psicosocial: 1) la autoeficacia y 2) el empoderamiento. Es necesario que los equipos de operadores de atención psicosocial comprendan este ciclo cuando ofrecen apoyo a las sobrevivientes de VBG para que puedan tener más empatía y evitar juzgar las actuaciones y actitudes de las sobrevivientes. Evidentemente, la posibilidad de la ruptura de este ciclo correspondería más a la atención especializada en salud mental, pero desde el apoyo psicosocial, fortaleciendo el afrontamiento se puede iniciar la ruta hacia esta meta. En las mujeres migrantes que tienen aún más limitado su acceso a las redes sociales, por lo general los ciclos de violencia son más cortos en su ocurrencia.

La autoeficacia es un concepto que se relaciona con el empoderamiento en la medida en que el uno hace parte del otro. Se ha definido como la creencia individual sobre las propias capacidades que son necesarias para organizar las respuestas y acciones de forma que permitan gestionar las situaciones posibles a las que se ve expuesta una persona; la autoeficacia se refiere específicamente a las creencias de una persona sobre su capacidad de tener éxito en una situación determinada, está relacionada con la forma de pensar, de sentir y de actuar de la persona en cuestión. Es la capacidad de establecer metas y objetivos de vida y lograrlos en los términos de tiempo planteados por la misma persona.

En el desarrollo psicológico de las personas se han identificado dos componentes esenciales, necesarios para el bienestar

psicosocial: la agencia personal y el empoderamiento. Los mecanismos asociados a estos componentes son la autoeficacia, la autodeterminación, la autonomía, el pensamiento independiente y la identificación de necesidades de cambio; mientras la agencia impacta al individuo internamente, el empoderamiento impacta el exterior (Banda Castro y Morales Zamorano, 2015).

Es importante tener en cuenta que cuando se trabaja el tema del empoderamiento con las sobrevivientes de VBG, es necesario contar con un análisis de los recursos y necesidades psicosociales ya que la capacidad de poner límites a una situación de VBG depende de múltiples factores. Se hace entonces imprescindible ser realista con respecto al contexto en el que se encuentran las sobrevivientes de VBG en situación de migración o refugio o en medio de una pandemia como la actual ([ver enlace](#)), puesto que el contexto está relacionado directamente con la dinámica de la violencia misma y de la forma cómo el ciclo de la violencia opera en cada caso en particular.

Es importante tener en cuenta que, como se observa en la Figura 6. del ciclo de violencia, cada una de las etapas o fases muestran unas características específicas. Así, en la 1) Fase de acumulación de la tensión se presenta un incremento de la tensión y de la irritabilidad del maltratador, en la 2) Fase de explosión de la violencia se manifiesta una descarga de la tensión mediante conductas violentas, para luego pasar a la 3) Fase de luna de miel donde se presentan disculpas, promesas de cambio o justificación de la violencia por parte del maltratador.

FIGURA 6.

CICLO DE LA VIOLENCIA



Fuente: Elaboración propia basado en Walker (2009).

En tanto el ciclo de la violencia consta de varias fases, es importante anotar que la primera de ellas es la fase de calma, que esta, aparentemente, hace pensar que los problemas y conflictos ya se están resolviendo dentro de este contexto. Sin embargo, esta fase de calma acumula una serie de situaciones que reflejan la intención de control por parte de uno de los miembros de la pareja, para continuar luego con el proceso de consolidación de acumulación de la tensión. Desde una perspectiva del análisis funcional de la conducta, esta situación se convierte en un estímulo discriminativo y desencadenante de un episodio de violencia ya que las diferentes señales que se asocian con esa llamada fase de acumulación son las que ocasionan el paso a la fase de explosión.

En esta tercera fase, las señales activan los comportamientos violentos en el miembro agresor de la pareja quien justifica sus acciones desplazando la responsabilidad en el otro (“mira lo que tú me haces hacer”). Posterior a las acciones violentas contra la pareja, el agresor entra en un proceso emocional de debilitamiento que se caracteriza por la confusión entre la culpa y la vergüenza, lo cual lo lleva a pedir perdón por lo sucedido y a persuadir a la contraparte de que, o bien nada grave ha sucedido o que el comportamiento violento fue algo fuera de su control. Por ejemplo, porque recibió malas noticias, porque estaba de mal humor por cuenta de estresores, o por estar bajo los efectos del alcohol; el agresor casi siempre muestra arrepentimiento y convence a la sobreviviente de que esta situación no se repetirá. Esta situación se resuelve en una fase en la que no hay confrontación, no hay comunicación ni solución y el ciclo continúa reforzándose por la necesidad de control y poder de uno de los miembros de la pareja y los temores de la otra persona.

La dinámica del ciclo de violencia en cada caso es variable. En muchos casos a medida que va aumentando la tensión, el ciclo suele acortarse, lo que significa que el periodo de tiempo entre cada uno de los momentos del ciclo de la violencia se va haciendo más corto, porque los momentos de tensión aumentan y los episodios de violencia se hacen más frecuentes. Esto se relaciona con el escalamiento que muestra un aumento en la frecuencia (más episodios) y en la severidad (más graves) de los actos perpetrados contra la sobreviviente.

Como se ha mencionado varias veces, en este documento, la violencia de pareja es un ejercicio del poder y del control sobre la sobreviviente que está expuesta a este tipo de violencia. Desde esta perspectiva, cualquier evento o situación percibida por el agresor como una pérdida del poder y del control puede ser un elemento que aumenta el riesgo y “exacerba” el peligro para la sobreviviente.

Es importante considerar que los comportamientos del agresor están orientados a someter y controlar a la sobreviviente, razón por la cual, cuando un agresor muestra arrepentimiento, intenciones de cambio y minimiza la magnitud de su comportamiento, después de un evento de violencia, lo que está haciendo es aumentando su capacidad de control y confundiendo a la sobreviviente ya que estos comportamientos del agresor distorsionan la realidad; esta aparente actitud conciliadora del agresor que es realmente su habilidad para manipular, hace que la sobreviviente no identifique el patrón de violencia del maltratador, ni el ciclo de violencia en el que se encuentra y por tanto no logre reconocerse como una víctima/sobreviviente de la VBG, lo cual dificulta que busque ayude o hable de la situación con alguien.

Esta variabilidad de la situación lleva a que el ciclo de violencia se reproduzca innumerables veces y que se repitan los periodos de acumulación de tensión seguidos de los episodios de violencia, los cuales aumentan el miedo que siente la sobreviviente y que refuerzan la sensación de poder y control del agresor.

Esta dinámica es particularmente importante para considerar en la atención psicosocial a sobrevivientes de VBG y con mayor razón en modalidad remota, pues conocer la dinámica en la que se dan los ciclos de la violencia, en cada caso, constituye una información relevante para los responsables de la atención psicosocial.

De acuerdo con lo formulado en el ciclo de la violencia se hace imprescindible conocer: 1) la dinámica del ciclo de violencia del caso, 2) las señales o situaciones que activan en el agresor los episodios de violencia, 3) los patrones de comportamiento violento del agresor, 4) los medios de coacción y manipulación, y 5) la capacidad de la sobreviviente de percibir el peligro y la amenaza, 6) y las condiciones de migración o refugio en la que se encuentra la sobreviviente, ya que esta situación empeora las condiciones del ciclo de violencia

Con esta información se tendrá mayor claridad sobre el nivel del peligro y del riesgo ([ver enlace](#)) en el cual puede estar la sobreviviente y así establecer ante todo su plan de seguridad ([ver enlace](#)) debido a qué si la sobreviviente hace una denuncia, abandona la relación o sale del hogar, el agresor lo percibirá como una pérdida del control y una afrenta a su poder, lo que aumentará el peligro para la sobreviviente.

En casos como estos, es sabido que los agresores tienen reacciones más violentas, muestran actos de retaliación y pueden llegar a cometer actos de severidad extrema, entre los que se encuentran: los intentos de asesinato, secuestros,

las agresiones con armas, o los actos de manipulación como amenazar con hacer daño a los niños o suicidarse si la persona sobreviviente no regresa. En esa circunstancia el momento más peligroso para una persona sobreviviente, es

aquel en el que toma la decisión de liberarse de la relación, da el paso de la denuncia o acude a la policía o a buscar ayuda en su entorno familiar.

¿PORQUÉ UNA SOBREVIVIENTE NO DENUNCIA?

- Miedo a la reacción del agresor cuando se le informe que ha sido denunciado
- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de vergüenza
- Miedo a la respuesta del entorno
- Vinculación emocional con el agresor
- Dependencia del agresor
- Estado psicosocial de la sobreviviente
- Acceso a servicios de apoyo y calidad de los servicios

(Labrador y cols, 2004)

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE EXPLICAN LA PRESENCIA DE LA VBG?

La VBG se ha explicado desde diversas perspectivas; se trata de aproximaciones que van desde las posturas biológicas de la agresión, el modelo transgeneracional, la teoría sistémica que concibe la violencia como un fenómeno interaccional, hasta llegar a la teoría feminista y la propuesta desde el modelo ecológico, siendo éstas dos últimas complementarias y las que permiten un acercamiento integral para la comprensión de esta problemática (Alencar-Rodríguez y Cantera, 2012).

La postura del abordaje de género hace especial énfasis en el contexto cultural y en las normas sociales que son consideradas normas de género ya que normatizan y naturalizan el ejercicio asimétrico del poder dentro de estructuras patriarcales que han estado vigentes y que refuerzan las creencias en un mundo de inequidad donde las mujeres y las niñas son las más afectadas. (Alencar-Rodríguez y Cantera, 2012).

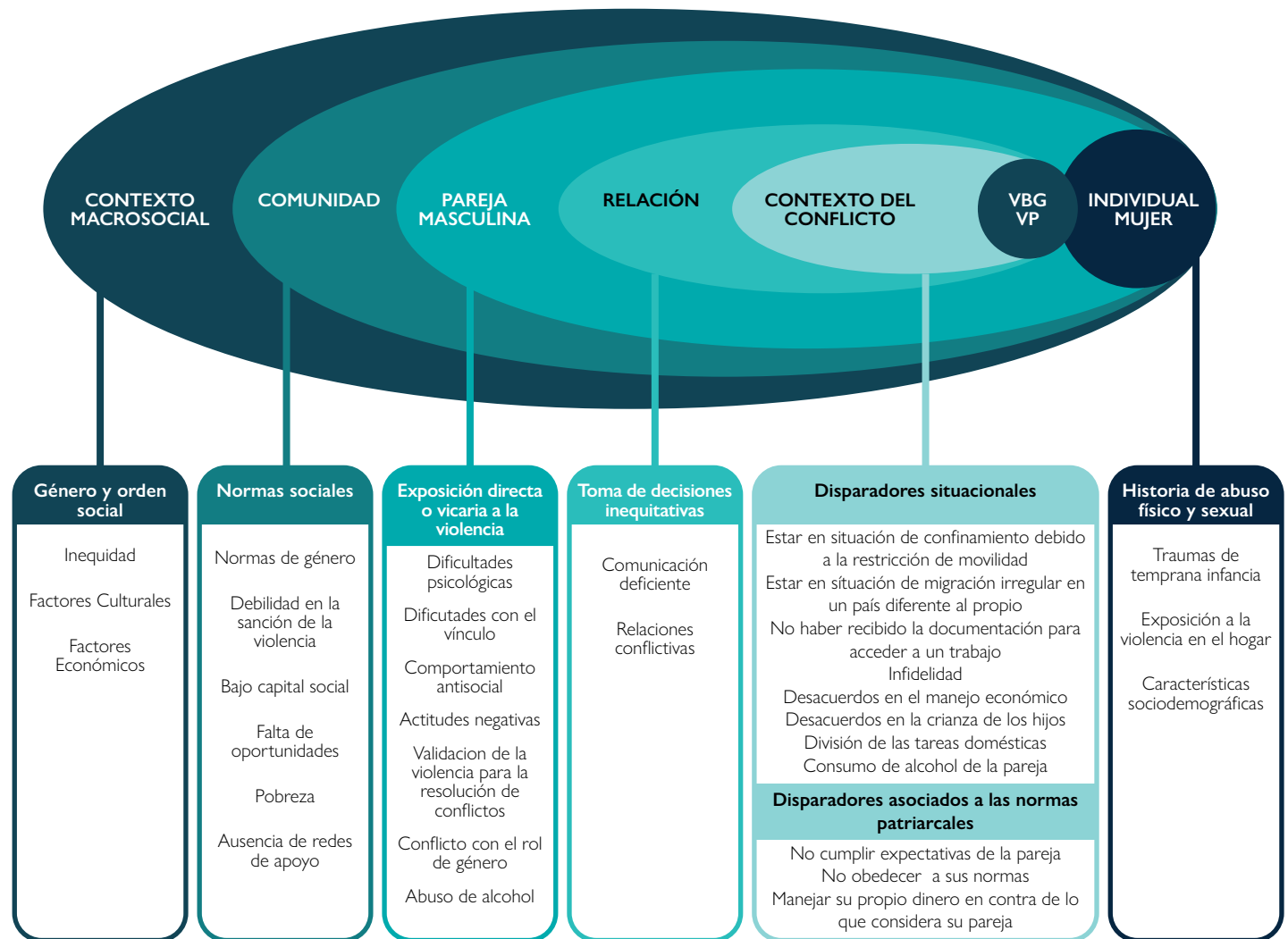
Se considera que el modelo ecológico permite un análisis comprensivo de la VBG y facilita su abordaje no sólo desde la teoría, sino desde el nivel práctico que implica la atención psicosocial ya que, si bien es cierto que los impactos a nivel individual son devastadores, estos se dan entre todos los niveles y se retroalimentan entre sí. Este modelo ha sido

ampliamente expuesto por Heise, L (2011), quien desde su perspectiva investigativa analizó los diferentes factores de riesgo asociados a la violencia de pareja, en cada uno de los contextos del desarrollo que hace mención este enfoque.

La violencia desde esta perspectiva ecológica es el resultado de la interacción de múltiples factores que se encuentran de manera distal o proximal a la sobreviviente; factores que están relacionados con la historia personal tanto de la sobreviviente como del agresor y por otra parte, el nivel individual interactúa con los factores que se encuentran en el macrosistema como son las prácticas machistas, las normas sociales y la naturalización de la violencia como un patrón de relación, así mismo la relación recíproca de los factores que se encuentran en el ecosistema se asocian con la historia de la pareja en conflicto, como son el estrés, la ausencia de redes de apoyo o la falta de acceso a servicios; y, por último, en el microsistema que corresponde al nivel familiar es donde se encuentra el conflicto debido a la interacción inadecuada Heise (2011) (Alencar-Rodríguez y Cantera, 2012).

FIGURA 7.

MARCO ECOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO DE LA VP (HEISE, 2011)



Fuente: L. Heise, (2011)

¿QUÉ EFECTOS Y CONSECUENCIAS TIENE LA VBG EN LAS SOBREVIVIENTES?

La VBG tiene efectos en la vida de las personas que están expuestas a la misma. Las consecuencias que este fenómeno produce dependen de varios factores como los que se enumeran a continuación:

- Tipo de violencia a la que se ha visto expuesta
- Tipo de agresor
- Nivel de exposición, frecuencia, severidad y cronicidad
- Reacciones emocionales negativas durante el evento.
- Sufrir daños severos
- Grado de vulnerabilidad de la sobreviviente
- Percepción de amenaza contra la vida
- Exposición extrema al evento traumático
- Trastornos psiquiátricos previos
- Apego inseguro previo
- Apoyo familiar insuficiente
- Carencia de capacidad de respuesta personal
- Historia previa
- La capacidad de afrontamiento y resiliencia
- Acceso a redes de apoyo social
- Acceso a servicios de salud oportunos y de calidad
- Respuestas legales oportunas que garanticen la protección de la sobreviviente
- Contar con un plan de seguridad efectivo

Las consecuencias de la VBG, particularmente de la violencia de pareja, son múltiples y se presentan de igual forma en contextos de emergencia; estas formas de violencia atacan diferentes poblaciones en las que se incluyen las migrantes, refugiadas y los grupos LGBTI, la violencia sexual entre la pareja es tal vez una de las más devastadoras, por lo que las consecuencias de ésta son muy severas.

Cuando se habla de consecuencias se refiere a los cambios a corto término que se producen como respuesta a la exposición a las experiencias potencialmente traumáticas y al impacto; son aquellos cambios de aparición posterior en el tiempo y que tienen que ver con el procesamiento y elaboración de la experiencia vivida (Ramírez 2008). En este sentido es importante revisar la condición de la violencia basadas en género como una exposición con efectos traumáticos que deben ser concebidos como tales.

En relación con el tema de las consecuencias y de los efectos que tiene la VBG en las sobrevivientes es oportuno y relevante recordar que:

- Las consecuencias no son iguales ni se presentan de la misma forma en todas las personas; los efectos, por lo

general, se muestran en diferentes grados que van desde leves a moderados y a severos.

- Las consecuencias están relacionadas con los factores de riesgo y de protección que se mencionaron en el modelo ecológico. Esto se refiere a factores de protección tales como la capacidad de comunicación que tenga la sobreviviente, su nivel de resiliencia, las redes de apoyo efectivas con las que cuente, el acceso a oportunidades tanto educativas como laborales, la capacidad para interrumpir el ciclo de violencia, su historia previa con la violencia dentro del ámbito familiar, la educación sexual previa y su flexibilidad en el sistema de creencias.
- Para entender los impactos de la VBG es necesario tener en cuenta el tiempo de exposición a la violencia basada en género, el contexto en el que ocurre y el momento del ciclo de vida de la persona cuando sucede.

Si bien es cierto que en algunos casos de violencia los efectos se presentan desde leves y moderados hasta severos, lo que significa que los efectos severos sólo se pueden analizar desde la mirada del trauma psicológico que se explicará posteriormente.

LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y LAS CONSECUENCIAS TRAUMÁTICAS DE LA MISMA.

¿QUÉ EVIDENCIA EXISTE EN INTERVENCIONES EN POBLACIONES REFUGIADAS?

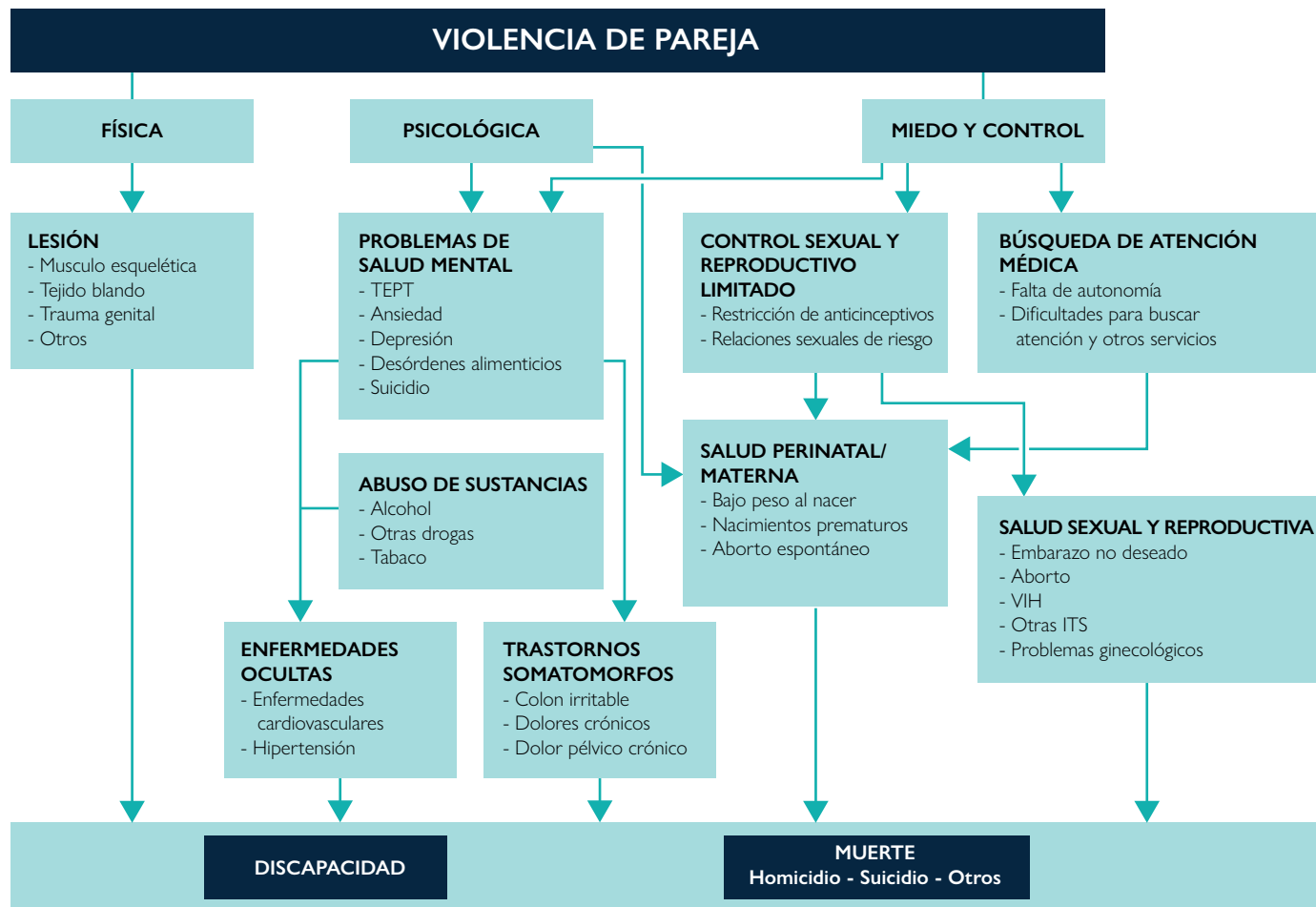
En cuanto a las estrategias de intervención con población refugiada que ha estado expuesta a situaciones traumáticas asociadas a la condición de refugio, no hay mucha evidencia. Siempre se ha cuestionado si estas poblaciones presentan o no afectaciones traumáticas como consecuencia de las múltiples exposiciones. En el presente estudio se cuestiona si las mejores intervenciones son siempre aquellas que se hacen basadas en la sensibilidad cultural. Si bien es cierto, que el contexto cultural es relevante en todas las estrategias de intervención, lo importante es demostrar la efectividad de un modelo de intervención de corte tradicionalmente occidental como es el modelo de intervención cognitivo-conductual centrado en el trauma de Deblinger, Cohen y Mannarino (2006). En este estudio llevado a cabo con una menor refugiada, no acompañada, quien presentaba un trastorno de estrés postraumático. Es importante señalar que, si es el caso, este tipo de problemáticas deben ser remitidas a la atención especializada. Sin embargo, es importante que sea reconocida por los equipos psicosociales con el fin de hacer las remisiones respectivas a los servicios mencionados.

En este estudio la menor no acompañada tenía 17 años y había viajado a Alemania sola en condición de refugiada, fue diagnosticada con TEPT que se presentaba como consecuencia de múltiples exposiciones a eventos traumáticos y a pérdidas en su país de origen, previo y durante su trayecto migratorio. Se le aplicó el protocolo de 12 sesiones tal y como aparece en el manual validado de esta estrategia y su cuidador primario también recibió las 12 sesiones estipuladas en el modelo. Los datos muestran que la menor no acompañada mostró un descenso importante en las manifestaciones del TEPT, de igual manera refirió al final del tratamiento que no presentaba síntomas de TEPT y esto se sostuvo incluso seis meses después de haber terminado el tratamiento. Aunque no se llevó a cabo una sensibilización cultural, y los efectos fueron exitosos, se recomienda hacer ajustes a los protocolos para que sean adaptados culturalmente.

(Unterhitzberger, J. y Rosner, R, 2016)

FIGURA 8.

VÍAS E IMPACTOS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA.



Fuente: Tomado de OMS (2013)

En la Figura 8 se observa cómo la violencia de pareja tiene unos impactos importantes. Según la OMS (2013), en el área física, las lesiones pueden comprometer el músculo esquelético y los tejidos blandos; y, en el caso de la violencia sexual se puede presentar trauma genital, impactos éstos que pueden llevar a discapacidad.

La evidencia muestra que existe relación entre los efectos psicológicos y los efectos físicos. Se presentan, por ejemplo, como consecuencia de la VBG, enfermedades y problemas de salud como la hipertensión el abuso del alcohol y las sustancias psicoactivas, entre otras. En cuanto a los problemas psicológicos se puede afirmar que están relacionados con los problemas emocionales y del afecto, así como con los comportamientos autolesivos y los trastornos alimenticios. La experiencia que es potencialmente traumática tiene como resultado la aparición del miedo excesivo y de las dificultades con el control, lo que produce en las sobrevivientes dificultades en la salud sexual

y reproductiva y les impone grandes limitaciones para buscar ayuda o acceder a servicios especializados.

Según la OMS (citado en Labrador y colaboradores, 2004, p. 62), algunas de las consecuencias físicas de la violencia doméstica son el daño abdominal/torácico, los hematomas y las contusiones, el síndrome de dolor crónico, la discapacidad, la fibromialgia, las fracturas, los trastornos gastrointestinales, el colon irritable, el daño ocular y la reducción parcial o total del funcionamiento físico.

En cuanto a las consecuencias de la violencia de pareja, según la OMS (Citado en Labrador y colaboradores, 2004, p.62) algunas de ellas son: los trastornos ginecológicos, la infertilidad, la inflamación de la pelvis, las complicaciones en el embarazo, la disfunción sexual, las enfermedades de transmisión sexual (incluido el SIDA), el aborto espontáneo y el embarazo no deseado.

De otra parte, la OMS (citado en Labrador y colaboradores, 2004, p.62) señala que entre algunas de las principales consecuencias psicológicas y conductuales de la violencia doméstica, están: el abuso de alcohol y drogas, la depresión y la ansiedad, los trastornos alimenticios y del sueño, los sentimientos de vergüenza y culpa, las fobias y el trastorno de pánico, la inactividad física, la baja autoestima, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos psicósomáticos, el tabaquismo, la conducta suicida y autodestructiva, la conducta sexual riesgosa y las dificultades en la resolución de problemas.

Por último, es importante tener en cuenta que la violencia doméstica trae consecuencias fatales como la mortalidad

relacionada con el VIH- SIDA, la mortalidad materna, el homicidio y el suicidio. (OMS, citado en Labrador y colaboradores, 2004, p.62). También es importante anotar que la mayoría de las evidencias refieren que las afectaciones más frecuentes en la salud mental y el bienestar psicosocial de las sobrevivientes de la VBG y de todas las formas de violencia de pareja, son la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y los problemas de salud. Así mismo, resulta válido reiterar que las consecuencias de la VBG se incrementan en situaciones de emergencia, particularmente en la presente pandemia que además implica la restricción a la movilidad y en muchos casos la necesidad de permanecer en compañía del agresor.

CÁPSULAS DE CONOCIMIENTO: EVIDENCIA

¿EXISTE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES EN CONTEXTOS DE EMERGENCIA?

Las mujeres y las niñas desplazadas son las más vulnerables a los diferentes tipos de violencia sexual en contextos de emergencia; las vulneraciones más frecuentes son: la violación, el abuso sexual por parte de sus parejas, el abuso sexual infantil, el sexo bajo coerción y la trata de personas con fines de explotación sexual. En un estudio de revisión en el que se tuvieron en cuenta múltiples investigaciones, se encontró que la mayoría de estos estudios se han enfocado en demostrar que la violación es utilizada como arma de guerra con muchísima frecuencia y que la mayoría de los perpetradores son los militares o agentes armados fuera de la ley, encontrándose, además, que otros actores son los miembros de la familia. Lo relevante de esta revisión es que tanto las mujeres como las niñas que han experimentado estas experiencias traumáticas presentan, con mayor probabilidad, consecuencias de largo término en su salud sexual y reproductiva, así como problemas de salud mental (Vu, Adam, Wirtz, Pham, Rubenstein, Glass, Beyer y Singh 2014).

CÁPSULAS DE CONOCIMIENTO: EVIDENCIA

LA DIFICULTAD PARA BUSCAR AYUDA DE LAS MUJERES SOBREVIVIENTES DE LA VBG

El objetivo del estudio fue explorar los factores asociados a la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres afectadas por la violencia íntima de pareja en los territorios palestinos ocupados, al igual que las diferencias en la búsqueda de ayuda entre Gaza y el West Bank. La justificación para el objetivo se sustenta en que primero, solo el 1% de las mujeres que han estado casadas y han sufrido violencia íntima de pareja, ha buscado ayuda formal de organizaciones; y segundo, en que las sociedades patriarcales normalizan la tolerancia a la violencia.

En cuanto a los resultados se observó que la mitad de las personas que indicaron experimentar violencia íntima de pareja buscaron ayuda; de este conjunto, la mitad reportó buscar ayuda informal (de familiares, vecinos, líderes comunitarios), y un 6% **reportó** buscar ayuda formal (centros de mujeres, ONG, centros médicos, abogados o policía). La mitad restante reportó no solicitar ayuda. Por otro lado, las mujeres en campos de refugiados presentaron mayor probabilidad de acudir a ayuda formal en comparación con las mujeres en localidades urbanas. Sin embargo, aunque se observó que las mujeres en Gaza eran significativamente más proclives que las del West Bank a solicitar ayuda informal, no se encontraron diferencias significativas para la búsqueda de ayuda formal. (Fitzgerald, M., Chi, C. 2020).

1.3 IMPACTO DE LA PANDEMIA Y EL CONFINAMIENTO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA SALUD MENTAL

La pandemia ocasionada por la Covid 19 ha generado un caos mundial, no sólo en el tema de la salud, sino que ha impactado el componente psicológico de toda la población, debido a que ha producido una preocupación colectiva que incluye además las pérdidas económicas en todos los niveles. La incertidumbre, la sensación de inseguridad y el temor al contagio han creado una situación de alarma, angustia y ansiedad en todo el mundo que evidentemente son respuestas esperadas ante una situación de semejante magnitud e incontrolabilidad (Dubey, Biswas, Ghosh, Chatterjee, Dubey, Chatterjee, Lahiri y Lavie, 2020).

Es evidente que una emergencia sanitaria como ésta se convierta en un estresor de alto impacto para la población. A raíz de la emergencia, se han desarrollado varios estudios que identifican los impactos psicológicos de la pandemia, los cuales deben ser analizados en detalle, porque la situación, en general, presenta también aspectos particulares en los que cada uno de por sí produce cambios y afectaciones diferenciales. En general, las principales afectaciones de las que se habla en varios países tienen que ver con: el miedo al contagio, o a enfermarse gravemente, la frustración que producen los cambios repentinos en la rutina y el aislamiento social, el no contar con los recursos básicos, el rechazo social y el estigma, entre otros.

Los efectos más severos pueden ser el trastorno de estrés agudo y el estrés postraumático (Balluerka, Gómez, Hidalgo, Gorostiaga, Espada, Padilla y Santed, 2020). En este sentido es importante aclarar que la cuarentena es la separación y la restricción de la movilidad de las personas con posibilidad de contagio, por lo que se debe reducir el riesgo. Es pertinente precisar que el concepto de aislamiento es la separación de las personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad y que deben estar lejos de las personas que no lo están, así que los efectos psicológicos son diferentes en cada una de estas condiciones. Permanecer en cuarentena es complejo porque implica que se está separado de la familia, de los

amigos y el mundo social se ve totalmente restringido, situación que tiene consecuencias emocionales en las personas que se deben someter a estas normas y reglas por causas sanitarias. La pérdida temporal de la libertad, la incertidumbre y el aburrimiento pueden tener efectos devastadores en la salud mental; ya se han reportado casos de suicidio, de violencia extrema entre la que se cuenta el aumento exponencial de la violencia basada en género, en todos los países (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, Rubin, 2020).

Sobre las consecuencias en la salud mental y el bienestar psicosocial aún no se tiene toda la precisión al respecto; muy probablemente los impactos a largo término se podrán detectar en varios meses y tal vez, años. En general, se puede afirmar que hasta el momento los indicadores más frecuentes son la ansiedad, la angustia—debido a la pérdida del control, la depresión severa y la hipervigilancia que responde al aumento en la percepción de la amenaza. Estudios previos sobre otras situaciones de emergencia sanitaria que han obligado a cuarentenas han demostrado la presencia de a) irritabilidad, b) temor a contraer la enfermedad y contagiar a los familiares, c) rabia, d) confusión, e) frustración, f) sentimientos de soledad, g) tendencia a negar la situación, h) ansiedad, i) depresión, j) problemas para dormir, k) desesperación, m) consecuencias extremas como el suicidio y comportamientos obsesivo compulsivos como la toma de temperatura y el lavado de manos constante y el trastorno de estrés post traumático, entre otros, (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, Rubin, 2020) sumados a la preocupación extrema, la discriminación, las tensiones familiares y el estigma que también afecta a las poblaciones migrantes y refugiadas (OIM, 2020).

A continuación, se relacionan, en un cuadro, los estresores que se presentan teniendo en cuenta el momento de la cuarentena en el contexto de aislamiento por la pandemia.

ETAPA	ESTRESORES
PREDICTORES DEL IMPACTO PSICOLÓGICO PRE-CUARENTENA	<ul style="list-style-type: none"> -Factores demográficos -Edad (los más jóvenes tendrán mayores efectos negativos) -Nivel de educación bajo -Género (mujeres más vulnerables) -Mujeres que tienen un hijo comparadas con las que no tienen hijos -Tener trastornos psiquiátricos previos
ESTRESORES DURANTE LA CUARENTENA	<ul style="list-style-type: none"> -Duración de la cuarentena -Temor al contagio -Frustración y aburrimiento -Insuficientes recursos alimenticios -Información inadecuada -Incertidumbre
ESTRESORES POST CUARENTENA	<ul style="list-style-type: none"> -Situación Financiera -Estigma -Pérdidas personales -Duelos por familiares

Elaborado a partir de: Brooks, S. K. Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L. Wessely, S. Greenberg, N. Rubin. J.G. (2020)

Por lo expuesto anteriormente, es necesario considerar que a los efectos en la salud mental, se suma el hecho de que una sobreviviente además de estar en confinamiento puede ser o es víctima de la violencia durante este periodo y eso significa una acumulación de estresores y una mayor afectación en la salud mental.

1.4 ACUMULACIÓN DE ESTRESORES DIARIOS EN CONFINAMIENTO, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL.

La Covid 19 ha enfrentado a las personas a una serie de situaciones consideradas estresores psicosociales que, a su vez, se acumulan con los otros estresores a los que están expuestas las sobrevivientes de VBG y como se sabe, las personas que han estado expuestas a la VBG llevan probablemente ya un tiempo expuestas a esta situación; de tal manera es claro pensar que en situación de confinamiento se aumentan de manera significativa las tensiones producidas por los estresores, entre los cuales uno de los más severos está el hecho de tener que convivir con el agresor.

Al hablar de acumulación se deben tener en cuenta dos elementos: 1) la acumulación crónica de estresores debido a la exposición constante a la adversidad y a las situaciones potencialmente traumáticas a lo largo de la vida y 2) la acumulación cotidiana de exposición a los estresores diarios, en este caso la vivencia de la VBG.

En relación con el primer aspecto es necesario analizar que el hecho de haber estado expuesto, en la primera infancia, a situaciones violentas, aumentan la probabilidad de que en

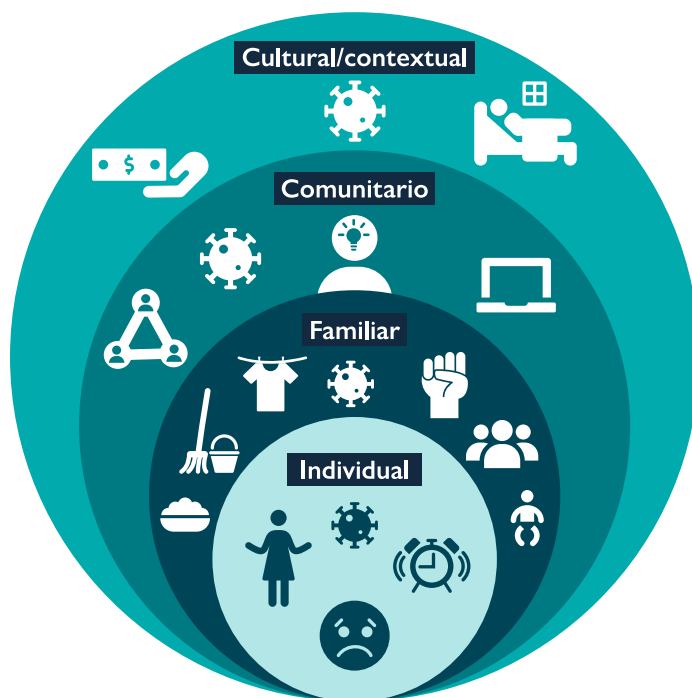
la edad adulta se presenten patrones de violencia similares a los que se estuvo expuesto en la infancia. Esto hace que la persona manifieste comportamientos, actitudes y formas de pensar alineadas a prácticas patriarcales que constituyen experiencias adversas procesadas a lo largo de la vida y que dejan a la persona en situación de vulnerabilidad frente a la VBG (Oral, Ramirez, Coohy, Nakada, Walz, Kuntz, Benoit Peek-Asa, 2016).

En un estudio realizado en varios países de Oriente Medio y el Norte de África, se encontró que aquellos hombres que durante su infancia presenciaron un comportamiento

violento de su padre hacia su madre o sufrieron alguna forma de violencia doméstica, presentan una alta probabilidad de actuar de forma violenta en su vida adulta y en sus relaciones como compañeros sentimentales, en comparación con aquellos que no han sido expuestos a violencia doméstica. Esta es una consideración de importancia cuando se está haciendo una valoración rápida de sobrevivientes de violencia de género en contexto de confinamiento y más cuando las sobrevivientes se encuentran en una condición de migración o refugio, dónde la falta de redes de apoyo o de fuentes de comunicación confiables empeora la situación.

FIGURA 9.

ESTRESORES COTIDIANOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO



Fuente: Elaboración propia

El análisis de los múltiples estresores debe ser concebido desde cada uno de los niveles que afectan a la persona en lo individual; los estresores se encuentran en el contexto familiar, en el comunitario y en el cultural/contextual. Por su parte, el aspecto laboral, en caso de tenerlo, se ubica en el contexto comunitario y siempre y cuando la persona se encuentre en modalidad de teletrabajo. Se tiene conocimiento de que muchas de las sobrevivientes que accederán a este servicio, probablemente no contarán con disponibilidad de la tecnología adecuada, de manera que los estresores,

aunque sean similares, deben ser identificados desde su propia realidad.

Según el Cluster de Protección (2020) y haciendo referencia al [Brote de la Covid 19, género y violencia basada en género](#), las medidas de restricción han expuesto a las mujeres a una serie de estresores, como por ejemplo los siguientes:

- **El aumento exagerado del trabajo** doméstico no remunerado tanto en mujeres y niñas, lo cual se presenta,

porque tradicionalmente a la mujer se le ha asignado el rol de cuidadora y, por otro lado, el hecho de que las niñas no estén asistiendo a las instituciones educativas, hace que les impongan esta responsabilidad, además de la de cuidar a sus hermanos pequeños.

- Las **mujeres hacen parte del personal de la salud**, se trata de un grupo de mujeres que deben ser consideradas de manera especial, debido a que muchas están en la primera línea de atención y la remuneración que reciben es menor comparada con la de los hombres, por lo que esto constituye una fuente de estrés adicional.
- El estresor más severo está representado por el **aumento de la violencia basada en género**, específicamente la violencia de pareja. La falta de seguridad y el riesgo a quedar desprotegida en esta situación incrementa la angustia emocional, las múltiples tareas y las responsabilidades que tienen las mujeres al interior de la familia que las pone en desventaja y puede dar lugar a mayores manifestaciones de tensiones internas entre ella y su pareja, además de que también pueden verse expuestas a la explotación y a la violencia sexual.

A lo anterior se le debe agregar el hecho de que si se está enfocando en las personas migrantes y refugiadas, además en condición migratoria no definida, la pareja puede utilizar esto para amenazar o intimidar y esto se convierte en un estresor adicional, por la sensación de falta de control de su propia vida.

Se sabe que, en los países de la región respecto a la actividad laboral, la mayoría de la población se encuentra en la informalidad y que las mujeres son quienes tienen restringidas las oportunidades en mayor medida por lo que en situación de confinamiento y con la restricción de la movilidad han visto afectados sus ingresos lo que definitivamente constituye un estresor adicional. Las mujeres más vulnerables son las refugiadas y migrantes, porque en su mayoría tienen trabajos en el servicio doméstico e informal y como este es un renglón no esencial, su movilidad también se ha visto afectada con las medidas.

La Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela-R4V (2020)⁴ registra 5,490,002 personas de nacionalidad venezolana desplazadas hacia los diferentes países de la región. Como se sabe, desde el año 2015, Suramérica ha presenciado uno de los éxodos de migrantes procedentes de Venezuela más grande de la historia reciente.

Esta migración ha hecho que los flujos se hayan desplazado a diferentes destinos en busca de oportunidades y huyendo de las condiciones de pobreza y riesgo que enfrentan debido a la situación económica y política de su país de origen. Los países que han recibido mayor número de personas del vecino país son Colombia, Ecuador, Perú y Brasil.

Según el [Sub clúster salud materna, salud sexual y reproductiva y violencias basadas en género \(2019\)](#), de la Plataforma de coordinación para refugiados y migrantes de Venezuela . R4V, Colombia ha sido uno de los países que más se ha visto afectado por el fenómeno migratorio venezolano. Y, según Migración Colombia, a mayo de 2020, llegaron 1.764.883 personas venezolanas de las cuales 763.411 se encuentran en condición de migración regular y 1.001.472 en situación irregular. ([Radiografía Venezolanos en Colombia, Migración Colombia, 2020](#)).⁵

El Informe País presentado por Colombia (2018) –como aporte a la audiencia temática 168 período de sesiones– ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en República Dominicana,) reporta que de la población migrante venezolana censada, el 48,3% corresponde a mujeres en situación migratoria irregular, sin acceso a servicios de salud; muchas de ellas en situación de explotación sexual, en riesgo de ser víctimas de redes de trata de personas y de prostitución forzada, entre otras.

En lo concerniente a los flujos migratorios, se anota que se han realizado estudios e informes que han puesto en perspectiva los riesgos a los que están expuestas las mujeres migrantes durante todo el proceso migratorio. Entre esos estudios, se cuenta el adelantado por la OIM (2020) cuyo objetivo fue elaborar un diagnóstico para determinar las características de la trata de persona en contextos humanitarios en América del Sur. En este estudio se señala que la mayoría de las mujeres que se encuentran en riesgo, lo están debido, en gran medida, a su condición migratoria irregular que se resume en el hecho de no tener la debida documentación, no contar con soportes de viaje adecuados o haber perdido la situación de migración regular porque los visados pasaron el tiempo permitido de estancia y en algunos casos de migrantes mujeres pierden esta condición porque se han tenido que separar de sus parejas y esto ha ocasionado la pérdida del permiso de estancia.

Vale decir que estas mujeres están en mayor estado de vulnerabilidad, debido a que provienen de familias separadas, lo cual hace que pierdan los vínculos y, por tanto, se debiliten sus redes de apoyo social que como se ha descrito en apartados

4 A corte de 31 de Agosto de 2020

5 A 31 de Mayo del 2020

anteriores, constituye uno de los factores de riesgo para la VBG. En muchos casos se trata de mujeres jefes de hogar con escaso nivel educativo y sin muchas oportunidades. Se han documentado casos, particularmente en las zonas fronterizas, en los que se señala que aquellas mujeres migran incluso con su pareja que las obliga a intercambiar favores sexuales por dinero para sostener a la familia.

Otro de los riesgos es el hecho de llegar a contextos urbanos poco protegidos, pues llegan a sitios de acogida informales en donde son expuestas a diferentes situaciones de riesgo como la violencia sexual. (OIM, 2020). En ese mismo estudio se analizan los datos que arroja el DTM⁶, de acuerdo con las diferentes rondas por los países de Suramérica y del Caribe⁷, del cual vale la pena resaltar que entre el 11 y el 25% de las mujeres migrantes presenciaron incidentes de VBG que ocurrieron en la ruta migratoria y el 15% de los encuestados mencionaron la violencia sexual entre otras formas de violencia. En general, los estudios muestran que las mujeres víctimas de malos tratos, sufren en silencio durante años, esta situación es más severa en las mujeres migrantes porque suele ser todavía más encubierta e invisible, debido a las dificultades económicas, sociales, lingüísticas, culturales y administrativas (Montañes y Moyano, 2006).

En este momento y por efectos de la pandemia, los servicios de salud se han visto limitados de forma tal que las mujeres

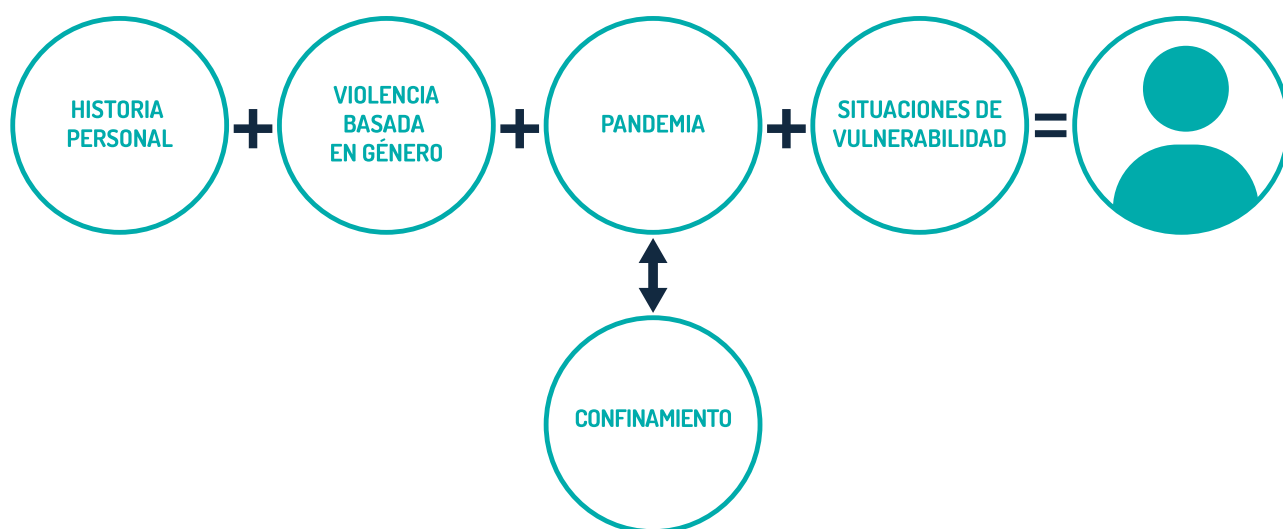
no tienen acceso fácilmente a los servicios de salud sexual y reproductiva, situación que las pone en un riesgo de violencia aún mayor, ya que como se ha demostrado, un servicio de salud efectivo, adecuado y oportuno y de calidad proporciona la protección requerida por la mujer víctima de VBG, además es un recurso indispensable para ofrecer la información que necesitan las sobrevivientes de VBG.

En resumen y teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta aquí, el modelo de atención psicosocial focalizada no especializada estructurada, en modalidad remota, para sobrevivientes de violencia basada en género en emergencias, plantea que la atención de las sobrevivientes de VBG que accedan a los servicios remotos debe ser considerarlas desde una perspectiva integral e individualizada.

Los equipos responsables de la atención psicosocial que atienden a las mujeres sobrevivientes de la VBG en situación de migración y refugio y enfrentando una pandemia como la actual, deben poner especial cuidado al analizar la situación de cada una de ellas ya que no solo se trata del problema de la exposición a la violencia, sino de la acumulación de estresores. Es imprescindible comprender que, en el momento de la atención, la persona, está enfrentando innumerables sucesos que son de dos tipos: atemporales y simultáneos y que ambos deben ser estudiados.

FIGURA 10.

ACUMULACIÓN DE ESTRESORES PSICOSOCIALES EN LAS SOBREVIVIENTES DE VBG



Fuente: Elaboración propia

6 Data Tracking Matrix (DTM) por sus siglas en inglés

7 De 16.800 encuestas en Sudamérica, y 4.600 en Centroamérica y el Caribe durante 2018 y 2019

De otra parte, y respecto a la acumulación de estresores psicosociales, es de anotar que la suma de condiciones hace que el impacto en la salud mental sea mayor y puede llegar a tener efectos severos y, en ocasiones, llegar a situaciones crónicas.

Lo que la pandemia ocasionada por la Covid 19 ha puesto en evidencia es la inequidad de género en los diferentes países. Los informes y las notas de prensa muestran que las mujeres han asumido una doble carga que incluye actividades como el teletrabajo, el acompañamiento de los hijos en las tareas escolares y la responsabilidad del trabajo diario que demandan una casa y una familia. Todavía se ve que estas tareas no se asumen equitativamente y pareciera que la responsabilidad de los quehaceres domésticos fuera tarea exclusiva de las mujeres.

Es oportuno aclarar que al mencionar el tema de la acumulación de estresores psicosociales, se hace referencia tanto a los estresores internos y externos, los primeros son parte de la historia personal (haber sido expuesta a diferentes tipos de violencia en la temprana infancia, estar sometida a cualquiera de las violencias basadas en género que ya se han descrito), y otros son aquellos estresores que se consideran cotidianos. Razón por la cual, en el análisis del estado psicosocial de la sobreviviente deben considerarse todos los estresores que

afectan de manera diferencial la salud mental y el bienestar de las personas.

- Experiencias tempranas a lo largo de la trayectoria de vida.
- Exposición a varias formas de violencia basada en género
- Condiciones asociadas a la pandemia, haber tenido o tener un familiar gravemente enfermo, haber perdido a alguien cercano debido a la enfermedad, haber estado enferma ella misma, haber perdido el trabajo o los medios de vida debido a la situación.
- Confinamiento, estar sometida a espacios muy pequeños conviviendo con el agresor, no contar con un espacio para poner distancia en situaciones estresantes, no lograr el acceso a redes de apoyo debido a la restricción de movilidad.
- Estar en situación de migración irregular, refugio, desplazamiento o retorno.
- No tener la debida documentación o permisos de residencia
- Ser amenazada por su pareja con reportarla a autoridades migratorias

CÁPSULAS DE CONOCIMIENTO: EVIDENCIA

FACTORES ESTRESORES Y SU VÍNCULO CON LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO.

En el estudio, que se resume en esta cápsula, realizado sobre la relación entre las pandemias y la violencia en contra de las mujeres y los niños y niñas, se encontraron datos interesantes. El objetivo del estudio fue realizar una revisión de literatura para explorar los vínculos entre las pandemias y la violencia hacia mujeres y niños, con base en 9 categorías

- En el **primer eje (inseguridad económica y estrés asociado a la pobreza)** se plantea que las pandemias aumentan el estrés debido a la incertidumbre sobre la seguridad económica a futuro, la adquisición de alimentos y el bienestar general, y que la incertidumbre en estos índices puede haber incrementos importantes en la incidencia y frecuencia de violencia íntima de pareja y violencia hacia niños.

- El **segundo eje (cuarentenas y aislamiento social)** revela que las pandemias y emergencias sanitarias han estado asociadas a conductas de afrontamiento disfuncionales, intentos de suicidio y trastornos emocionales (estrés postraumático, depresión, ansiedad), y cuyos factores contribuyentes son las cuarentenas, el aislamiento y la limitación de a libertad.

- En cuanto al **tercer eje (inestabilidad e inquietud asociada a desastres)** se manifiesta que las pandemias pueden resultar en quiebres de la infraestructura de la sociedad, específicamente en estructuras de salud, transporte, alimento, sanidad, justicia, seguridad y gobernanza, lo que lleva a exposición a contextos inseguros y riesgosos.

- En el **cuarto eje (exposición a relaciones de explotación por cambios demográficos)** se plantea que los aumentos en mortalidad y morbilidad a causa de pandemias añaden presión a las familias extendidas al dejar a su cargo a niños/as adicionales, lo que puede llevar a levantar barreras en el abastecimiento de alimentos, seguros médicos, educación, y puede poner a los niños en riesgo de violencia en sus nuevas casas.

- **El quinto eje (reducción en el servicio de salud y acceso a unidades de primera intervención)** indica que la contracción de servicios de salud pone barreras ala detección y abordaje de la violencia hacia niños y mujeres (menos soporte psicosocial, anticoncepción de emergencia, profilaxis), con fallos en los servicios legales por falta de reportes médicos.

- **El sexto eje (fuentes de violencia específicas a virus)** expone que los perpetradores pueden usar el miedo como táctica de violencia cuando hay necesidad de información, además de retener ítems de seguridad. En los casos de pandemias con tratamientos establecidos, los perpetradores pueden realizar comportamientos controladores asociados a las vacunas, o impedir el escape de las mujeres mediante la retención de seguros médicos o recursos económicos.

- **El séptimo eje (la incapacidad de escape de los perpetradores por parte de las mujeres)** afirma, por un lado, que las pandemias magnifican las razones tradicionales por las que las mujeres no se separan de los perpetradores (nexo emocional, angustia, dependencia económica, o miedo de violencia por la separación) debido a que durante estos periodos se preocupan más por su integridad física o experimentan picos de angustia. Y, por otro lado, se enfrentan obstáculos a nivel legal, como bajos porcentajes de condena a perpetradores y el cierre de instituciones de justicia por la pandemia que desalientan a las mujeres a tomar acción.

- **El octavo eje (exposición a violencia y coerción en las ayudas)** postula que las dinámicas desiguales de poder entre los proveedores de auxilio y los recipientes subyacentes a los abusos, con factores como la dependencia de su ayuda para la supervivencia o el rechazo de los perpetradores a asumir la responsabilidad.

- En el **noveno eje (violencia hacia los trabajadores de salud)** se informa que a nivel global, las mujeres componen el 70% aproximadamente de la fuerza en salud, en su mayoría mediante roles informales. Se reporta que, en contextos de emergencia, las mujeres en la fuerza de salud se encuentren en un riesgo mayor de violencia severa por parte de colegas, pacientes y miembros de la comunidad, que tiene como consecuencia el decremento en la productividad, la moral y la cantidad de trabajadoras en salud.

(Peterman, Potts, O'Donnell, Thompson, Shah, Oertelt-Prigione, and van Gelder, 2020)

1.5 INDICADORES PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL- ESTRATEGIA DE MAPEO.

Las emociones son esenciales para el bienestar psicosocial y la salud mental de las personas, y son base fundamental del desarrollo individual (Pascual-Leone, 2017); la investigación en este campo ha avanzado considerablemente y particularmente en su relación con la actividad cerebral y las ciencias del comportamiento, esto debido a la posibilidad de identificar los cambios emocionales y los avances de la neurociencia. El procesamiento y gestión de las emociones, así como el logro de la auto regulación emocional de las sobrevivientes de VBG son puntos clave en la atención psicosocial.

La angustia psicológica como indicador del estado emocional está asociada a diferentes problemas de salud mental que abarcan un amplio espectro que va desde la depresión misma y la ansiedad en sus diferentes manifestaciones hasta problemáticas tales como los trastornos del comportamiento.

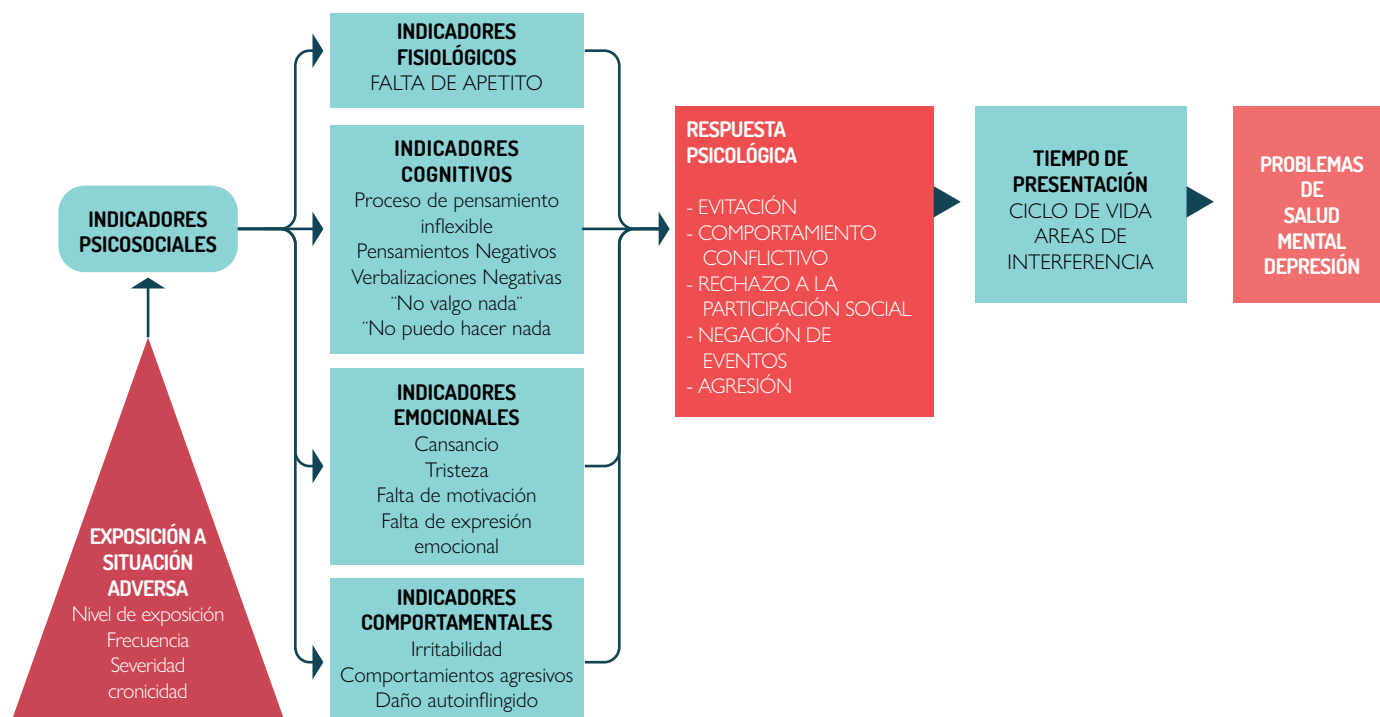
Los indicadores psicosociales como la pérdida de interés, la tristeza y la falta de esperanza en el futuro deben ser analizados en cuánto a su duración y ocurrencia, cuya

aparición responde a estresores específicos asociados al bienestar psicosocial. Por su parte, el bienestar psicológico es la combinación de estados de "afecto positivo" tales como la felicidad. Un alto índice de bienestar psicosocial puede estar asociado con un estado de salud mental óptimo; aunque la percepción de estos estados es subjetiva, el reto es poder identificar el grado de malestar que puede presentar una sobreviviente para lograr encontrar la forma de manejo y alivio de esa situación (Thelina, Mikkelsen, Laierc, Turgutd, Henriksene, Raabaek, Olsenf, Larseng y Arnfreda, 2017).

Con base en lo anterior, se recomienda llevar a cabo un mapeo de indicadores psicosociales que permitan identificar el nivel de acción en la atención psicosocial. Esto significa que las estrategias que se utilicen en el nivel de la atención focalizada no especializada estructurada deben estar orientadas a los indicadores psicosociales y a las respuestas psicológicas para lograr un bienestar psicosocial y prevenir la aparición de problemáticas en salud mental.

FIGURA 11.

MAPEO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL RELACIONADOS CON LA VBG



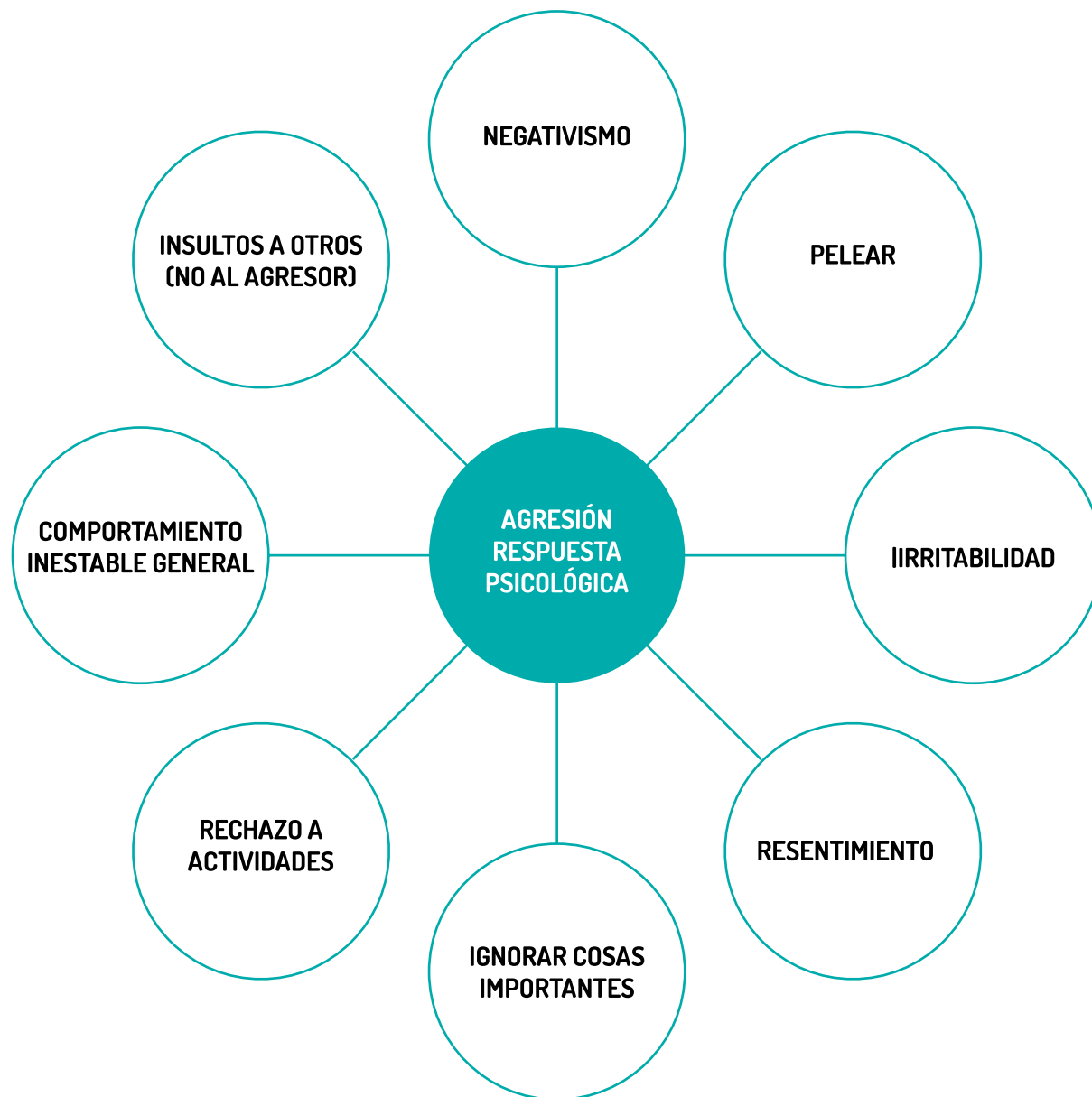
Fuente: Elaboración propia⁸ (Ramírez, 2019)

8 Esta propuesta de análisis de problemáticas es parte de la Consultoría desarrollada para el Programa de MHPSS en Cox's Bazar, Bangladesh: Conflict related violence and GBV in emergencies; strategies for the focused interventions por la autora de este modelo (Ramírez (2019). OIM

Es necesario especificar a lo que se refiere la respuesta psicológica, la cual puede ser considerada como la combinación de varios indicadores psicosociales como se observa en el ejemplo que se presenta a continuación:

FIGURA 12.

INDICADORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LAS RESPUESTAS PSICOLÓGICAS.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez analizada la situación adversa a la que ha sido expuesta la sobreviviente, el siguiente paso es identificar los indicadores psicosociales que se presentan como respuesta a esa situación adversa, la cual se refiere a los factores precipitantes. El segundo paso corresponde al análisis de la combinación de los distintos indicadores psicosociales que dan cuenta de esa respuesta psicológica. Estos dos elementos deben ser el objeto de la atención psicosocial focalizada no especializada estructurada en modalidad remota.

A continuación, se describen las categorías y el proceso necesario para el mapeo de indicadores psicosociales y de respuestas psicológicas que deben ser el objetivo del proceso de valoración de las necesidades psicosociales de las sobrevivientes ([enlace con la guía](#)) y constituyen la base para la planeación por metas y objetivos de la atención y la intervención psicosocial.

TABLA 2.

DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS CLAVES PARA EL MAPEO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Categorías clave para el mapeo de problemas de salud mental	Descripción
Exposición a situación adversa	<ul style="list-style-type: none"> - Implica que se tenga alguna información sobre el tipo de situaciones adversas o potencialmente traumáticas que la persona ha vivido, durante cuánto tiempo y las habilidades que probablemente ha desarrollado para afrontar la adversidad. - En este punto es necesario identificar si se encuentran los desencadenantes de los indicadores psicosociales, que permitan llevar a cabo el análisis funcional dentro de la valoración inicial de los casos.
Indicadores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> - Hacen referencia a las manifestaciones del malestar psicológico frente a una situación que se vive en la actualidad o a la cual se estuvo expuesto anteriormente; se prefiere identificar por áreas de manera que se facilite el ser objetivo con la descripción, teniendo en cuenta que tanto en la salud mental como en la VBG los conceptos y constructos a los que se hace referencia no son de fácil identificación. -Cada sobreviviente presenta manifestaciones diferentes en referencia al malestar psicológico que experimenta. - Esta información se obtiene por lo general de la entrevista o de una lista de chequeo que permita hacer el listado de dichos indicadores.
Respuestas psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Son conceptos globales que muestran la forma cómo se configuran los indicadores psicosociales para responder, de una u otra manera, a la situación adversa y al contexto específico de la persona que se está atendiendo - Estos dos elementos son el objetivo de la atención psicosocial focalizada no especializada y estructurada en el nivel tres (3) dentro de este modelo.
Tiempo de presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Incluye el intervalo de tiempo en el cual están presentes todos los indicadores psicosociales y las respuestas psicológicas. - El tiempo de presentación es un criterio relevante para saber si es necesaria una remisión a atención especializada (la presencia de indicadores por más de seis meses sin cambio ostensible sería un criterio de remisión a servicios especializados).

Categorías clave para el mapeo de problemas de salud mental	Descripción
Ciclo de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Es importante que se tenga en cuenta el momento de la vida en la cual se encuentra la sobreviviente, la evidencia muestra que en cada momento de la vida la vulnerabilidad y los riesgos son diferenciales. - Es importante tener en cuenta que las expectativas en cada ciclo de vida varían en función de los contextos culturales y sociales. - Ej: Una mujer adolescente tiene unos recursos disponibles para afrontar riesgos, así como una mujer en edad adulta joven (18 a 25) tiene otros.
Áreas de interferencia	<ul style="list-style-type: none"> - Se debe tener en cuenta el impacto que tienen los indicadores psicosociales y las respuestas psicológicas en el funcionamiento de las personas en las áreas de desarrollo y ajuste, en el área laboral, familiar, personal entre otros. - Este nivel de funcionamiento general se debe evaluar por niveles entre leve, medio y grave
Problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - En esta categoría se incluyen las problemáticas en salud mental que por su severidad requieren atención especializada. - El objetivo es atender a las sobrevivientes en estadios anteriores para que no tengan necesidad de estos servicios.

Fuente: Elaboración propia por parte de la autora. (Ramírez, 2019)

1.6 ACCIÓN SIN DAÑO Y ESTRATEGIAS BASADAS EN EVIDENCIA.

En todas las acciones que se desarrollan con poblaciones vulnerables, particularmente en emergencias, se debe tener especial cuidado en llevar a cabo actividades que promuevan el bienestar psicosocial de las personas y que no las ponga en situación de riesgo. Es así como la [Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes \(2007\)](#) señala que las atenciones en salud mental pueden de alguna manera ocasionar un daño a las personas, esto se debe a lo subjetivo que puede llegar a ser el mundo emocional de los individuos y a que no todas las estrategias son adecuadas y no necesariamente todos los profesionales tienen las competencias necesarias para abordar estas problemáticas. Lo anterior responde al hecho de que aún hay muchos vacíos en el conocimiento sobre la viabilidad y efectividad de algunas intervenciones y la evidencia aún es limitada.

A este respecto, se sugiere tener en consideración algunas acciones necesarias para evitar la acción con daño:

1. Analizar el contexto cultural de las poblaciones con el fin de preservar sus tradiciones e integrar sus creencias a las acciones.
2. Tener un amplio conocimiento sobre el marco de los derechos humanos.
3. Garantizar la confidencialidad de la información.
4. Permitir la participación de las personas en las decisiones que se tomen sobre las acciones que se desarrollarán.
5. Trabajar articuladamente para no repetir acciones y complementar todas las actividades sin dejar ninguna necesidad por atender.
6. Planear las actividades con metas claras.
7. Contar con grupos de apoyo entre los profesionales que tengan la experiencia necesaria.
8. Es clave contar con estrategias basadas en evidencia, que muestren haber sido efectivas en otros contextos y que tengan validez técnica demostrada en ensayos y estudios.
9. Mantener un proceso de formación permanente en las áreas de trabajo para utilizar las mejores y más acertadas prácticas y técnicas disponibles.

PARTE B

MODELO CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LA SOBREVIVIENTES DE VBG MIGRANTES Y REFUGIADAS EN MODALIDAD REMOTA

El propósito de esta sección es presentar el modelo de atención psicosocial focalizado no especializado y estructurado para sobrevivientes de VBG en contextos de emergencia, dirigido a migrantes y refugiadas y particularmente afectadas debido a la Covid 19. Por tanto, se describen algunas consideraciones necesarias para implementar el modelo de atención, a través de la guía que complementa este modelo. Posteriormente, se presenta el enfoque del modelo, el objetivo y las estrategias que se desarrollan detalladamente en la parte C del documento.

2. CONSIDERACIONES GENERALES

Estas consideraciones generales son elementos clave para tener en consideración en la atención psicosocial a sobrevivientes de la violencia basada en género, teniendo en cuenta las modalidades y tipos de exposición como la física, la psicológica y la sexual.

2.1 PROTECCIÓN, SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

En el modelo que se plantea en este documento hay tres conceptos que deben reflejarse en todas las acciones y actividades que se implementen y está enmarcado en los derechos de las sobrevivientes, en todo sentido. Estos tres conceptos son el de protección, seguridad y confidencialidad.

La Red Interinstitucional para la Educación en situaciones de emergencias (INEE) define el término **protección** como “todas las actividades que tienen como objetivo obtener el respeto total de los derechos del individuo de acuerdo con la letra y el espíritu de los cuerpos legales pertinentes”,

concretamente los marcos normativos de los derechos humanos, del derecho internacional humanitario y sobre los refugiados. Esta amplia definición abarca intervenciones legales específicas, así como actividades cotidianas que sustentan la protección y el bienestar de las personas durante emergencias y crisis. Una atención psicosocial apropiada, así como una educación adecuada significan protección, en esta aproximación.

Seguridad es un término que se refiere a preservar la integridad de las sobrevivientes en todos los sentidos. En todos los procesos de atención a las sobrevivientes de VBG debe tenerse en cuenta la implementación de protocolos de

seguridad⁹ para garantizar la integridad física y emocional y la dignidad de las personas.

La **valoración de riesgo** se refiere a:

- Identificar todas las posibles amenazas o riesgos a los que puede estar expuesta una sobreviviente en cada uno de los contextos donde se encuentra.
- Contar con la mejor información disponible sobre su situación específica para diseñar estrategias, pero ante todo para fortalecer su percepción de peligro y amenaza, que en muchas sobrevivientes está limitado como consecuencia del miedo al cual se han visto sometidas.
- Tener en cuenta las redes de apoyo con las que cuenta la sobreviviente. En la mayoría de las situaciones de violencia de pareja, la persona suele haber perdido contacto con sus amigos y familiares (debido a que el aislamiento es una de las tácticas más comunes para ejercer poder sobre la persona sobreviviente) Dicha situación suele ser aun más difícil para las poblaciones migrantes y refugiadas debido a la dificultad de mantener la comunicación con las redes de apoyo.
- La sobreviviente debe tener claridad sobre la información que comparte sobre sí misma y con quien la comparte; esto es de vital importancia para diseñar un plan de seguridad que preserve a la sobreviviente y reduzca todos los riesgos posibles. (Ministry of Public Health, World Health Organization Afghanistan Country Office 2014).
- De igual forma, la sobreviviente debe tener acceso a números de ayuda como líneas de emergencia disponibles en su lugar de residencia y otros números de contacto si ella misma se encuentra en riesgo de ideación suicida. La seguridad debe ser integral. Debe revisarse el manual que contiene información básica sobre este aspecto [Minimum Standards for Prevention and Response to Gender-based Violence in Emergencies \(2015\)](#),¹⁰
- En las sobrevivientes de violencia basada en género se debe evaluar el riesgo en dos dimensiones: 1) el riesgo por exposición al tipo de violencia, por severidad, frecuencia y cronicidad y, 2) el riesgo del estado psicosocial de la sobreviviente ([ver enlace](#))
- La **confidencialidad** en los casos de VBG se refiere a:

- La confidencialidad sobre la información de un sobreviviente responde a los estándares éticos que deben ser observados en todos los casos, además de ser un derecho legal de los sobrevivientes.
- El consentimiento informado es una necesidad y en él se le debe asegurar a las personas el manejo de su información desde todos estos estándares.
- Ningún profesional, cuidador o personal de la acción humanitaria está autorizado a compartir información que le sea entregada en el ejercicio de su trabajo, porque esa información les pertenece a las personas.
- Mantener una estricta confidencialidad sobre las sobrevivientes de VBG puede garantizar su protección y seguridad.
- La información sólo puede ser compartida con otros miembros de equipos de atención psicosocial en el contexto de una supervisión o de gestión de casos, manteniendo la anonimidad del caso, y con respecto a los servicios de salud mental en el momento de una remisión o a los servicios especializados, es relevante compartir esta información dentro de los estándares de ética.
- Existen límites en cuanto a la confidencialidad y tienen que ver con los riesgos en los que pueda estar la sobreviviente o alguien relacionado con ella. [Minimum Standards for Prevention and Response to Gender-based Violence in Emergencies \(2015\)](#). ([Ver formato de consentimiento informado en la guía](#))¹¹.

2.2 RIESGO Y VULNERABILIDAD

El riesgo y la vulnerabilidad son dos conceptos fundamentales para comprender los impactos y la capacidad de afrontamiento de las sobrevivientes de violencia de género. El concepto de **vulnerabilidad** es un constructo multidimensional y dinámico que se refiere a las condiciones internas y externas que tienen las personas para enfrentar las amenazas del medio externo (Kabeer 2014).

La vulnerabilidad se puede definir como “ las características de una persona o grupo y su situación que influyen su capacidad de anticipar, lidiar, resistir y recuperarse del

⁹ Para profundizar en este tema, consultar [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\)](#) y [Guía interagencial de manejo de casos de Violencia de Género \(2017\)](#)

¹⁰ Además se recomienda revisar la [Guía Técnica de servicios remotos para la atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG, publicado por UNFPA \(2020\)](#).

¹¹ Se puede revisar la [Guía Técnica de servicios remotos para la atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG de UNFPA \(2020\)](#)

impacto de una amenaza' (Wisner *et al.*, 2004) citado por (Ruiz Rivera 2012).

Según la OIM (2019) la vulnerabilidad hace referencia a aquellos factores que hacen que las personas sean más susceptibles al daño—comparadas con otras— como resultado de la exposición a ciertos riesgos. Los riesgos a los que pueden ser expuestos varían, los cuales pueden ser psicológicos, físicos y ambientales.

Los riesgos asociados a la violencia basada en género se comprenden desde la perspectiva ecológica que se explicó anteriormente; un aspecto relevante en esta aproximación es el hecho de tener en cuenta lo distal o proximal que está el factor para saber cuál es su grado de probabilidad de convertirse en un factor de riesgo para esa sobreviviente específica.

La inequidad de género es un factor de riesgo para muchas sobrevivientes de VBG y, evidentemente, el ejercicio del poder y control pone en riesgo a aquellas personas que

son violentadas, se considera que el trauma, el miedo y la vulnerabilidad de estas mujeres refuerza esas relaciones de poder que naturalizan algunas culturas (Yuksel, 2012).

Se ha encontrado que, en algunas culturas, particularmente, donde las normas sociales y las creencias son altamente conservadoras hay mayor probabilidad de que se presente la violencia basada en género y, de igual forma, en culturas tradicionales religiosas en las que priman algunos principios que favorecen la inequidad de género.

Por último, se plantea que el daño psicológico en las sobrevivientes de VBG depende del nivel de vulnerabilidad tanto física como psicológica que tengan las personas, del impacto de la experiencia negativa, de las estrategias de afrontamiento y de la calidad del apoyo familiar y de las redes con las que se cuente (Echeburúa, 2016). Hay una gran necesidad de que las sobrevivientes reconozcan sus capacidades, pero sobre todo que estén alerta y puedan identificar los riesgos a los cuáles están expuestas.

CÁPSULAS DE CONOCIMIENTO: EVIDENCIA

¿MI PAREJA ES CAPAZ DE ASESINARME?

Los expertos en el tema de la violencia de pareja han hecho especial énfasis en hablar sobre la letalidad de las víctimas de la VBG, pero particularmente en analizar con las mujeres que están en riesgo la percepción que tienen sobre este riesgo de letalidad y en desarrollar estrategias que permitan manejar el riesgo del asalto y el posible homicidio de la pareja íntima.

Aunque existen pocos indicadores sobre estos riesgos, el estudio llevado a cabo por estos investigadores tuvo como propósito revisar cuáles de los indicadores serían los más apropiados para identificar esa amenaza. Trabajaron con grupos de mujeres, uno que creía que sus parejas serían capaces de matarlas y otro grupo que no lo creía; de las 213 participantes, más de tres cuartos de la población afirmaron que consideraban que sus parejas eran capaces de asesinarlas. A pesar de que ese grupo tan grande creía eso de sus parejas, había diferencias en el grupo en cuanto a cómo priorizaban los indicadores de riesgos. Los factores asociados con el riesgo de fatalidad incluían los siguientes:

- a) Amenazas previas de homicidio
- b) Cuando los agresores controlaban las actividades diarias de sus parejas
- c) Uso y porte de armas por parte de los agresores
- d) Los agresores abusaban de las drogas.

Los investigadores recomiendan que las personas que estén en riesgo agudicen la percepción frente a estos indicadores y si sospecha que esto puede pasar deben generar estrategias para una mayor seguridad.

(Johnson, Cusano, Nikolova, y Steiner, 2020).

2.3 MEDIOS DE ACCESO A LA ASISTENCIA PSICOSOCIAL EN MODALIDAD REMOTA.

Cómo es sabido, en aras de evitar la propagación de la Covid-19, en la región se han tomado diferentes medidas de confinamiento que, entre otras cosas, han llevado a la suspensión parcial o total de la prestación física de la mayoría de los servicios de atención para las sobrevivientes de VBG, quienes, además, como ya se mencionó, en muchos casos se encuentran confinadas con el mismo agresor. Es en este contexto que surge el uso de la tecnología como una herramienta necesaria e indispensable para continuar con la atención psicosocial de las sobrevivientes.

A pesar de que la prestación de servicios de salud mental a través de medios tecnológicos es una práctica ya contrastada -conocida como tele psicología¹²-; que cuenta con protocolos estructurados como, el publicado por la APA en el año 2017; y, con evidencia que respalda su funcionamiento (ver cápsula de conocimiento); es importante tener en cuenta que, tal y como lo señalan UNFPA (2020) y UNICEF (2020), la atención remota a sobrevivientes de VBG requiere el cumplimiento adicional de una serie de medidas específicas en pro de salvaguardar la seguridad e integridad de las sobrevivientes.

Ahora bien, la tecnología ya ha sido usada como un medio para ampliar la cobertura de los servicios de atención disponibles para las sobrevivientes de VBG en emergencias; así, por ejemplo, El *International Rescue Committee* publicó en el año 2018, las directrices para la prestación de servicios de violencia de género (VG) móviles y remotos, para los

cuales se definen los procesos de prestación remota de servicios de VBG como: “...la provisión de servicios de VBG (principalmente apoyo emocional y gestión de casos) a través de una plataforma tecnológica (es decir, línea directa, chat o SMS) en lugar de en persona...” (p. 21).

Por otra parte, UNFPA (2020) recientemente, publicó la *guía de servicios remotos para la atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG*; en donde, se hace especial énfasis en que, por la situación particular de las sobrevivientes de VBG ya descrita en este documento, la prestación de servicios a través de herramientas tecnológicas requiere adaptaciones que, tal como se menciona, deben asegurar el cumplimiento de los principios guía para la atención de sobrevivientes de VBG¹³.

En relación con la población refugiada y migrante en situación de irregularidad, es relevante tener en cuenta que el acceso a dispositivos electrónicos es limitado. Es necesario tener en cuenta que estas personas expuestas a la violencia basada en género tienen poco acceso a redes de apoyo, por lo que se debe evaluar el acceso a la tecnología con el que cuentan. En este modelo se plantea el uso del teléfono móvil con aplicaciones como WhatsApp y Messenger de Facebook o la utilización del teléfono móvil sin aplicaciones para llamadas. Adicionalmente, se plantea recurrir al correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación.

CÁPSULAS DE CONOCIMIENTO: EVIDENCIA

EFFECTIVIDAD DE LA TELEPSICOLOGÍA

El tema de la tele psicología, ha sido un tema de interés, particularmente en comprobar la efectividad de este medio para la implementación de técnicas específicas, En uno de los estudios realizados, se indagó sobre la viabilidad de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. En el estudio se evaluaron aspectos como el equipo de telesalud, la adecuación de la tecnología, los temas de seguridad de la información, los niveles de deserción entre otros, y se analizaron los efectos de esta modalidad en los auto reportes en estrés post traumático, depresión y ansiedad. Los resultados indican que todos los pacientes mejoraron en los indicadores de estrés postraumático luego de recibir el tratamiento y hubo una tasa de deserción nula con un número comparable de sesiones al tratamiento en consultorio (12-19). También se encontró que las dificultades técnicas fueron mínimas y se evidenciaron en el acceso a las videoconferencias y a las lentas velocidades de internet. En cuanto a asuntos de seguridad, el desarrollo de una relación de confianza con el personal de los colegios y un protocolo de seguridad adecuados para la implementación mostraron ser estrategias efectivas en el tratamiento (Stewart, Orengo-Aguayo, Cohen, Mannarino & de Arellano, 2017).

¹² Telepsicología: “...prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electro-ópticos o electrónicos...” (APA, 2017, p. 8)

¹³ Para ampliar la información sobre atención psicosocial remota, se recomienda revisar la entre otros documentos disponibles [guía de servicios remotos para la atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG](#) (UNFPA, 2020).

2.4. GESTIÓN DE CASOS

La metodología de la gestión de casos ha sido desarrollada para facilitar la atención de las sobrevivientes de VBG en emergencias. Y es una guía esencial a tener en cuenta para integrar con el modelo y con la guía de atención psicosocial focalizada, no especializada y estructurada que se presenta en este documento. Por lo anterior, no se pretende incluir la guía de gestión de casos en este documento, pero es útil hacer referencias a algunos puntos clave¹⁴, para que se tenga a mano en el momento de utilización de este modelo y guía.

Este documento parte de la concepción de que lo psicosocial hace referencia a:

Que el término psicosocial se utiliza para enfatizar en la interacción entre los aspectos psicológicos de las personas y su entorno.

Los aspectos psicológicos se refieren al funcionamiento de los pensamientos, emociones y comportamientos.

El ambiente social se refiere a las relaciones interpersonales y a las redes familiares y sociales, a las tradiciones culturales y al nivel socioeconómico, incluyendo la ocupación, ya sea educativa o laboral.

Lo social y lo psicológico no son categorías independientes, sino que están interrelacionados y explican el funcionamiento personal, lo cual está muy relacionado con lo que otras organizaciones plantean.

El [Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines](#) es un documento que expone un lineamiento estructurado para ofrecer un servicio de calidad para sobrevivientes de violencia basada en género (VBG) en espacios humanitarios. Los servicios que se describen son de carácter individualizado y están orientados a abordar las necesidades inmediatas de una sobreviviente en torno a cuatro áreas esenciales: 1) el aspecto legal, 2) las necesidades en salud, 3) las necesidades de atención psicosocial y 4) los aspectos concernientes a la protección. Adicionalmente, ésta guía de gestión de casos ofrece las herramientas y mecanismos necesarios para atender las necesidades y resolver las problemáticas de las sobrevivientes y sus familias durante el proceso de la atención, de manera coordinada.

2.4.1. Relación entre la gestión de casos de casos y el apoyo psicosocial

El apoyo psicosocial en contextos humanitarios es un componente transversal en la gestión de casos y se ubican la categoría de servicios no especializados en la pirámide SMAPS¹⁵ del IASC. Está dirigido a apoyar a las sobrevivientes a acceder a los servicios necesarios para lograr su bienestar y a dar atención directa, si es el caso, desde la perspectiva psicosocial a través de un plan de atención estructurado y organizado.

2.4.2. Aproximación centrada en la sobreviviente

La aproximación centrada en la sobreviviente tiene como fin proporcionar el apoyo adecuado para atender las necesidades, expectativas, y preferencias de las sobrevivientes y lograr la recuperación de las mismas. Los servicios están diseñados con base en las necesidades de las personas que los requieren, a partir de sus circunstancias y del contexto en particular.

El enfoque centrado en la sobreviviente reconoce la magnitud de la experiencia a la que ha sido expuesta y los efectos que ha tenido en su integridad, en la percepción de sí misma, en la forma de relacionarse con otros y en su perspectiva sobre el mundo y el futuro. Teniendo esto en cuenta la gestora de casos orienta su trabajo a que la sobreviviente logre el pleno disfrute de sus derechos y a recuperación de su autonomía. Lo anterior, implica tener y trabajar con una perspectiva de integralidad entre los actores del proceso y las metas que la atención busca. Este enfoque promueve que las decisiones tengan en cuenta la situación específica de la sobreviviente y las condiciones adversas a las que ha estado sistemáticamente expuesta, de manera que el trabajo se centra en los recursos personales, las fortalezas y la resiliencia de las personas más que en sus dificultades.

- El protocolo plantea principios guía para la atención de la sobreviviente a lo largo del proceso: Estos principios son:
- Derecho a la seguridad tanto física como psicológica y emocional.
- Derecho a la confidencialidad y trato respetuoso de sus datos.
- Derecho a la dignidad y autodeterminación, respetando sus propias decisiones.
- No discriminación

¹⁴ Se sugiere complementar la implementación de este modelo y guía con la [Guía interagencial de manejo de casos de Violencia de Género \(2017\)](#), y de la [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\)](#)

¹⁵ Salud mental y atención psicosocial.

Es importante anotar que este modelo está dirigido a la población migrante y refugiada que está en condiciones de vulnerabilidad y que en su mayoría son mujeres que proceden de Venezuela, debido a la situación económica y política a la que han estado expuestas. Por tal razón, es relevante que se tenga en cuenta que deben ser atendidas y acogidas en todos los países y no ser objeto de discriminación ni xenofobia. Es vital que se promuevan los derechos de estas poblaciones que están en necesidad de protección.

2.4.3. Indicaciones para crear un servicio de gestión de casos de VBG.

- Para contar con un servicio de gestión de casos se deben tener en cuenta los elementos básicos y necesarios que se enumeran a continuación:
- Contar con equipos previamente capacitados en el tema y con características como la responsabilidad, la empatía y la compasión.
- Contar con equipos suficientes para atender las necesidades de la emergencia y priorizar el personal femenino, aunque se deben tener equipos mixtos cuando sea necesario. Es necesario contar con supervisión de equipos y garantizar la sensibilidad de los mismos frente a las culturas y a la diversidad.
- Es importante garantizar la seguridad de los documentos y la confidencialidad de la información para no poner en riesgo a las sobrevivientes. En caso de guardar la información en formato digital, este debe estar protegido por contraseñas y códigos de seguridad.
- Se hace énfasis en que para ser parte de un equipo que realiza gestión de casos en emergencias para sobreviviente de VBG, es necesario contar con formación previa no sólo en el tema de violencia basada en género, sino en la atención psicosocial.

2.4.4. Espacios para proveer el servicio.

Uno de los retos que se presentan en la actualidad tiene que ver con la atención y gestión de casos en modalidad remota, es por esto que este modelo y guía se proponen con el fin de lograr que las sobrevivientes de VBG puedan tener acceso a servicios en momentos en los que la movilidad está restringida; de otra parte, se requiere que este modelo y guía puedan ser utilizados para la atención de mujeres migrantes y refugiadas que no cuenten con todos los recursos para acceder a plataformas digitales o a dispositivos de tecnología específica. Razón por la cual, es necesario contar con el uso de teléfonos de diferentes capacidades, si hay disponibilidad

de teléfonos, u optar por recursos que permitan el acceso a estas poblaciones. El modelo y la guía, en general, se han planteado para utilizar el WhatsApp, el correo electrónico o un teléfono para lograr la comunicación.

2.4.5. Guía para proveer el servicio de apoyo a sobrevivientes de VBG

La metodología de gestión de casos plantea la atención estructurada en pasos específicos que corresponden a un plan de acción, que contempla 6 pasos específicos, en los que se determinan las acciones que se deben llevar a cabo en caso de que esta atención sea de manera presencial. Algunas recomendaciones complementarias se incluyen en la [\(ver enlace\)](#)

De otra parte, la guía de gestión de casos hace recomendaciones para atender los casos de VBG y de poblaciones con necesidades especiales como son las migrantes y refugiadas, las poblaciones en situación de discapacidad, así como las poblaciones LGBTI, particularmente las mujeres trans quienes sufren, en situación de migración, los mayores riesgos. En este sentido estas personas padecen discriminación no sólo por su nacionalidad sino por su identidad de género.

2.4.6. Indicación para violencia de pareja.

Entender las dinámicas de la violencia doméstica puede ser de gran ayuda para proveer un servicio libre de juicios y compasivo. Los factores que juegan un rol importante en este tipo de violencia son las normas sociales, los roles y las expectativas de género, el abuso y la violencia basados en poder y control, así como, las características circulares/cíclicas de la violencia. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que los abusadores controlan sus agresiones, saben cuándo y dónde ser violentos y, muchas veces, manipulan a las sobrevivientes, llevándolas a creer que la culpa es de ellas. Por todo esto, es primordial planear con base en las necesidades de seguridad de estas personas. Tanto en la [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\)](#), como en el modelo y la guía anexa se hace especial énfasis en la forma de diseñar conjuntamente con la sobreviviente su plan de seguridad para minimizar los riesgos y garantizar su integridad.

2.4.7. Gestión de casos con otros grupos vulnerables. (LGTBI)

Muchos de los obstáculos que se encuentran en el trabajo con las mujeres también se encuentran en el trabajo con otros grupos vulnerables, pues estos grupos se enfrentan con otras barreras específicas, entre ellas se encuentra la seguridad relacionada con violencia hacia la población LGTBI o incluso la criminalización de la identificación con dicha

población. También se encuentra la culpa y la vergüenza, el miedo a ser expuestos en su identidad u orientación, la falta de redes de apoyo, el miedo a ser culpadas, las experiencias negativas, la falta de conciencia y la falta de servicios especializados.

Las implicaciones de trabajar con sobrevivientes LGTBI son las mismas que con las poblaciones anteriormente mencionadas por lo que se hacen algunas consideraciones para funcionarios que puedan ayudar a mejorar el servicio y a hacerlo más cómodo y seguro para la población. Se recomienda ser consiente de las necesidades de esta población y elaborar las emociones y prejuicios frente a estos grupos, no asumir su género u orientación sexual, el uso cuidadoso del lenguaje, no realizar preguntas innecesarias provenientes de la curiosidad, no exponer su identidad u orientación a otros miembros del equipo sin consentimiento y reforzar la percepción que sus reacciones son normales.

En cuanto a la valoración de seguridad hay que tener en cuenta que algunos países criminalizan la identificación u orientación LGTBI; de hecho, en los países en donde no lo hacen existen prejuicios y posturas negativas frente a la población. Es por esto que en muchos casos, el acceso a las autoridades puede ser parte del riesgo ya que son partícipes de los actos violentos por homo/bi/transfobia o de crímenes de odio. Es importante señalar que por estos mismos prejuicios puede suceder que la población no cuente con redes de apoyo y esté aislada. Por último, se debe tener en cuenta que la población LGBTI está en alto riesgo de suicidio si tiene falta de redes de apoyo comunitarias, familiares o están aisladas. Esto no significa que se debe asumir la tendencia suicida, pero sí se debe estar atento a las señales de riesgo.

2.4.8. Barreras en la atención a sobrevivientes hombres.

Las barreras encontradas en el acceso a la atención a sobrevivientes resultan similares a las encontradas en poblaciones revisadas anteriormente. Estas barreras, además, están relacionadas con las condiciones étnicas, culturales, religiosas y de estatus socioeconómico. Las barreras específicas que se encuentran en esta población incluyen normas masculinas tradicionales que evitan la búsqueda de ayuda, la vergüenza y el miedo al estigma, las preocupaciones y los miedos relacionados con su sexualidad, el miedo de que no se les crea y el riesgo de consumo de sustancias.

Dentro de las recomendaciones a la atención se contempla no asumir nada sobre la persona y su experiencia, utilizar el lenguaje que las personas utilizan y no hacer inferencias sobre su orientación sexual. Se debe validar su fortaleza,

reafirmar que no es su culpa y que no están afrontando la situación solas. Adicionalmente, se debe evitar juzgar algún consumo de sustancias.

2.4.9. Atención a personas con discapacidad.

En la atención a esta población es crucial comprender la discapacidad y sus tipos, incluyendo la discapacidad física, intelectual y sensorial. El hecho de no ser un grupo homogéneo trae consigo barreras y riesgos que las hacen vulnerables. Los factores que aportan a esto son los prejuicios sobre la capacidad de las personas con discapacidad, el aislamiento, la pérdida de redes de apoyo familiares y comunitarias y problemas exagerados de poder y control, especialmente si el cuidador es también la pareja.

También se encuentran con barreras relacionadas con la discapacidad para acceder a servicios. Entre estas, están el estigma y los prejuicios, los problemas de comunicación, la relación con los cuidadores que pueden ser sus mismos agresores, el temor a que no sean tomadas en cuenta o que no se crea lo que están denunciando, barreras físicas, problemas de confidencialidad y barreras administrativas.

Frente al servicio y el apoyo otorgado se ponen de presente unas consideraciones especiales para con la población. En primer lugar, se hace especial énfasis en la comunicación: esta debe ser dedicada, con escucha activa y el funcionario se debe dirigir directamente a la persona. Hay que prestar especial atención a cómo la persona se quiere comunicar ya sea por gestos, a través de sus emociones o con diferentes comportamientos. No se debe presionar a la persona a comunicarse.

En el proceso de toma de decisiones es importante involucrar a personas de confianza. Se deben tener en cuenta los intereses del sobreviviente, su seguridad, empoderamiento en las decisiones, el costo y beneficio y si la decisión aporta o no a su recuperación.

Al involucrar a los cuidadores en el proceso, es indispensable contar con el consentimiento del sobreviviente. Mientras el cuidador esté involucrado se deben evaluar constantemente los riesgos de su participación en el proceso. Esta valoración considera el riesgo y la seguridad del consultante y la existencia de un posible abuso por parte del cuidador. Se debe enfocar en los intereses del sobreviviente así no estén acordes a los intereses del cuidador o de la familia. Se debe mantener la confidencialidad con el cuidador y la familia, no se permite compartir información sin el consentimiento explícito del sobreviviente. Si se determina que la participación de los cuidadores y la familia es segura también se les debe dar asistencia, información y herramientas útiles.

2.4.10. Supervisión de la calidad del servicio

Se tienen en cuenta tres formas en las cuales es posible monitorear la calidad:

- 1) La retroalimentación a los consultantes,
- 2) Las auditorías de documentos de casos y
- 3) Las supervisiones de trabajadores involucrados en los casos.

La calidad del servicio también depende del entrenamiento de los miembros del equipo. Se debe asegurar que los conocimientos adquiridos sean puestos en práctica de manera adecuada, dar espacios para consultar y discutir su trabajo para recibir retroalimentación constructiva. Ofrecer oportunidades de manejo del estrés, espacio de reflexión de sus creencias, valores y comportamientos y como impactan en su trabajo y entrenamiento continuo.

Se puede lograr la supervisión por medio de diferentes estrategias como la valoración de actitudes, el conocimiento base, el desarrollo de habilidades y la aplicación de las habilidades siendo necesario adaptarlas a los medios remotos ya que es una necesidad para lograr la supervisión constante permanente y oportuna.

Se recomienda profundizar en el [Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines \(2017\)](#).

2.5 MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL REMOTO PARA SOBREVIVIENTES DE VBG EN EMERGENCIAS.

El objetivo del modelo de atención psicosocial es generar estrategias de valoración e intervención focalizadas no especializadas estructuradas que sean implementadas en modalidad remota, cuando no sea posible asistir presencialmente cómo ha sucedido en el contexto de la pandemia de la Covid 19. Este modelo está dirigido a lograr el bienestar psicosocial y preservar la salud mental de sobrevivientes de VBG en emergencias, particularmente a atender las necesidades de las mujeres migrantes y refugiadas procedentes de Venezuela y como una de las iniciativas de la plataforma R4V.

Los lineamientos desarrollados en este modelo corresponden al tercer nivel de la pirámide de atención psicosocial y en salud

mental en emergencias. En la guía elaborada por (UNICEF 2018) se plantea que en este tercer nivel las acciones de cuidado se centran en las necesidades de las personas y en la atención individual que debe estar enfocada en disminuir la angustia emocional, minimizar los riesgos y fortalecer los factores de protección.

- Este modelo tiene como finalidad ser un soporte teórico para los lineamientos específicos de la atención psicosocial, focalizada, no especializada, estructurada en modalidad remota, y para la guía anexa y tiene las siguientes características:
- Ser un modelo complementario a la metodología de gestión de casos ([El Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines, 2017](#)) para atender las necesidades particulares en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) de las sobrevivientes de VBG en situaciones de emergencia, especialmente, a mujeres migrantes y refugiadas., en el tercer nivel de la atención.

Este modelo se implementaría integrado a la gestión de casos ([El Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines, 2017](#)) por los equipos de y operadores de la atención psicosocial.

Sería de utilidad para proveedores de SMAPS que están apoyando exclusivamente la atención psicosocial y que requieren de un modelo que se adapte a las necesidades específicas de las sobrevivientes, en contextos particulares como ha sucedido con la pandemia de la Covid 19.

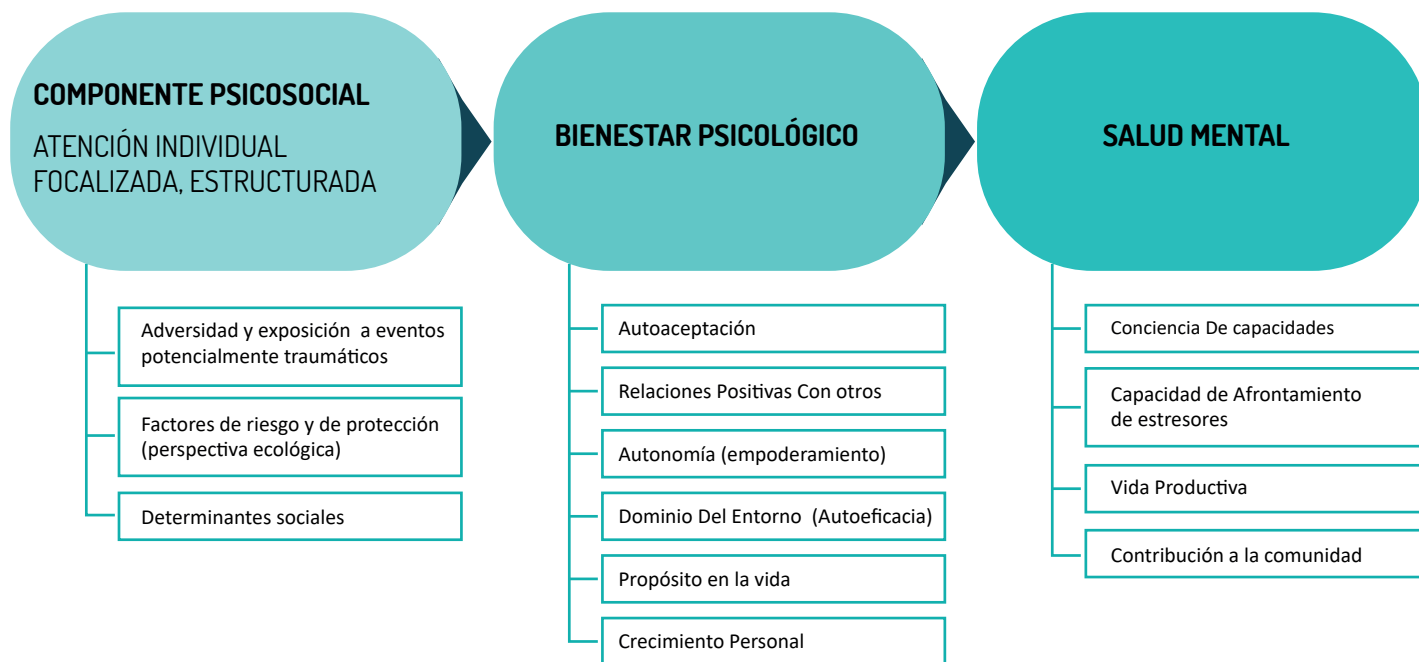
Este modelo propone un paso a paso en la atención psicosocial focalizada, no especializada y estructurada que incluye el contacto inicial, la valoración¹⁶ y la intervención que pueden ser aplicables de forma remota y/o presencial. Remitirse a la guía para más detalle de este paso a paso ([ver enlace](#)).

El modelo se fundamenta en un enfoque teórico que transita entre los conceptos psicosocial, bienestar psicológico y salud mental que se explican posteriormente, plantea un objetivo y define una estrategia para la valoración y para la atención psicosocial focalizada no especializada y estructurada de manera remota para las sobrevivientes de violencia basada en género, principalmente para migrantes y refugiadas. Además de lo anterior, cuenta con una guía para la implementación, unos ejercicios específicos y una propuesta para la formación de los equipos que podrán utilizar este modelo.

¹⁶ El término se refiere a la valoración psicológica (assessment)

FIGURA 13.

ENFOQUE Y COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL



El componente psicosocial tiene tres elementos a considerar para la atención focalizada no especializada estructurada, 1) la adversidad y la exposición a experiencias potencialmente traumáticas, 2) los factores de riesgo y de protección según el modelo ecológico y 3) los determinantes sociales ([ver enlace](#)).

La adversidad se considera como:

- Situaciones negativas o adversas que marcan la vida de las personas, por el tipo de efectos que estas situaciones tienen en la salud.
- Desde los estudios de Felitti (2002) se encontró la relación de las experiencias adversas en la infancia con la salud en la edad adulta.
- Es importante tener en cuenta que la adversidad en la temprana infancia se relaciona de manera importante no sólo con los problemas de salud sino también con la violencia basada en género y los efectos que esta pueda tener en la edad adulta.
- Por lo general, las sobrevivientes de violencia basada en género acumulan historias pasadas junto con las situaciones

actuales de violencia y esto hace que los impactos en la salud mental sean mayores.

- Se ha encontrado una relación entre el número de experiencias adversas de la infancia, o sea la acumulación y problemas de comportamiento y aprendizaje en niños y adolescentes.
- Así mismo, la relación de esta adversidad con problemas somáticos, alucinaciones, ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos, depresión e intentos de suicidio en adultos, las personas que han reportado múltiples de estas experiencias muestran menos bienestar psicosocial, menor acceso a servicios de salud entre otros (Oral, Ramirez, Coohy, Nakada, Walz, Kuntz, Benoit, y Peek-Asa, C. 2016).

Por su parte, la exposición a **experiencias potencialmente traumáticas** se explica a partir de:

- Las personas reaccionan de manera diferencial frente a las situaciones amenazantes y los efectos dependen de los recursos que tenga cada persona para responder (**afrentamiento y resiliencia**) y de la forma cómo se procesa la situación traumática.

- La palabra “trauma” significa herida y, por tanto, debe tenerse en cuenta que el proceso de recuperación depende de los daños que este trauma haya ocasionado en el momento de la exposición que, como se mencionó, difiere en todas las personas, pues no todas reaccionan de la misma forma ni se afectan de la misma forma.
- La exposición a la violencia basada en género se considera una experiencia potencialmente traumática de las que una persona difícilmente se recupera por completo, debido a que la amenaza es mayor a la capacidad de la persona para resolverla, lo que da lugar a la generación del malestar psicosocial de la persona.
- Es la experiencia simultánea de sentimientos negativos extremadamente poderosos (activación excesiva), asociada con pensamientos que sobrepasan el umbral de la realidad (cogniciones distorsionadas). La cantidad de estimulación sensorial para el cerebro es excesiva para el procesamiento por eso se habla de la activación excesiva (*overwhelming arousal*) (Garbarino, 2008).
- El trauma es el resultante de la exposición a estresores agudos que son: 1) Repetitivos o prolongados en el tiempo, 2) Implican lesiones o abandono por parte de los adultos y 3) Suceden en etapas de desarrollo especialmente vulnerables. Sin embargo, la persona puede estar expuesta en otros momentos de su vida y esto también tiene efectos negativos, aunque diferentes de los que se presentan en edades más tempranas (Ford y Curtois, 2009, 2013).
- Las experiencias potencialmente traumáticas tienen efectos importantes en la salud mental como la aparición del trastorno de estrés postraumático (TPT) entre otros efectos.
- **Existen dos tipos de experiencias traumáticas:**

Tipo I: se definen como experiencias traumáticas únicas que se presentan una sola vez”, como pueden ser los accidentes, las catástrofes naturales, los atentados terroristas, un episodio de abuso o agresión de alto impacto, suelen ser inesperados, repentinos e incontrolables.

Tipo II: son experiencias de tipo repetitivo y complejas, por ejemplo, estar en combate, abusos sexuales frecuentes, violencia en la comunidad, y episodios constantes de violencia de pareja, suelen ser continuos, recurrentes, combinados o conjuntos (Courtois, 2013).

El significado que tienen la adversidad y el trauma en la salud está estrechamente relacionado con los estresores presentes a lo largo de la vida de las personas, algunos con unos efectos más dramáticos que otros, por lo que esta perspectiva de ciclo de vida y de efecto acumulador es necesaria para entender los efectos de la VBG. En este sentido es relevante enfatizar en el impacto que puede tener la VBG tanto en la infancia como en la edad adulta, pues se ve reflejado en el desempeño de las sobrevivientes en todas las áreas de su funcionamiento como la psicológica, la económica, la laboral y la relacional.

El análisis del bienestar psicosocial y la salud mental y el análisis de los **factores de riesgo y de protección** tienen que ver con la necesidad de identificar considerar los diferentes niveles en los cuáles se encuentran estos factores como son el individual, el familiar, el comunitario y el estructural (éste último se refiere a la cultura y al contexto) ya que estos factores tienen un impacto mayor o menor dependiendo del nivel y la interacción de estos en cada caso particular. Esto se explicó en relación con la violencia de pareja en el modelo de L. Heise (2011). Por ejemplo, en los factores de protección, las características individuales son esenciales, las habilidades de control, autorregulación, autoeficacia y resiliencia son elementos que permiten que una persona en riesgo pueda tener mejores afrontamientos y los impactos sean menores.

Según la propuesta del modelo de la ruta psicosocial y su relación con los resultados en salud (2017) los **determinantes sociales** son elementos que explican los cambios en la salud y por lo tanto:

- Deben ser tenidos en cuenta en cualquier propuesta de bienestar psicosocial y salud mental.
- Permiten comprender cómo funcionan los aspectos sociales, económicos y del entorno pueden facilitar u obstaculizar cualquier proceso de atención psicosocial.
- Facilitan entender el logro de resultados efectivos en la gestión de casos.
- Resumen la estructura, la oferta institucional y la provisión de servicios en cada contexto que puede facilitar la atención a las sobrevivientes o por el contrario puede hacerlo más complejo.

Si bien es cierto que se ha hablado del bienestar psicosocial, en este modelo se quiere hacer énfasis en el **bienestar psicológico** con el fin de puntualizar que lo que se pretende con todas las acciones que se desarrollen en la atención focalizada no especializada estructurada con las sobrevivientes

de VBG, **es no sólo que puedan mitigar algunos efectos de su situación, sino que puedan ir valorando y utilizando sus capacidades y recursos psicológicos necesarios para lograr una sensación de bienestar psicológico con ellas mismas, a pesar de las situaciones que viven a diario.**

El bienestar psicológico se define como:

- El desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, que le permite a las personas tener una sensación de logro y de aceptación de sí mismos (Diaz et al., 2006).
- El bienestar psicológico es un continuo que va desde el polo negativo hasta el positivo.

- El bienestar es multidimensional y se ha descrito con base en seis dimensiones que vale la pena tener en cuenta, a fin de contar con unos indicadores que permitan obtener claridad de cuándo una persona sobreviviente ha “mejorado”, después de un proceso de atención psicosocial focalizada no especializada.
- Las dimensiones que se incluyen en esta propuesta de Ryff y Keyes (1995) son la autoaceptación, las relaciones efectivas con los otros, la autonomía (empoderamiento), dominio del entorno (autoeficacia), propósito en la vida, crecimiento personal.

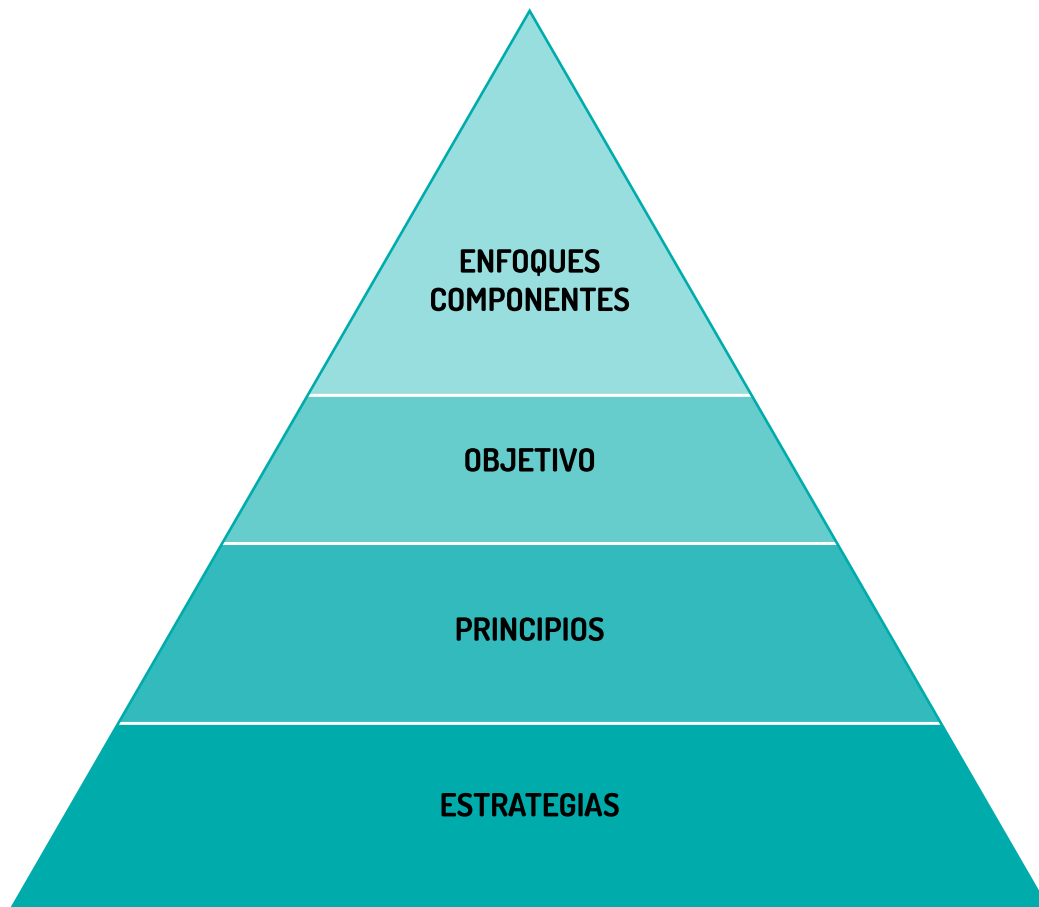
DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	EJEMPLOS
AUTOACEPTACIÓN	Sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes de valoración y reconocimiento hacia uno mismo.	Lograr reconocer los atributos propios que son valorados como cualidades: - “Soy amable” - “Soy atractiva”
RELACIONES EFECTIVAS CON OTRAS PERSONAS	Mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar	Logra comunicarse con personas de su entorno y es capaz de buscar ayuda y fortalecer redes de apoyo social.
AUTONOMÍA	Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal	Busca alternativas para lograr independencia económica y afectiva que le facilite lograr el bienestar a pesar de continuar en una relación abusiva, intentando alejarse de culpa que esto le ocasiona.
DOMINIO DEL ENTORNO	Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.	Busca momentos de tranquilidad propios a través del ejercicio de actividades orientadas a lograr su bienestar profundo y la relajación.
PROPÓSITO EN LA VIDA	Necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido	Piensa en escenarios posibles para su futuro, a pesar de estar en una situación compleja, que le permitan proyectarse como mujer y como persona.
CRECIMIENTO PERSONAL	Desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades	Busca y lleva a cabo actividades orientadas al crecimiento académico, personal o económico. Se apoya en profesionales para lograr emprendimientos o actividades similares.

Ryff y Keyes (1995)

Finalmente, el componente de **salud mental** que es el propósito se concibe desde la perspectiva de la OMS y que se describió en la primera parte del documento.

FIG. 14.

MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA Y ESTRUCTURADA DE TIPO REMOTO PARA SOBREVIVIENTES DE GBV EN EMERGENCIAS.



Fuente: Elaboración propia

En la figura 14 se relacionan los componentes técnicos del modelo planteando su objetivo general relacionado con el propósito de la guía de implementación.

OBJETIVO

Generar estrategias de valoración e intervención en modalidad remota, focalizadas no especializada estructuradas, orientadas a lograr el bienestar psicosocial y preservar la salud mental de sobrevivientes de VBG en emergencias, particularmente en situaciones de confinamiento en contextos de pandemia por la Covid 19 y, particularmente, para la población refugiada y migrante de Venezuela y sus comunidades de acogida

PRINCIPIOS

Este modelo parte de los principios interagenciales del trabajo en violencia basada en género que aparecen en el recuadro presentado a continuación:

Principios Interagenciales del Trabajo en Violencia Basada en Género:

- **Seguridad:** la seguridad y protección de la persona sobreviviente y sus hijos es la consideración principal.
- **Confidencialidad:** las personas sobrevivientes tienen derecho a elegir a quién contarán o no su historia, y la información solo debe compartirse con el consentimiento informado de la persona sobreviviente.
- **Respeto:** todas las acciones que se tomen deben estar guiadas por el respeto a las opciones, deseos, derechos y dignidad de la persona sobreviviente. El papel de los operadores es facilitar la recuperación y proporcionar recursos para ayudar a la persona sobreviviente.
- **No discriminación:** las personas sobrevivientes deben recibir un trato igualitario y justo independientemente de su edad, género, raza, religión, nacionalidad, etnia, orientación sexual o cualquier otra característica.
- **Enfoque basado en derechos:** el enfoque basado en derechos busca analizar y abordar las causas fundamentales de la discriminación y la desigualdad para garantizar que todas las personas, independientemente de su género, edad, etnia o religión, tengan derecho a vivir en libertad y con dignidad, a salvo de la violencia, la explotación y el abuso, de acuerdo con los principios de los derechos humanos.
- **Enfoque basado en la comunidad:** Un enfoque basado en la comunidad garantiza que las poblaciones afectadas participen activamente como socias en el desarrollo de estrategias relacionadas con su protección y la prestación de asistencia humanitaria. Este enfoque implica la consulta directa con mujeres, niñas y otros grupos en riesgo en todas las etapas de la respuesta humanitaria para identificar los riesgos y los factores protección y las soluciones y aprovechar los mecanismos de protección existentes basados en la comunidad.
- **Principios humanitarios:** Los principios humanitarios de humanidad, imparcialidad, independencia y neutralidad deben sustentar la implementación de los Estándares Mínimos y son esenciales para mantener el acceso a

las poblaciones afectadas y garantizar una respuesta humanitaria eficaz.

- Enfoque de “acción sin daño”: un enfoque de “acción sin daño” implica tomar todas las medidas necesarias para evitar exponer a las personas a más daños como resultado de las acciones de los agentes humanitarios.

Además de los principios anteriores, este modelo adiciona a los principios estándar que se enumeran a continuación:

- Son estrategias de atención orientadas a mitigar los efectos de la VBG y a preservar la salud mental.
- Es un modelo que será implementado por equipos de atención psicosocial, previamente capacitados.
- Son acciones centradas en las sobrevivientes de VBG en emergencias, especialmente, para migrantes y refugiados.
- Tiene en cuenta las experiencias potencialmente traumáticas con la consideración de que éstas tienen un efecto y explican, en gran medida, las consecuencias en el bienestar psicosocial de las sobrevivientes.
- Se enfoca en desarrollar estilos de vida adaptativos, pensamientos eficaces a partir de la auto regulación emocional y el compromiso personal.
- Utiliza las estrategias que cuentan con la mejor evidencia posible.

ESTRATEGIAS

Las estrategias que plantea este modelo tienen que ver básicamente con el análisis que se hace de la problemática de la consultante y por otro lado incluye estrategias que facilitan la atención y que pueden ser desarrolladas a través de medios remotos, lo que no significa que no puedan utilizarse en la atención presencial. Esta propuesta intenta ser un recurso especializado y complementario para la [Guía técnica de servicios remotos: Atención psicosocial especializada para sobrevivientes de violencia basada en género \(2020\)](#) enfocándose en las sobrevivientes que además de padecer la VBG están en una situación compleja dado la condición de migración irregular o de refugio. Estas estrategias se describen en la parte C de este documento.

PARTE C.

LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

El propósito de este apartado es describir las estrategias que puedan ser útiles en la atención psicosocial en modalidad remota a las sobrevivientes de la VBG en emergencias. El capítulo 4 se dedica al proceso de valoración y análisis y a los elementos necesarios para lograr el objetivo.

Es importante considerar que estas acciones se relacionan con las fases de las emergencias y que cada una de las acciones tendrá su utilidad en cada una de las fases como son: contención, aplazamiento y mitigación, según se observan en la siguiente tabla, relacionándolas con la situación de la pandemia y la post-pandemia.

Estrategia Nacional	CONSECUENCIAS Y EFECTOS EN LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL	RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL POR FASES DE LA EMERGENCIA
Contención	<p>Incertidumbre</p> <p>Confusión</p> <p>Desorganización</p> <p>Aparece temor por la idea de tener que estar en confinamiento</p> <p>Angustia</p> <p>Puede evolucionar a ansiedad</p>	<p>Utilizar la Guía interagencial de gestión de casos y apoyarse en las recomendaciones de la Guía de atención psicosocial en modalidad remota de UNFPA.</p> <p>Garantizar un plan de seguridad, utilizando la Guía de gestión de casos.</p> <p>Fortalecer las habilidades de afrontamiento de la sobreviviente, para contener los impactos de la situación de restricción de movilidad, más si se convive con el agresor, o éste tiene acceso a la vivienda de la sobreviviente.¹⁷ (ver enlace)</p>
Aplazamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Incremento de la sensación de temor -Desesperanza -Aumento de los episodios de VBG. -Acortamiento del ciclo de la violencia. -Escalamiento -Mayores episodios y de más severidad. 	<p>Se recomienda en esta fase utilizar algunas de las recomendaciones de la presente guía como lo contemplado en el Contacto Inicial (ver enlace).</p> <p>Si la sobreviviente busca ayuda, la contención focalizada sería la opción para la atención psicosocial.</p> <p>Contactos en sitios de distribución de esenciales.</p>

¹⁷ Se recomienda revisar la Guía interagencial de manejo de casos de Violencia de Género (2017), y la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020)

Estrategia Nacional	CONSECUENCIAS Y EFECTOS EN LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL	RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL POR FASES DE LA EMERGENCIA
<p>Aplazamiento</p>	<p>-Aumentan los episodios y particularmente la violencia psicológica.</p> <p>La situación aísla aún más a las mujeres, aumenta el control promedio por la clausura formal en el hogar.</p> <p>Facilita la impunidad al aumentar las barreras para que las mujeres puedan salir de la violencia/ puedan alejarse de su agresor y crea un contexto que facilita el uso de cualquiera de sus formas ante el más mínimo estímulo, evento precipitante o estresor</p> <p>Menor probabilidad de denuncia/ y a la búsqueda de servicios de gestión de caso y otros servicios psicosociales, menos acceso a la comunicación de las mujeres con sus redes de apoyo o con la institucionalidad.</p> <p>Se presenta mayor escalamiento. Depende de la historia de VBG (tiempo y severidad).</p> <p>Pueden continuar los indicadores asociados a la ansiedad y empezar a evolucionar hacia otros tipos de afectaciones emocionales.</p> <p>(Lorente-Acosta 2020)</p>	<p>Utilización de códigos especiales para las llamadas.</p> <p>En esta fase se recomienda que en el trabajo con las sobrevivientes no se dirija a la toma de decisiones, ya que puede ponerlas aún en mayor riesgo de exposición a episodios de VBG, como se mencionó en la explicación del Ciclo de la violencia.</p> <p>Se deben reforzar las capacidades de las sobrevivientes de detectar y percibir el riesgo, la amenaza y el peligro para eliminar posibilidad de casos fatales. (ver enlace)</p>
<p>Mitigación</p>	<p>Disminuye el acceso a servicios de atención</p> <p>Las personas sobrevivientes pueden estar en mayor riesgo de confinamiento en sus hogares.</p> <p>Restricciones de movilidad estrictas, tanto del personal como de los/as sobrevivientes.</p> <p>Menor posibilidad de denuncia.</p> <p>Facilita que el agresor aumente su control.</p>	<p>Se recomienda utilizar y fortalecer los medios remotos</p> <p>Hacer seguimientos constantes en la medida de lo posible,</p> <p>Tener amplia disponibilidad para recibir el contacto de las sobrevivientes, debido a las restricciones en las que se encuentran y la situación de riesgo extremo.</p>

Estrategia Nacional	CONSECUENCIAS Y EFECTOS EN LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL	RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL POR FASES DE LA EMERGENCIA
<p>Mitigación</p>	<p>En el aislamiento el agresor juega con los elementos estructurales a nivel social y con el control individual para aislar a la mujer de sus fuentes de apoyo externo, fundamentalmente familia, amistades y entornos, con el doble objetivo de aumentar el control y conseguir impunidad por la violencia que ejerce.</p> <p>Aumentar la gravedad de los episodios o se pueden iniciar los mismos</p>	<p>Se recomienda que las sobrevivientes puedan establecer un contacto con alguien cercano, en particular aquellas en situación de migración irregular cuyas redes de soporte son deficitarias, que se construya una relación que facilite una respuesta de emergencia para poder protegerlas de cualquier situación de riesgo y amenaza inminente.</p> <p>Fortalecer la relación con vecinos, comunidad llamadas de emergencia en la comunidad.</p> <p>Enfatizar en el plan de seguridad propuesto en el modelo de gestión de casos</p> <p>(Ver enlace 1, ver enlace 2)</p>

POST AISLAMIENTO- POST PANDEMIA

Evidentemente esta guía está pensada para dar respuesta a las situaciones ocasionadas por la pandemia, pero no se puede perder de vista el hecho de que se dan otras etapas en las que también hay implicaciones en la VBG y el estado psicosocial de las sobrevivientes.

TABLA 3.

POST AISLAMIENTO- POST PANDEMIA

Manifestaciones de la VBG	Alternativas
<p>La pérdida del control sobre la pareja al abrirse el confinamiento puede aumentar aún más la probabilidad de los episodios de VBG.</p> <p>El agresor siente que pierde el control en mayor proporción lo que hace que sus actuaciones dirigidas al control de la sobreviviente se modifiquen y pruebe estrategias nuevas.</p> <p>Los riesgos aumentan con el consumo de alcohol y sustancias que es muy frecuente en los agresores</p> <p>Otro de los riesgos está relacionado con todo lo que ha dejado la pandemia, particularmente en el aspecto económico.</p> <p>Otro elemento tiene que ver con el hecho de que los hijos e hijas aún pueden encontrarse en la vivienda debido a la educación en modalidad remota y esto aumenta las obligaciones y responsabilidades en el hogar.</p>	<p>Fortalecer la comunicación con las sobrevivientes</p> <p>Si es posible hacer seguimiento</p> <p>Trabajar con ellas en la identificación de señales de peligro para aprender a predecir los comportamientos violentos y a identificar el ciclo de violencia, su dinámica y características. (ver enlace)</p>

Manifestaciones de la VBG	Alternativas
Mayor Riesgo de homicidio	Promover el conocimiento de las sobrevivientes a través de medios de información sobre recursos disponibles, medios d acceso seguros a atención psicosocial.
Aumenta el riesgo de letalidad	Integrar los planes de seguridad
Los estresores psicosociales se incrementan	Generar más conciencia comunitaria y fortalecer las redes de apoyo social e institucional
Tomado de Lorente-Acosta (2020)	Trabajar en planes conjuntos para determinar acciones que permitan aliviar las condiciones de cada una de las familias usuarias de los programas

Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 15.

PASOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA/ESTRUCTURADA EN MODALIDAD REMOTA PARA SOBREVIVIENTES DE VBG EN EMERGENCIAS.



Fuente: Elaboración propia

En la Figura 15 se muestra cada uno de los pasos generales que se incluirán en el proceso. En la guía de implementación cada uno de estos pasos será desagregado en acciones y respuestas para tener mayor precisión en la atención, teniendo en cuenta la guía de gestión de casos y la [Guía técnica de servicios remotos: Atención psicosocial especializada para sobrevivientes de violencia basada en género \(2020\)](#). En este capítulo se hará referencia a los fundamentos de los dos primeros pasos: 1) el contacto inicial y 2) la valoración inicial ([ver enlace 1](#), [ver enlace 2](#))

3. IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

Los diagnósticos y la valoración de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en situaciones de emergencia proporcionan:

- a. una comprensión de la situación de emergencia;
- b. un análisis de las amenazas a la salud mental y el bienestar psicosocial y de las capacidades para hacer frente a la situación; y
- c. un análisis de los recursos pertinentes para determinar con las personas, si se necesita una atención y, en caso de ser así determinar qué clase de atención es necesaria, y de qué tipo debe ser esa atención.

Sin embargo, cuando se tienen en cuenta que además de la emergencia está el riesgo de la VBG, el proceso se hace más complejo y las decisiones para los profesionales son más difíciles de tomar.

Definir el nivel de riesgo, el temor que siente y las amenazas a las que está expuesta no son tan fácilmente detectables y no siempre se tienen todos los recursos para atender sus necesidades ya que los riesgos que percibe la persona que hace la atención no son iguales a los que la misma sobreviviente percibe. A lo anterior se debe agregar el reto de la atención de tipo remoto que implica contar con herramientas aún más especializadas.

La valoración en la atención psicosocial focalizada estructurada en emergencias debe ser un proceso individualizado, teniendo en cuenta las características de esta atención. Porque por un lado se debe identificar:

- 1. el estado emocional en el que se encuentra la persona por cuenta del COVID y su situación particular como, estar en situación de migración irregular o refugio.
- 2. El estado psicosocial debido a la situación familiar y personal en la que se encuentra.

La valoración, en general, es un proceso de identificación de las problemáticas, de los impactos que tienen estas situaciones en las personas y de las necesidades psicosociales específicas. En el marco de este modelo la valoración está orientada a:

- Identificar los indicadores de bienestar psicosocial que se relacionan con sus necesidades de atención en salud

mental, a propósito de la emergencia ocasionada por la pandemia y por la situación en la que se encuentran las sobrevivientes de la VBG en esta situación.

- Esta valoración debe ser un proceso empático, centrado en la sobreviviente, sin juicios de valor, confiable, preciso y basado en las mejores prácticas de atención. Lo anterior se describe detalladamente en la guía anexa ([ver enlace](#))

La valoración que se puede hacer en este nivel de atención focalizada no especializada estructurada, como se mencionó, es una identificación de indicadores psicosociales que estén relacionados con varios aspectos:

1. Problemática actual percibida por la sobreviviente.
2. Entorno físico, familiar y emocional en el que se encuentra
3. Estados emocionales e indicadores psicosociales específicos
4. Conflictos presentes en el momento de la atención
5. Conflictos que se han mantenido y le ocasionan preocupación y angustia
6. Identificación de situaciones de riesgo de tipo de exposición a la violencia basada en género, de peligro inminente contra su integridad, del momento del ciclo de violencia y de la intensidad, severidad y cronicidad de los episodios de violencia basada en género.
7. Eventos que desencadenan y mantienen crisis y conflictos
8. Posibles redes de apoyo y recursos familiares e institucionales de fácil acceso para la sobreviviente.

Es relevante lograr hacer con la sobreviviente una red de problemáticas para establecer prioridades y posibilidades de atención y aplazamiento si es el caso. La descripción de este punto se incluye en la Guía anexa al modelo.

3.1 INDICADORES DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN DEL TIPO DE VBG

Establecer los impactos de la VBG es complejo. Las evidencias muestran que, en general, lo más frecuente en los indicadores psicosociales son aquellos relacionados con problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés post traumático, el abuso de sustancias y el alcohol,

así como dificultades en la autoestima ocasionadas por el sufrimiento que causa la culpa y la vergüenza que se experimentan como resultado de la violencia de pareja (Karakurt 2014).

En otros casos se han encontrado trastornos alimenticios, dificultad en la solución de problemas, la toma de decisiones, problemas en las habilidades sociales, la autoeficacia y limitantes en la función ejecutiva entre otros. En este sentido también vale la pena mencionar las quejas somáticas como los dolores de cabeza frecuentes y los dolores abdominales recurrentes que, sin lugar a duda, están asociados a los indicadores psicosociales.

Es cierto que todos los tipos de violencia producen efectos similares, lo que sucede es que es muy difícil establecer que una sobreviviente sea expuesta a un solo tipo de violencia, por lo que se pueden confundir los efectos y eso complejiza la valoración y la identificación de los indicadores psicosociales. Por esto se cree que una víctima de violencia física, por lo general, también lo es de violencia psicológica o algunas de las dos anteriores y la violencia sexual; es lo que se considera como la exposición múltiple a situaciones de violencia basada en género.

Algunos estudios muestran que la **VBG psicológica** tiene, al parecer, los efectos más graves por varias razones:

- Es la de mayor difícil detección
- Es la que menos se denuncia
- Es la que permanece por mayor tiempo en la vida de las personas, por las razones anteriores.
- Es la que tiene mayores formas de manifestación en contra de la víctima y es más recurrente
- Por lo general se presenta con la violencia física y con la violencia sexual (Hirigoyen, 2006)

Aunque se ha investigado el tema de la VBG, aún quedan interrogantes por responder como sucede con los efectos que tiene cada uno de los tipos de violencia en la salud mental de las sobrevivientes. Adicionalmente, la información que se tiene sobre poblaciones con necesidades especiales como las poblaciones migrantes no dan cuenta de esta diferenciación por tipos de violencia.

En un estudio realizado por Pico-Alfonso, y cols. (2006) en el cual se compararon los daños psicológicos ocasionados

por los diferentes tipos de violencia basada en género, se encontró que:

- Las sobrevivientes de **VBG física y psicológica** presentaban, indicadores psicosociales asociados a la depresión, ansiedad de estado¹⁸ de estrés post traumático.
- La depresión se muestra en niveles más severos en las sobrevivientes **abusadas sexualmente** por sus parejas.
- Los niveles de ansiedad son similares en todos los **tipos de violencia basada en género**.
- Las personas que han estado expuestas a los tres tipos de violencia basada en género tienen mayor probabilidad de llevar a cabo **intentos de suicidio**
- En cada victimización independiente, las sobrevivientes tienen **ideas suicidas**.

Un elemento importante a considerar en la valoración corresponde a los hallazgos del estudio llevado a cabo por (Karakurt 2014) que tienen que ver con la relación entre las actitudes de las sobrevivientes frente a la atención psicosocial y con los impactos en la salud mental. Ellos demostraron que:

- Las sobrevivientes de VBG que se sienten listas para tomar decisiones y cambiar en su vida presentan problemas de salud mental leve.
- Las mujeres que tienen dificultad para flexibilizar su estilo de pensamiento presentan problemas de salud mental moderado.
- Las mujeres que tienen su atención centrada en las dificultades emocionales como los sentimientos de culpa muestran problemas de salud mental severos.

3.2 CONCEPTOS DE SEVERIDAD, FRECUENCIA Y CRONICIDAD

En la valoración de los patrones de VBG es muy importante tener claros estos tres conceptos, porque estos determinan e inciden en el bienestar psicosocial de las sobrevivientes y también en la efectividad de los programas de atención psicosocial.

La evidencia que existe sobre la severidad, la frecuencia y la cronicidad tiene mucho que ver con los estudios de prevalencia. Se ha encontrado, básicamente, que las sobrevivientes de VBG que han tenido múltiples episodios de violencia de pareja presentan mayores efectos en su salud mental y en

18 El término de ansiedad de estado pertenece a la clasificación de Spielberger (1993), diferenciándola de la ansiedad de rasgo. La ansiedad de estado corresponde a las manifestaciones de ansiedad de tipo situacional.

las dificultades con su bienestar psicosocial, lo que hace que la categoría frecuencia sea la más investigada. En este análisis es de vital importancia tener en cuenta los recursos y las habilidades que han utilizado las sobrevivientes para interrumpir estos episodios.

La **severidad** de la VBG se considera como:

- En casos de violencia física se determina no sólo por la intensidad de los golpes y las acciones, sino por la ubicación de estos (golpear en la cabeza, dar puños, patadas, etc.) y por los instrumentos que se utilizan (arma de fuego o blanca, objeto contundente).
- El caso de la violencia sexual es forzar a la pareja a acceder al coito por la fuerza y sin el consentimiento de la sobreviviente.
- La violencia psicológica se refiere a restricciones del movimiento o amenazas que, en algunos casos, se puede configurar como tortura, intimidación o humillación severa.

En relación con la **frecuencia**, ésta se concibe como el número de episodios que la sobreviviente experimenta en un periodo de tiempo determinado. En este sentido la forma de identificarla es a partir de la periodicidad de los episodios ya que pueden suceder diariamente, mensualmente o por períodos más prolongados. Además de lo anterior, se debe identificar si los episodios suceden más de uno en el día y con cuánto intervalo de tiempo.

Frente a la **cronicidad**, es relevante tener en cuenta que:

- Entre más tiempo la sobreviviente está expuesta a estos eventos los impactos son mucho más graves.
- Se determina también por períodos de tiempo, medidos en días, meses y años.

El promedio, según algunos estudios, está entre 1 y cinco años. Sin embargo, este periodo de tiempo puede ser mayor teniendo en cuenta poblaciones con necesidades especiales como en el caso de las personas en situación de discapacidad, en situación de migración irregular y personas con identidad de género diversas ([ver enlace](#)).

3.3 ANALIZANDO LAS CONSECUENCIAS DE LA VBG Y EL ESCALAMIENTO EN CONFINAMIENTO

El escalamiento de la violencia en general se ha identificado en diferentes poblaciones, en el caso de la VBG, se sabe que este proceso tiene que ver con los patrones de violencia que responden al ejercicio del poder. Estos cambios están relacionados con el control extremo que ejerce uno de

los miembros sobre el otro. Lo anterior significa que un agresor puede ir variando su comportamiento y la violencia va alcanzando dimensiones mayores entre episodios, este concepto según Labrador y cols. se concibe como que “...*los episodios son cada vez más intensos y peligrosos...*” (pp. 172).

Los cambios del patrón de violencia basada en género pueden ser:

- Inconsistentes en intensidad o cambiantes en tipología (puede darse en otro tipo de manifestaciones que no se habían dado anteriormente. (Ej.: puede ser que se haya dado la violencia psicológica y se transforme en la física).
- Un incremento en el número de episodios y la reducción del tiempo entre episodios.
- Con respecto a la violencia física, puede que el golpe sea más intenso o que cambie el golpe por otra forma de agresión, este escalamiento incluso puede terminar en un caso fatal (feminicidio).
- El escalamiento se puede presentar en situaciones de emergencia como en el caso del confinamiento ocasionado por la Covid 19, en poblaciones migrantes, refugiadas y desplazadas (ICBF y OIM, 2013) con mayor frecuencia y severidad.

En el caso de un confinamiento y teniendo en cuenta la restricción en la movilidad de las personas, la obligatoriedad de permanecer en las residencias y el impacto de los estresores que ya se enumeraron en un contexto como éste, la probabilidad de que haya un escalamiento de la VBG es alta y es predictivo. Para enfrentar lo anterior, es necesario recurrir a las estrategias de solución de problemas que permitan analizar y tomar decisiones sobre las mejores formas y decisiones, en un momento específico.

En el caso de poblaciones con necesidades especiales como las personas refugiadas y/o migrantes, el escalamiento aún puede ser mayor. La población refugiada y migrante está más expuesta a la violencia basada en género y al escalamiento, debido a su situación migratoria irregular por la falta de documentación que no le permite tener acceso a servicios ni a recurrir a redes de apoyo institucional.

Por otro lado, el aislamiento que sufren estas poblaciones aumenta el miedo que sienten frente a la retaliación del agresor, al temor de involucrar a su pareja en situaciones del orden legal, a la preocupación por la integridad familiar y a los sentimientos de culpa y vergüenza que se constituyen en obstáculos para poner en conocimiento de las autoridades competentes la situación por la que atraviesan. Además de lo anterior, hay desconocimiento de sus derechos como persona refugiada y migrante sumado a la falta de confianza en servicios estatales y humanitarios.

FIGURA 16.

ESCALAMIENTO DE LA VBG EN EMERGENCIAS (CONFINAMIENTO, IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES)



Fuente: Elaboración propia

3.4. ESTABLECER LA COMBINACIÓN DE INDICADORES PSICOSOCIALES X CONFINAMIENTO, POR VULNERABILIDAD Y X VBG

Como ya se mencionó en el capítulo 1, el bienestar psicosocial y la salud mental no se ven afectados por un solo factor, sino que por el contrario es multi-causado, por lo que se deben tener en cuenta varios elementos:

- 1) Estresores psicosociales a los que ha estado expuesta la sobreviviente antes, durante y después de la emergencia.
- 2) Características de su entorno inmediato y dinámica cotidiana.
- 3) Los tipos de VBG a los que está expuesta. Esto puede dar elementos relevantes para identificar la acumulación y por ende los efectos y la presión bajo la cuál se encuentra la persona que está siendo evaluada.

Fuente/Entorno	Estresores Psicosociales	Indicadores Psicosociales	Estrategias de afrontamiento

CÁPSULA DE CONOCIMIENTO: LA EVIDENCIA

En uno de los estudios llevados a cabo con mujeres migrantes y refugiadas en alto riesgo para Violencia de Pareja (VP) (Sabril 2018), se intentó identificar la percepción de las sobrevivientes y de los profesionales sobre los factores de riesgo y los de protección comunes y culturales para la V, así como las áreas de intervención de planeación de seguridad para las sobrevivientes que están en alto riesgo de violencia letal por parte de su pareja íntima. Los resultados muestran que existen múltiples factores de riesgo y de protección, particularmente, en el nivel cultural/social (normas culturales patriarcales), en el nivel relacional (comportamientos abusivos por parte de la pareja íntima), y en el nivel individual (problemas de aculturación e integración en el país de acogida), este estudio muestra que los planes de seguridad deben estar contextualizados e individualizados según las necesidades de las sobrevivientes.

Sabril, B, Nnawulezi, N., Njie.Carr, V., Messing, J., Ward-Lasher, A., Alvarez, C, Campbell, J.C., (2018)

3.5 IDENTIFICANDO LOS EFECTOS POR CICLO DE VIOLENCIA, TIPO DE CONVIVENCIA Y POR MOMENTOS DEL CONFINAMIENTO.

Para la atención en este tipo de emergencia y teniendo en cuenta que el modelo está centrado en la sobreviviente, es determinante en la valoración tener en cuenta las siguientes categorías:

- **Momentos de la dinámica de relación:** es necesario saber si está en un momento específico del ciclo de violencia y con cuáles categorías está asociado en términos de la severidad, la frecuencia y la cronicidad.
- **Convivencia permanente:** es importante identificar el tipo de convivencia, si es una pareja permanente la atención va a ser más compleja y amerita una estrategia diferente, particularmente para la asistencia remota.
- **Convivencia temporal:** se define cómo una relación por periodos de temporalidad que responde a acuerdos específicos de la pareja y en la que deben existir reglas específicas para la convivencia. Al igual que la anterior, no es posible llevar a cabo la atención estándar, por lo que se deben hacer los ajustes necesarios.
- **Sin convivencia con patrón intrusivo recurrente:** esta es una condición muy compleja, que es un riesgo para la sobreviviente y que aumenta la probabilidad de los episodios de violencia por la falta de estructuración.

3.6 ANÁLISIS POR ÁREAS Y DIMENSIONES DEL DESARROLLO Y LA ADAPTACIÓN PARA SOBREVIVIENTES A VBG.

En este aspecto la valoración debe identificar el funcionamiento global de cada una de las áreas de desarrollo y adaptación de las sobrevivientes incluyendo aquellas en situación de migración y refugio con el fin de poder trabajar sobre el bienestar psicológico y preservar la salud mental. El objetivo es realizar actividades que propendan por recuperar algunas de estas áreas no como un objetivo de cambio, sino como un fortalecimiento de las potencialidades de las sobrevivientes.

Áreas	Nivel de funcionamiento
Cognoscitiva	
Emocional	
Física	
Social/Relacional	
Afectiva	
Espiritual	

Personal

Laboral

Familiar

3.7 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES

En este punto se analizan las principales problemáticas referidas por la sobreviviente, en el momento en el que se hacen los primeros contactos. Las problemáticas se refieren a las quejas que tiene frente a los diferentes contextos en los que se encuentra, incluyendo aquellos relacionados a su experiencia migratoria y a la identificación de estresores que se trabajará mediante la lista de estresores diarios a partir de preguntas cortas que se pueden hacer telefónicamente. Esto está incluido en la guía anexa ([ver enlace](#)).

3.8 IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS DISPONIBLES EN LAS SOBREVIVIENTES

El proceso de la valoración en este modelo propende por identificar las problemáticas, las consecuencias de las situaciones estresoras, los indicadores psicosociales, así como las herramientas y los recursos psicológicos con los

que cuentan las sobrevivientes de VBG migrantes, refugiadas y de comunidades de acogida.

El proceso de valoración debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- En el primer momento en el que se contactan las personas, es fundamental que ellas perciban un ambiente seguro y empático que debe ser transmitido por medio de la voz y de las afirmaciones y preguntas que realice el responsable de la atención psicosocial. Para ampliar información sobre el contacto inicial, diríjase a la guía anexa ([ver enlace](#)).
- Para que la persona pueda compartir sus experiencias y preocupaciones a través de la entrevista, solo la escucha activa podrá permitir que la sobreviviente exprese sus emociones tales como la angustia, el temor, la culpa, la ira o cualquier otra, es necesario evaluar la forma cómo se manifiestan estas emociones y cómo las ha manejado la sobreviviente ([ver enlace](#)).

4. ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA NO ESPECIALIZADA ESTRUCTURADA: MEJORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

En este apartado se incluye la descripción y los fundamentos de algunas estrategias que pueden ser de utilidad para la atención psicosocial focalizada no especializada estructurada que faciliten intervenir sobre los indicadores psicosociales y las respuestas psicológicas y, por tanto, trabajar sobre el bienestar psicosocial de las sobrevivientes que puedan ser aplicadas por los equipos y operadores psicosociales.

4.1 MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN

En general, existen altos índices de depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático en las sobrevivientes de VBG, en contextos de emergencia, particularmente registrados por aquellas que han tenido experiencias con violencia sexual de alta severidad. Estas personas se benefician considerablemente de la atención psicosocial focalizada no

especializada estructurada, pues las intervenciones tienen un efecto importante en la mejoría emocional de las sobrevivientes y en su bienestar psicosocial, independientemente del tiempo que haya pasado desde los últimos episodios a los que estuvo expuesta.

La atención psicosocial focalizada no especializada estructurada implica lo siguiente:

- Se debe diseñar un plan de atención
- Es necesario determinar unos pasos, unas herramientas y unas estrategias que, en este caso, son para la modalidad remota
- Definir objetivos de atención, metas y logros
- Delimitar las acciones, las técnicas y los ejercicios
- Estructurar en sesiones para periodos de tiempo específicos
- Determinar seguimiento en la medida de lo posible

4.2 ATENCIÓN FOCALIZADA NO ESPECIALIZADA BÁSICA

La atención focalizada básica se centra en: a) primeros auxilios psicológicos y b) intervención en crisis, los cuáles se detallan a continuación.

a. Primeros Auxilios Psicológicos

Según la Cruz Roja Australiana (2020), los primeros auxilios psicológicos –PAP– consisten en la provisión de apoyo psicosocial a las personas afectadas por una emergencia, un desastre o un evento traumático; por lo cual, se busca asegurar que las personas logren sentirse “...seguras, conectadas con los demás, tranquilas y esperanzadas...” (p. 15) a través de la atención y el apoyo no intrusivo, la identificación de necesidades y la garantía del acceso a la atención física, emocional y social, requerida.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud-OMS (2011) señala que la implementación de los Primeros Auxilios Psicológicos, implica en su ejercicio:

- La reducción del malestar inicial, la atención y el apoyo práctico;
- La valoración y posterior satisfacción de las necesidades básicas;
- El respeto de la autonomía de la persona;
- El apoyo para lograr ubicar y contactar los diversos servicios requeridos y la protección que garantice que no se generen más daños.

b. Intervención en crisis

Las crisis son estados breves, temporales, de una intensidad significativa que se relacionan con una situación de conflicto. Son, además, de carácter impostergable, por lo que la solución se vuelve una necesidad inmediata e ineludible. En ese momento, predomina la desorganización emocional y comportamental; así como, la sensación de incapacidad e inutilidad.

Durante la crisis prevalece un estado de desorganización y desequilibrio marcado por sentimientos de impotencia e ineficacia; así como por un constante bloqueo cognitivo que lleva a la persona a valorar la situación como excesiva para sus capacidades. Se estima que en el curso de seis semanas el equilibrio se restablezca (desaparición de la conducta errática, disminución de manifestaciones somáticas, etc.)

Al momento de realizar la valoración se deben tener en cuenta diferentes puntos clave como: la ocurrencia de crisis anteriores, el riesgo individual, social y colectivo, el funcionamiento de los subsistemas involucrados (conductual,

afectivo, somático e interpersonal cognitivo) y el impacto psicoafectivo. Así mismo, es importante tener en cuenta el establecimiento del mapa de posibilidades individuales y las oportunidades y redes de apoyo de la persona.

Las crisis, según Fernández Márquez (2010) se desarrollan en cuatro fases: *fase aguda*, *fase de reacción*, *fase de reparación* y *fase de reorientación*.

- **La fase aguda** se da pasados los primeros momentos y en ella se presentan estados afectivos intensos y respuestas emocionales manifiestas como la angustia, la ansiedad, la ira, la irritabilidad, la hipervigilancia, las manifestaciones vegetativas y la sensación de irrealidad.
- **La fase de reacción** tiene una duración aproximada de entre una y seis semanas. En ese tiempo se producen reacciones tardías, en las que pueden salir a la superficie los sentimientos previamente reprimidos o negados. Así mismo, es común que puedan aparecer sentimientos dolorosos abrumadores que dejan a las personas en estados de debilidad. El ánimo, por otra parte, es triste y lábil (Fernández Márquez, 2010).
- **Fase de reparación** dura entre uno y seis meses. En esa fase, las reacciones son menos intensas y abrumadoras; a pesar de ello, los sentimientos de dolor persisten, aunque se pueden manejar. Contrario a las fases anteriores, en esta se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos y se hacen planes a futuro (Fernández Márquez, 2010).
- La fase de **reorientación** lleva aproximadamente seis meses o más y según Fernández Márquez (2010) en esa fase ya se puede lograr la asimilación e integración la situación vivida y se procede la readaptación a su vida cotidiana. Además, las intensas reacciones ante el estrés se han reducido considerablemente.

En este caso se hace referencia a la crisis como la situación ocasionada por la combinación de los distintos estresores acumulados como la violencia basada en género, la situación de emergencia, el hecho de encontrarse en situación de migración y refugio o en situación de una emergencia sanitaria como la pandemia de la Covid 19 que llevó a las sobrevivientes a estar en situaciones de confinamiento. Esto se explica con más detalle en la guía anexa ([ver enlace](#)).

4.3 ACCIONES FOCALIZADAS NO ESPECIALIZADAS ESTRUCTURADAS

En este aparte se describen y definen algunas de las estrategias que, basadas en evidencias, pueden ser de utilidad para los procesos de atención psicosocial focalizada no especializada estructurada.

CÁPSULA DE CONOCIMIENTO: EVIDENCIA

LO QUE FUNCIONA CON SOBREVIVIENTES DE VBG

El objetivo del estudio es explorar mediante una revisión sistemática de la literatura existente qué intervenciones integradas para trauma funcionan mejor para que grupos de mujeres que sufren de violencia interpersonal, abuso de sustancias y estrés postraumático, indagando cuáles son los componentes activos de cambio y los contextos en los que se dan. En el estudio se define violencia interpersonal como abuso físico, emocional o sexual en la adultez o en la infancia y que se correlaciona con problemas de salud mental como trastorno de estrés postraumático, depresión, abuso de sustancias y conductas suicidas. Se establece que los tratamientos integrados para trauma usualmente disponibles se componen de una primera fase de estabilización y seguridad que consiste en establecer la relación favorable para la atención y un ambiente físico seguro, un módulo de psicoeducación en trauma y abuso de sustancias, y otro módulo en habilidades de afrontamiento. Estos modelos suelen durar más de 0 sesiones.

En cuanto a los resultados de la revisión, 19 de los 24 estudios primarios se enfocaron en estrategias de regulación emocional, manejo de disparadores de abuso de sustancias, planes de seguridad y reestructuración cognitiva para la culpa o vergüenza (y un estudio se enfocó en el mindfulness como el mecanismo activo de cambio). Los estudios restantes se basaron en terapia narrativa de exposición en combinación con componentes de reestructuración cognitiva y entrevistas motivacionales para el abuso de sustancias y estrés postraumático. Adicionalmente, se observaron varios resultados positivos: se encontró que el tratamiento integrado de terapia cognitivo-conductual para estrés postraumático fue útil para la reducción de la re-experimentación, así como el efecto superior del mindfulness para la disociación, y de los planes de seguridad para los síntomas de hiperactivación (hyper-arousal). Otros resultados incluyen la mejora en habilidades de afrontamiento como mediador en la mejora del estrés postraumático, y la importancia de la conexión con otras mujeres y la recuperación del sentido de vida como facilitadores de la recuperación. En general, muy pocos estudios demostraron un efecto de reducción para el abuso de sustancias, pero algunos mejoraron los índices de estrés postraumático, en congruencia con revisiones de literatura pasadas, indicando una mayor dificultad para tratar el abuso con intervenciones breves. Con respecto a variables contextuales, la revisión recomienda que las intervenciones integradas deberían ser impartidas dentro de un contexto más general de terapia enfocada en trauma. Por otro lado, se recomienda que los terapeutas establezcan una red más amplia, de múltiples agencias, para apoyar a las mujeres que se encuentren en situaciones de victimización.

Bailey, K., Trevillion, K., & Gilchrist, G. (2019).

El objetivo de todas las acciones focalizadas no especializadas estructuradas está dirigido a lograr el desarrollo de capacidades de afrontamiento, al fortalecimiento del empoderamiento y a la sanación de las sobrevivientes de violencia basada en género, especialmente, a aquellas personas que se encuentran en diferentes estados migratorios y de refugio; haciendo un especial énfasis en aquellas que han atravesado por las restricciones de movilidad ocasionadas por la pandemia de la Covid 19. Para más detalle de estos tres elementos remitirse a la guía ([ver enlace](#)). Evidentemente, esto no se logrará con este proceso de atención inmediato, lo que se pretende es implementar acciones y estrategias de intervención que están encaminadas a sentar bases para lograr el empoderamiento, el afrontamiento y la sanación. Sería absurdo pensar que esto se logra en seis encuentros, lo que es importante es que se sensibiliza a las sobrevivientes a trabajar por ellas mismas para conseguir esos objetivos.

Plan de Seguridad física: El plan de seguridad es una herramienta personalizada que debe ser adaptado al contexto y a los recursos de cada sobreviviente; en ese plan se fijan pautas para preservar su seguridad e integridad ya sea mientras se encuentra en una relación, planea irse o ya se ha ido. Durante el proceso, además de establecer las acciones de seguridad, se deben tener claras las diferentes redes de apoyo, así como, las instituciones a las que la persona puede acudir ([Arizona Coalition to end Sexual & Domestic Violence](#), s,f). Como se mencionó anteriormente, el diseño del plan de seguridad variará en función de la situación específica de cada persona; de manera que se deben tener en cuenta consideraciones diferentes como, la etapa de ruptura de la relación, si la sobreviviente vive con el abusador, si tiene hijos, o si está embarazada.

TABLA 4.

COMPONENTES DE UN PLAN DE TRABAJO PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD PARA SOBREVIVIENTES DE VBG

COMPONENTES DE UN PLAN DE TRABAJO TRADICIONAL PARA GARANTIZARLA	
Si aún está en una relación	<ul style="list-style-type: none"> (1) Piense en un espacio seguro al que acudir si ocurre una discusión – Evite las habitaciones sin salidas (baños) o cuartos con armas (cocina) (2) Piense y haga una lista con personas seguras para contactar (3) Tenga efectivo con usted todo el tiempo (4) Memorice todos los números telefónicos importantes (5) Establezca una "palabra en clave o un signo" para que su familia, amigos, maestros o compañeros de trabajo sepan cuándo pedir ayuda. (6) Piense en que decirle a su pareja si él/ella se vuelve violento/a. (7) Recuerde que usted tiene derecho a vivir sin miedo y violencia.
Si ya ha terminado la relación	<ul style="list-style-type: none"> (1) Cambie su número telefónico. (2) Guarde y documente todos los contactos, mensajes, lesiones u otros incidentes que involucren al agresor (3) Cambie las cerraduras si el agresor tiene llaves (4) Evite estar sola (5) Planee como escapar si tiene una confrontación con el agresor (6) Si tiene que verse con su pareja, hágalo en público y con personas cercanas para garantizar la seguridad (7) Varíe su rutina (8) Notifique a sus contactos del trabajo y la escuela (9) Comuníquese con un albergue para mujeres maltratadas, o con instituciones de servicio.
Listado de cosas que tomar	<ul style="list-style-type: none"> (1) Documentos de identidad y certificado de nacimiento, así como, el de sus hijos (2) Acta de matrimonio o documentos que comprueben su convivencia como fotos. (3) Arrendamientos o escrituras a su nombre o ambos nombres (4) Tarjetas de crédito (en caso de tener) (5) Extractos bancarios (en caso de tener) (6) Pólizas de seguro(en caso de tener) (7) Comprobante de ingresos para usted y su cónyuge(en caso de tener) (8) Documentación de incidentes pasados

CÁPSULA DE CONOCIMIENTO: EVIDENCIA

En el año 2018, se realizó un estudio con el fin de conocer las percepciones de mujeres migrantes sobrevivientes y de profesionales, sobre los factores de riesgo y protección comunes y culturalmente específicos asociados a la violencia de pareja para mujeres migrantes y refugiadas; así como, de los factores a tener en cuenta para la elaboración de planes de seguridad para mujeres sobrevivientes que están en riesgo de ser víctimas de violencia grave o letal por parte de sus parejas. Para ello, se llevaron a cabo 83 entrevistas a mujeres migrantes y refugiadas sobrevivientes de violencia de género; y, se realizaron nueve grupos focales y cinco entrevistas a profesionales encargadas de la atención de las mujeres migrantes y refugiadas sobrevivientes de la violencia de género.

Entre los factores de riesgo identificados, se encuentran las normas sociales patriarcales, las conductas abusivas de pareja y los procesos de aculturación en los EE. UU. Por otra parte, algunas principales de las recomendaciones que surgieron en relación con el desarrollo de los planes de seguridad fueron:

- El respeto por el enfoque centrado en la sobreviviente, ya que, éste da autonomía a la sobreviviente y atiende a sus necesidades, así como, a su potestad para tomar decisiones.
- Garantizar un lugar seguro para evitar que el abusador tenga contacto con la sobreviviente; y exista la posibilidad de permanecer allí por seis meses.
- Brindar información detallada y clara sobre los lugares disponibles para las sobrevivientes.

(Sabri, Nnawulezi, Njie-Carr, Messing, Ward-Lasher, Alvarez & Campbell, 2018)

b. Entrenamiento en ejercicios cognitivos

La violencia basada en género, como se sabe, produce una serie de impactos a nivel cognitivo entre los que, según la evidencia, se destacan:

- La baja autoestima,
- El déficit de autoeficacia y
- Las alteraciones del funcionamiento ejecutivo.

Estos indicadores generan importantes impedimentos para la calidad de vida de las sobrevivientes. Por tal razón, la implementación de entrenamientos en ejercicios cognitivos toma gran relevancia. Esta intervención comprende: *“... los programas que remedian la cognición al proporcionar estrategias y/o habilidades impulsadas por la teoría, que generalmente involucran la práctica guiada o supervisada en tareas que reflejan una variedad de dominios cognitivos...”* (Mowszowski citado en, Mowszowski, Lampit, Walton y Naismith, p. 253). Como, por ejemplo, establecer planes de actividades cotidianas organizadas y estructuradas que no solamente ayudan a la autorregulación emocional sino, al logro de objetivos específicos, aumentando la sensación de autoeficacia. Por otro lado, es necesario fortalecer las habilidades de planeación que refuerzan la función ejecutiva,

competencia básica necesaria para la toma de decisiones y la solución de problemas.

c. Revaloración cognitiva

La revaloración cognitiva es *“...una estrategia en la que las personas reinterpretan el significado de un estímulo para alterar su respuesta emocional...”* (Gross, citado en Heyes y Hoffman, 2018).

Con esta intervención se pretende que la persona identifique e incluso, cambie los pensamientos poco adaptativos que generan el malestar emocional. Entre las principales ventajas de la revaloración cognoscitiva se encuentra el hecho de que la sobreviviente de la violencia basada en género pueda tener la capacidad de darle un significado diferente a los pensamientos asociados a los eventos potencialmente traumáticos, centrándose en la posibilidad de salir del pensamiento negativo y descubrir sus capacidades de afrontamiento y resiliencia. Esto permite el desarrollo de la capacidad de vivir plenamente en el momento; al margen de los pensamientos que pueda estar teniendo (Hayes *et al*, 2018).

Entre los impactos en la salud mental de la violencia basada en género, para los que se utiliza la revaloración cognitiva, se encuentran los indicadores psicosociales asociados a: *“...la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, los trastornos alimentarios y adicciones...”* (Heyes et al, 2018, p. 335).

d. Regulación emocional¹⁹

La regulación emocional es definida como *“...el proceso mediante el cual las personas modifican la intensidad y o duración de sus emociones para responder a los diversos desafíos que plantea el entorno...”* (Gross, citado en Hayes y Hoffman, 2018).

Según Gross (citado en Gillespie & Beech, 2016), la selección de las estrategias de regulación emocional se determina a partir de los factores que explican la generación de las emociones específicas que son la meta de la intervención y se refiere a cinco momentos, en los que se materializan en cinco estrategias de cambio, según un objetivo específico.

La regulación emocional es el proceso de controlar las emociones en el nivel intermedio de funcionamiento manteniéndolo fuera de los extremos de las reacciones. La regulación emocional es un proceso que implica los siguientes aspectos:

- Tener en cuenta que un evento interno o externo (pensar en algo triste o en un encuentro con alguien que produce rabia) provoca una experiencia subjetiva (emoción o sentimiento)
- Una respuesta cognoscitiva (pensamiento) es seguida de una emoción relacionada con una activación fisiológica (un aumento de la tasa cardíaca o la secreción hormonal)
- El proceso finaliza con un comportamiento (que puede ser, evitación, una acción física o una expresión)

Se propone que la regulación emocional puede lograrse a través de cuatro estrategias que son:

- Gestionar la sensibilidad emocional
- Controlar la variabilidad del estado de ánimo y las emociones
- Entrenar en estrategias para la regulación emocional adecuada.
- Eliminar formas de regulación desadaptativas como puede ser el consumo del alcohol y sustancias.

(Carpenter & Trull, 2013).

e. Activación y establecimiento de rutinas

La activación conductual pretende *“...hacer que las personas se reincorporen a la actividad para que tengan más probabilidades de que su comportamiento se refuerce positivamente en su entorno diario...”* (Hayes & Hoffman, 2018, p. 299). Así pues, lo que se espera con esta intervención es que la persona establezca rutinas a partir de acciones que eleven su actividad incrementando, de esta manera, la posibilidad de que su comportamiento sea reforzado positivamente, lo que, a su vez, hará más factible que mantenga estas conductas (Hayes & Hoffman, 2018, p. 299).

f. Mindfulness

El Mindfulness es definido por Vásquez-Dextre (2016) como: *“...una técnica de meditación que consiste en observar la realidad en el momento presente, sin intenciones de juzgar y con plena apertura y aceptación...”* la cual pretende que los pacientes logren aceptar sus pensamientos y emociones, sin ningún tipo de juicio, a través del desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de identificar y reconocer, en el momento, *“nuestras sensaciones, emociones y pensamientos”*.

Por otra parte, Hayes, Strosahl y Wilson (citado en Hayes et al, 2018, p. 389) señalan que las estrategias de Mindfulness comprenden *“...el contacto con el momento presente, la aceptación, la defusión y el yo. -como contexto...”*

Las técnicas del Mindfulness han tenido diversas aplicaciones de atención psicológica enfocadas en la reducción del estrés, los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, la somatización y el abuso de sustancias (Vásquez-Dextre, 2016).

En este modelo y guía la apuesta es a ofrecer recursos alternativos, ya que existe la necesidad en los equipos psicosociales de contar con varias opciones para la atención. Los ejercicios para cada una de estas estrategias se desarrollan en la guía anexa ([ver enlace](#)).

4.4 GENERALIZACIÓN Y TRANSFERENCIA

La generalización y la transferencia se refieren en este contexto a la asignación de tareas a las sobrevivientes que están en el programa, por parte del responsable de la atención psicosocial, después de cada sesión. Estas tareas son ejercicios similares a los que se han trabajado en la sesión y tienen como propósito mantener los avances obtenidos durante la sesión de manera que se de una transferencia de lo adquirido y desarrollado en el ambiente cotidiano.

19 Estos ejercicios complementan los propuestos en la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020)

5. CONCLUSIONES

En general, este modelo de atención psicosocial en modalidad remota para sobrevivientes de violencia basada en género es un complemento para la [Guía interagencial de manejo de casos de Violencia de Género \(2017\)](#), y para la [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\)](#) y se enfoca en poblaciones con necesidades especiales como las MIGRANTES Y LAS REFUGIADAS, quienes han tomado como destino los distintos países de la región.

El modelo hace un recorrido desde fundamentos teóricos y conceptuales de la salud mental y el bienestar psicosocial referido a las consecuencias que tiene la exposición de sobrevivientes a la violencia basada en género en sus diferentes manifestaciones. Se hace una profundización de esta situación en contextos de emergencias sanitarias causadas por la reciente pandemia que ha afectado el mundo entero; situación que ha obligado a los estados, a las sociedades y a las personas a transformar su realidad y a desarrollar habilidades especiales y necesarias para enfrentar una enfermedad desconocida que ha generado incertidumbre en la población general y que ha afectado, particularmente, a las mujeres migrantes y refugiadas que no cu Es importante tener en cuenta el servicio remoto de asistencia en la actualidad y las limitaciones que tiene esta modalidad, sin embargo, este modelo pretende también tener una utilidad en momentos de post pandemia, en el momento que las sobrevivientes puedan asistir a un servicio presencial. entan con redes de apoyo social y que tienen una gran limitación al acceso a servicios de salud y más específicamente de salud mental y atención psicosocial.

Por esta razón, el modelo plantea como alternativa la utilización de estrategias en modalidad remota para poder enfrentar la violencia basada en género que, como se ha demostrado, se incrementa en situaciones de emergencia y, aún más, en situaciones de confinamiento, lo cual, se ha observado de manera dramática en poblaciones migrantes y refugiadas.

De ahí que en este documento se propone un modelo de atención psicosocial centrado en las sobrevivientes, focalizado, no especializado estructurado particularmente, en sus

necesidades psicosociales en el nivel individual, teniendo en consideración elementos tan importantes en la atención como son la protección y la seguridad de las sobrevivientes, así como, el mantenimiento de la confidencialidad de la información de los casos para evitar cualquier riesgo que atente contra la integridad de las personas que se benefician de la atención psicosocial focalizada, no especializada, estructurada en la modalidad remota. En este mismo aparte, se describen brevemente las características de la metodología de la gestión de casos y la forma cómo ésta se articula con el modelo y la guía de implementación anexa ([ver enlace](#)).

Por último, se plantea la estrategia de implementación del modelo materializado en un paso a paso entre la valoración y la intervención para la atención psicosocial de sobrevivientes de violencia basada en género, en modalidad remota. Esta estrategia no solamente aplica en modalidad remota, sino que es sensible de ser utilizada de forma presencial, si existe la oportunidad. Así pues, el modelo resulta de alta relevancia para la provisión de servicios de atención psicosocial focalizada, no especializada, estructurada en los que se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) las estrategias a utilizar,
- 2) los medios disponibles,
- 3) el contexto para ofrecer el servicio²⁰, y
- 4) la población objeto de la atención.

La comprensión del mundo emocional hoy día representa un reto para todas las personas que trabajan en el campo psicosocial con sobrevivientes de VBG en contextos de emergencia y con poblaciones con necesidades especiales de manera que aceptar el reto se hace posible a partir de la implementación del modelo y siguiendo la guía anexa ([ver enlace](#)) con las herramientas que han sido desarrolladas para este propósito y enfocadas en las necesidades de la población migrante y refugiada.

20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar-Rodrigues, R.,Cantera, L. 2012. «Violencia de género en la pareja; una revisión teórica.» *Psico* 116-126.
- Balluerka, N., Gomez, J., Hidalgo, M., Gorostiaga, A., Espada, J.P., Padilla, J.L. Santed, M.A. 2020. *Las consecuencias psicológicas de la Covid 19 y el confinamiento*. research, Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Campbell, A.M. 2020. «An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives.» *Forensic Science* <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>.
- Dubey, S. Biswas, P, Ghosh,R., Chatterjee,S. Dubey,M.J., Chatterjee, S.,Lahiri, D y Lavie, C.J. 2020. «Psychosocial impact of COVID 19.» *Diabetes and metabolic syndrome: clinical research & reviews* 779-788.
- Felitti, V. 2002. «Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead.» *The permanent journal* 1-46.
- Inter-Agency Standing Committee. 2015. *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery*. guide, Washington: IASC Protection cluster.
- IOM. 2018. *INSTITUTIONAL FRAMEWORK FOR ADDRESSING GENDER-BASED VIOLENCE IN CRISIS*. Guide, Geneva: IOM.
- IOM. 2019. *IOM HANDBOOK ON PROTECTION AND ASSISTANCE FOR MIGRANTS VULNERABLE TO VIOLENCE, EXPLOITATION AND ABUSE*. Guideline, Geneva: IOM.
- IOM. 2019. *Manual on Community- based on mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*. Guide, Geneve: IOM.
- Johnson, L. Cusano, J.,Nikolova, C. Steiner,J. 2020. «Do you believe your partner is capable of killing you? an examination of female IPV survivor´s perception of fatality risk indicators.» *Journal of interpersonal violence*.
- Kabeer, N. 2014. *Violence against Women as ‘Relational’ Vulnerability: Engendering the Sustainable Human Development Agenda*. research, London: UNDP Human Development Report Office.
- Karakurt, G., Smith, D., Whiting, J. 2014. «Impact of intimate partner violence on women´s health.» *J. Fam Violence* 693-702.
- Katie, D., Alison, S., Dorothy, A., Lincoln, N., Caroline, M., Marit, S., Mark, O., Richard, B., 2016. 2016. «Feasibility trial of scalable psychological intervention for women affected by urban adversity and gender-based violence in Nairobi.» *BMC Psychiatry* 410-420.
- Layout, K., Chancellor, J. y Lyubomirsky, S. 2014. «Positive Activities as Protective Factors Against Mental Health Conditions .» *Journal of abnormal psychology* 3-12.
- Miller, E., McCaw, B. 2019. «Intimate partner violence.» *N Engl J Med* 850-857.
- Minister of Health UK. 2017. *Modelo de la ruta psicosocial y su resultado en la salud*. guide, Londree: <https://www.vichealth.vic.gov.au/-/media/ResourceCentre/PublicationsandResources/General/VicHealth-Attachment-1---Evidence-review-of-risk--protective-factors.pdf>.
- Ministry of Public Health,World Health Organization Afghanistan Country Office. 2014. *Gender-based Violence Treatment Protocol*. guide, Kabul: WHO.

- OIM, ICBF. 2013. *Violencia intrafamiliar, sexual y comunitaria en contextos de desplazamiento*. Research, Bogotá: Editorial Panamericana.
- Oral, R Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A. Kuntz, A. J Benoit, J., Peek-Asa, C. 2016. «Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care.» *Mental Health* 1-20.
- Oral, R, Ramirez, M., Coohy, C. Nakada, S, Walz, A. Kuntz, A, Benoit, J., Peek-Asa. 2016. «Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care.» *Mental health* 79.
- Peterman, P., O'Donnell, T., Oertelt-Prigione, S. and Van Gelder. 2020. «Pandemics and violence against women and children.» *CGD Working paper* 528.
- Pico-Alfonso, M, Garcia-Linares, Celda-Navarro, N. Blasco-Ros, C. Echeburúa, E., y Martinez, M. 2006. «The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, post traumatic stress disorder, state anxiety and suicide.» *Journal of women's health* 599-611.
- Ramirez, C. 2008. *Consecuencias psicológicas el abuso sexual en el desarrollo de niños y adolescentes*. Granada, España: Universidad de Granada.
- Ruiz Rivera, N. 2012. «La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo .» *Investigaciones geográficas* 63-74.
- Sabril, B, Nnawulezi, N., Njie, Carr, V., Messing, J., Ward-Lasher, A., Alvarez, C, Campbell, J.C.,. 2018. «Multilevel risk and protective factors for intimate partner violence among african, asian and latina immigrant and refugee women: perceptions of effective safety planning interventions.» *Race and social problems* 348-365.
- Tajer, D. Gaba, M., Reid, G. 2012. *Impacto de la violencia de género*. research, Buenos Aires: <https://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/12/Impactovioleniadegenero.pdf>.
- Thelina, C. Mikkelsen, B. Lai, G. Turgut, L. Henriksen, B. Raabaek, L. Olsen, J. Larsen, K y Arnfreda, S. 2017. «Danish translation and validation of Kessler's 10 item psychological distress.» *Nordic Journal of psychiatry* 1-10.
- UNFPA. 2015. *Minimum Standards for Prevention and Response to Gender-Based Violence in Emergencies*. Technical, Washington: UNFPA.
- UNICEF. 2018. *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)*. GUIDE, N.Y.: UNICEF.
- Villalobos, F. 2020. «Psicología y salud mental, los retos que nos ha develado el COVID-19.» En *Psicología en contextos de COVID-19, desafíos poscuarentena en Colombia*, de Nelson Molina, 91-100. Bogotá: ASCOFAPSI.
- Vu, A., Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Rubenstein, L. Glass, N., Beyrer, C. y Singh, S. 2014. «The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis.» *Published online 2014 March 18. doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7*.
- Walker, L. 2009. *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Welton-Mitchell, C., Bujang, N. A., Hussin, H., Husein, S., Santoadi, F., & James, L. E. 2019. «Intimate partner abuse among Rohingya in Malaysia: assessing stressors, mental health, social norms and help seeking to inform interventions.» *Intervention* 17(2) 187-196.
- World Health Organization (WHO) United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2019. *Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings*. . Guide, Geneva: WHO.

PARTE II

PRESERVAR LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR

PSICOSOCIAL DE LAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA

BASADA EN GÉNERO MIGRANTES Y REFUGIADAS:

GUÍA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

SUBSECTOR DE VBG - R4V

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	75
1. PROPÓSITO DE LA GUÍA	78
2. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?.....	80
3. COMPONENTES DE LA GUÍA.....	80
4. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA, NO ESPECIALIZADA, ESTRUCTURADA REMOTA A SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO MIGRANTES Y REFUGIADAS	81
5. ALCANCES Y LIMITACIONES	89
6. CONCEPTOS BÁSICOS.	89
6.1. PRECISIONES SOBRE LA POBLACIÓN MIGRANTE Y REFUGIADA	92
6.2. Situaciones migratorias que se relacionan con la VBG.....	92
7. CONSIDERACIONES TÉCNICAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	95
7.1 Paso Preliminar	96
7.2 Pasos para la atención psicosocial a sobrevivientes de VBG en modalidad remota. ...	98
7.3 Contacto Inicial.....	99
7.4 Pasos para el contacto, el encuadre y el compromiso	102
7.5 Contención Focalizada.....	105
7.6 Pasos para llevar a cabo en la contención focalizada	105
7.7 Triage en la atención psicosocial como parte del proceso del contacto inicial:.....	106
7.8 Tamizaje como parte del contacto inicial.....	113

8. VALORACIÓN INICIAL.....	113
8.1 Pasos para el proceso de valoración básica del estado psicosocial y el funcionamiento cotidiano- Entrevista.....	115
8.2 Análisis de caso	121
9. ATENCIÓN PSICOSOCIAL – MEJORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO (I): Objetivos de la atención psicosocial – Fase I	123
9.1 Primeros Auxilios Psicológicos	124
9.2 Intervención en crisis	124
10. ATENCIÓN PSICOSOCIAL – MEJORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Atención psicosocial focalizada, no especializada, estructurada Fase II.....	126
10.1 Pasos para el manejo básico emocional	127
10.2 Pasos para el manejo comportamental y habilidades básicas cotidianas.....	130
10.3 Pasos para el manejo cognitivo.....	131
10.4 Autoregulación emocional y manejo del cuerpo	131
10.5 Fortalecimiento de la capacidad de establecer vínculos sanos.....	133
10.6 Fortalecimiento de la Identidad / Autoeficacia- Autoestima	133
10.7 Ejercicios Focalizados, Estructurados, No Especializados.	134
10.8 Generalización y transferencia	147
11. CIERRE Y SEGUIMIENTO	147
REFERENCIAS.....	149
ANEXOS	150
Anexo I. Modelo de consentimiento informado	151
Anexo II. SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS PARA SOBREVIVIENTES DE VBG.....	152
Anexo III. Modelo de formulación para análisis psicosocial de casos de VBG	154

INTRODUCCIÓN

*“Cada día me ofrece una nueva oportunidad.
El ayer ya ha concluido. Hoy es el primer día de mi futuro”*
Louis Hay.

La violencia basada en género es una de las mayores problemáticas que se enfrentan en la región y, particularmente, en contextos humanitarios. En el informe sobre estimativos globales y regionales sobre la violencia contra la mujer de la Organización mundial de la salud 2013, se encontró que el 35% de las mujeres ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de sus parejas o de violencia sexual por parte de personas distintas a su pareja. En todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%.

Esta guía está orientada a fortalecer la atención del tercer nivel, que se refiere a la atención focalizada en grupos e individuos con necesidades especiales, esto se explicó ampliamente en el modelo ([ver enlace](#)) de la atención psicosocial, en articulación con la gestión de casos, complementando las acciones que se desarrollan en este nivel. Presenta una serie de alternativas para dar el apoyo esencial emocional a las personas sobrevivientes de la Violencia Basada en Género, que facilita la mitigación del impacto, enfatizando en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, promoviendo el empoderamiento y llevando a las personas por un camino hacia la sanación/ recuperación²¹, teniendo en cuenta los principios básicos de la atención de sobrevivientes de VBG y los planteamientos de los marcos de referencia de estas sobrevivientes en las emergencias. Está dirigida principalmente a las personas migrantes y refugiadas de nacionalidad venezolana que se encuentran en diferentes situaciones migratorias.

El objetivo de esta guía es brindar un soporte técnico a los equipos que prestan atención psicosocial a las sobrevivientes de la Violencia basada en género para que puedan adaptar sus servicios a modalidad remota en situaciones de emergencia. Fue inspirada en la necesidad de las sobrevivientes a propósito

de la pandemia ocasionada por la Covid 19, que ha obligado a los países a tomar medidas restrictivas para lograr frenar los contagios, disminuir las tasas de letalidad y proteger a las personas de esta pandemia mundial. Esta guía tiene una base teórica conceptual que antecede a este documento ([ver enlace](#)). El presente documento es la guía operativa que permite la implementación del modelo.

La **guía está dirigida a los equipos y operadores psicosociales que proveen atención psicosocial focalizada no especializada y estructurada a las mujeres en situación de migración y refugio particularmente de nacionalidad venezolana**, que como se sabe, han emigrado de su país por condiciones económicas y políticas. Esto se ha enfatizado en el modelo que se explicó anteriormente en este documento ([ver enlace](#)). Según la Plataforma de coordinación interagencial para refugiados y migrantes de Venezuela (R4V) (2020) hay 5.098.473 personas que han emigrado de Venezuela en los últimos cinco años, de los cuales se registran 2.496.846 en estancia regular y 817.105 pendientes de asilo. Así mismo, se reportan 112.468 refugiados venezolanos reconocidos. La mayoría de los países de destino han sido Colombia, Perú y Ecuador, aunque otros países como Brasil, Chile, y Argentina han recibido una cantidad importante, y en general se registra migración venezolana hacia todos los países de la región (Organización Internacional para las migraciones, 2020).

En el análisis rápido de género realizado por CARE en Colombia, Ecuador y Perú, en el marco de la Plataforma de respuesta para Venezuela (R4V) se menciona que es importante resaltar que Colombia acoge a más de 1.8 millones de venezolanos de los cuales un millón no cuenta con la documentación migratoria en regla lo que limita la atención en salud; en Ecuador a finales de marzo del año en curso 363.018 venezolanos se registraban como residentes, pero una buena parte de actores operativos estiman que esta cifra solamente representa el 50% de la realidad; en cuanto

21 El término sanación se tomará simultáneamente con el de recuperación y se explica posteriormente en este documento.

a Perú para septiembre de 2019 acogía a más de 850.000 ciudadanos venezolanos de los que en su gran mayoría ingresó en 2018; en Venezuela los niveles de pobreza aumentaron del 41% en 2015 al 52% en 2018, el porcentaje de jóvenes entre los 12 y 17 años que asistían al colegio disminuyó en un 70% y más del 94% de las personas encuestadas revelan ingresos insuficientes para la satisfacción de todas sus necesidades (R4V, 2020). [CARE, 2020](#).

Los principales hallazgos muestran los riesgos frente a la protección que enfrentan en los distintos destinos, se refiere particularmente a los grupos en tránsito, ya que los traslados se hacen a través de rutas no formales, y adicionalmente sin documentación lo cual los pone en riesgo de prácticas de explotación. Los grupos más afectados son las mujeres, las niñas, las adolescentes y las personas LGTBQ que son víctimas de VBG. Este informe evidencia que las mujeres sobrevivientes de VBG no acceden a los servicios que se necesitan por miedo, vergüenza, y en muchos casos porque no tienen la información suficiente y no saben cómo solicitar un servicio, De igual manera se reporta que son víctimas de xenofobia, de violencia sexual que se asocia con la percepción hipersexualizada que se tiene de las adolescentes y las mujeres venezolanas, así mismo están expuestas a condiciones de trabajo inseguras y a explotación entre otras muchas situaciones.

Es importante ver cómo esta relación entre VBG y migración es cada día más clara; en un informe de [Profamilia \(2020\)](#), se reporta un incremento en todas las formas de violencia basada en género, en el lugar de origen, durante el tránsito, y en el lugar de destino. Lo anterior, adicionalmente, aumenta el riesgo de embarazo no deseado, las ITS, incluyendo el VIH, el trauma psicosocial y la demanda de abortos. Sin acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) están en riesgo las vidas de muchas personas, especialmente las de las mujeres y las niñas más vulnerables. El hecho de no tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva aumenta la vulnerabilidad hacia la violencia de pareja, debido a que la falta de información precisa y oportuna sobre los servicios se convierte en un riesgo para las mujeres. Se conoce que específicamente en la emergencia que actualmente

enfrentan todos los países por la pandemia ocasionada por el Covid 19, la VBG se ha aumentado exponencialmente en todos los lugares, siendo la violencia de pareja una de las de mayor incidencia; por esta razón, esta guía pretende darles opciones a estas sobrevivientes por medio de los operadores de atención psicosocial, contando con servicios remotos que garanticen la atención y que aumenten las posibilidades de acceso.

En un estudio reciente el [PNUD \(2020\)](#) ha descrito la población venezolana que ha migrado a la región, haciendo análisis exhaustivos en los países de acogida de estos flujos migratorios, particularmente Colombia Ecuador y Perú. Este estudio se ha centrado en el análisis de la situación de las mujeres provenientes de Venezuela, teniendo como propósito conocer los medios de vida a los que tienen acceso tanto en tránsito como en destino y cómo se relaciona la violencia. Los hallazgos muestran que estas mujeres están expuestas a riesgos y amenazas que atentan contra su integridad física y económica, lo cual se agudiza por el hecho de viajar y tener personas dependientes de ellas.

Otro de los resultados, del estudio de PNUD (2020) muestra la invisibilidad de la violencia basada en género y en especial la violencia sexual. Es relevante en el estudio que se pone de presente que las niñas y las adolescentes son víctimas de las organizaciones criminales de trata de personas y de las redes dedicadas a la explotación sexual. Lo anterior se confirmó de manera dramática en Colombia, Ecuador y Perú, especialmente en las zonas fronterizas en un estudio realizado por Anfitti, Miranda y Ramírez para OIM (2020) oficina regional en apoyo a la Plataforma de coordinación para migrantes y refugiados de Venezuela.

En relación con los estudios que se han llevado a cabo con la población venezolana, la Plataforma de respuesta para Venezuela ha realizado varios estudios como los que se acaban de describir. De igual forma vale la pena revisar la información del modelo que fundamenta la presente guía, y se recomienda revisar algunos enlaces de documentos que se incluyen en nota de pie de página²².

22 Informe de situación R4V Cono Sur- Septiembre 2020.

Estudio de Inclusión Financiera de refugiados y migrantes venezolanos y población local en las ciudades de Lima (Perú), Quito y Guayaquil (Ecuador)

Migrantes en la República Argentina: Inserción en el mercado de trabajo

GIFM Colombia: Valoración conjunta de Necesidades ante Covid-19

Las mujeres migrantes y refugiadas venezolanas y su inserción en el mercado laboral

Estudio de inclusión financiera de refugiados y migrantes venezolanos y población local

GTRM Ecuador: Informe de Resultados de la segunda ronda de la Valoración Conjunta de Necesidades de refugiados, migrantes y comunidades de acogida- Julio- Agosto 2020

Un perfil regional de los migrantes y refugiados venezolanos en América Latina y el Caribe

Efectos de la COVID-19 en la población migrante- Principales hallazgos : Sondeo en América Central y México

Una emergencia desigual: Análisis Rápido de Género sobre la Crisis de Refugiados y Migrantes en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (Junio 2020)

Esta guía de atención psicosocial focalizada, no especializada estructurada en modalidad remota se basa en una aproximación centrada en la sobreviviente lo que significa que todas las acciones están determinadas por los derechos, las necesidades y deseos de las sobrevivientes los cuáles son priorizados en todos los momentos de la atención y son transversales a todas las acciones cuando se desarrollen programas para esta población en particular. Adicionalmente, se tiene en cuenta la mitigación de los efectos que sufren las sobrevivientes por ser expuestas a las múltiples violencias.

Es necesario que las acciones que se implementen garanticen el respeto de los derechos y la seguridad de las sobrevivientes así como su dignidad. Este enfoque promueve la recuperación de las sobrevivientes y el fortalecimiento de las habilidades necesarias para identificar y expresar sus necesidades y para reforzar la capacidad de toma de decisiones y autonomía en todas las intervenciones ([Guidelines for integrating gender based violence interventions in humanitarian action 2015.](#))

En esta guía se han tenido en cuenta varios documentos como los lineamientos del [IASC \(2007\)](#) en relación con los lineamientos para la atención en salud mental y apoyo psicosocial,

- [la guía del IASC que integra las intervenciones dirigidas a la violencia basada en género en contextos humanitarios \(2015\),](#)
- [la Guía interagencial de gestión de casos de Violencia de Género \(2017\),](#)
- [la guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\),](#)
- [la Guidelines for Mobile and Remote Gender-Based Violence \(GBV\) y el Institutional Framework for addressing gender-based violence in crises \(2018\)](#) de la OIM, entre otros.

Es muy importante anotar que esta guía que es la estrategia implementadora del modelo, se articula de manera notable con la Guía Interagencial de manejo de gestión de casos en VBG y con la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG. Se hace especial énfasis en el componente psicosocial, por lo que las acciones deben ser integradas con la gestión de casos.

Otro punto relevante de la presente guía es que realza el hecho de que puede ser utilizada tanto para los servicios remotos como para la atención presencial. De igual manera, está diseñada para que se puedan incluir poblaciones con necesidades de protección especiales, particularmente aquellas que están en situación de migración irregular y refugio y las personas (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,

Intersexual) LGBTI, en particular las mujeres trans. La guía fue diseñada con sensibilidad cultural, en la medida que sus ejercicios hacen referencia a los pensamientos, emociones y experiencias vividas, que dentro de las culturas tienen significados diferentes pero conllevan afectaciones en las emociones que ponen a todas las mujeres en la misma necesidad: la de sanar las heridas que deja la violencia basada en género.

La guía intenta dar respuestas de una manera estructurada, para el tercer nivel de atención en la pirámide de la atención psicosocial, focalizada en las mujeres sobrevivientes de la VBG con necesidades psicosociales específicas que es necesario atender, de manera técnica y con base en evidencia, y como resultado del análisis sistemático de las necesidades de cada caso. El hecho de adaptar estas estrategias para ser utilizadas en la distancia permitirá llegar a más sobrevivientes, incluso a aquellas que enfrentan mayores restricciones debido a factores como el confinamiento que impone barreras para pedir ayuda. Esperamos que estos servicios remotos que se utilizan por diferentes plataformas sean efectivos y oportunos.

En el [Interagency gender based violence case management guidelines \(2017\)](#), se establece que el nivel de la atención focalizada no especializada, estructurada está orientado a la atención de poblaciones con necesidades especiales que en una emergencia es la población que necesita recuperar y preservar su bienestar psicosocial y su salud mental. Tales intervenciones incluyen el apoyo emocional básico y práctico que se implementa en la gestión de casos que es proporcionado por trabajadoras sociales y otro personal no especializado.

Se conoce que los primeros auxilios psicológicos son de gran utilidad, así como la intervención en crisis y que éstas han sido las estrategias más utilizadas en este tercer nivel de asistencia. Sin embargo, estrategias como los primeros auxilios y la integración del apoyo emocional en procesos no especializados, como la gestión de caso, no logran atender todas las necesidades de las personas que se ven agobiadas y experimentan dificultades para cumplir con su rutina tras estar expuestas a eventos traumáticos.

Se evidencia que el personal no especializado tiene la necesidad de fortalecer sus habilidades y de ampliar conocimiento técnico para brindar atención apropiada, eficaz y oportuna a aquellas personas con problemas psicosociales; por ejemplo, personas que demuestran ideación suicida, ideación homicida, que tienen algunos indicadores que pueden estar asociados a condiciones de salud mental (etc). Aún así, creemos que en el caso de la VBG es necesario dar un paso adelante para apoyar a las sobrevivientes en afianzar sus potencialidades, en fortalecer las capacidades de afrontamiento, en develar

sus capacidades para lograr su empoderamiento, en que crean en ellas mismas y en acompañarlas en un camino hacia la sanación emocional.

La guía se fundamenta en los principios esenciales de la perspectiva centrada en la sobreviviente promoviendo los estándares éticos y garantizando la seguridad en todos los momentos y circunstancias. Teniendo en cuenta sus derechos, enfatizamos en que: las sobrevivientes deciden con quién comparten su historia y en el momento en que lo quieran hacer se les garantiza la *confidencialidad*; lo cual significa que ninguno de los operadores compartirá su historia con nadie. La confidencialidad promueve la *seguridad*, la *confianza* y el *empoderamiento*. De otra parte, es esencial el respeto por el otro, por su dignidad, por su esencia, las sobrevivientes son la razón principal de las acciones. Los operadores de atención psicosocial tendrán siempre esto presente en todas sus actuaciones, apoyando a las sobrevivientes a resolver sus dificultades, priorizando sus deseos, derechos y elecciones propias. Todas las acciones son incluyentes, es decir, que , la atención se da por igual sin distinción de razas, etnias, género, religión, orientación sexual u otras características (IASC, 2015).

Esta guía pretende ser una herramienta para los operadores que tienen bajo su responsabilidad la atención psicosocial a las personas sobrevivientes de VBG y que laboran en la respuesta humanitaria. La guía incluye algunas alternativas para la modalidad remota, que como se mencionó, tiene en cuenta las necesidades de las sobrevivientes cuando no pueden acceder a un servicio presencial y plantea acciones para la recuperación del bienestar psicosocial y la salud mental de las sobrevivientes de la VBG. Está compuesta por 10 puntos con información técnica, así como instrumentos que facilitan la atención, teniendo en cuenta:

- Protección
- Confidencialidad
- Sensibilidad cultural
- Momentos y tiempos de la atención psicosocial en emergencias en servicios remotos²³
- Los principios interagenciales del trabajo en violencia basada en género ([ver enlace](#))

Se espera que esta guía sea de utilidad para todos los equipos humanitarios, y logre consolidar una serie de acciones que

se ajusten a las necesidades psicosociales de todas aquellas sobrevivientes de VBG que se encuentran en situación de migración y refugio y que requieren una atención.

1. PROPÓSITO DE LA GUÍA

El objetivo de la guía es dar un lineamiento práctico y técnico para la atención psicosocial focalizada, no-especializada y estructurada para sobrevivientes de violencia basada en género, en modalidad de atención remota²⁴ que se encuentran en situación de migración y refugio, particularmente par aquellos grupos de sobrevivientes provenientes de Venezuela. Así mismo, pretende ofrecer estrategias para la implementación del modelo de atención desarrollado para situaciones remotas y sus correspondientes herramientas que se explican más adelante en esta guía.

Se ha hecho especial énfasis en que es necesario que la presente guía se trabaje articuladamente con la Guía Interagencial de gestión de casos de VBG (2017) y la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial no especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020).

Por tal razón se considera fundamental tener en cuenta que la metodología de gestión de casos podrá incorporar algunos de los elementos de la presente guía en los que se relaciona con la atención psicosocial, como se muestra en el diagrama de la Figura 1.

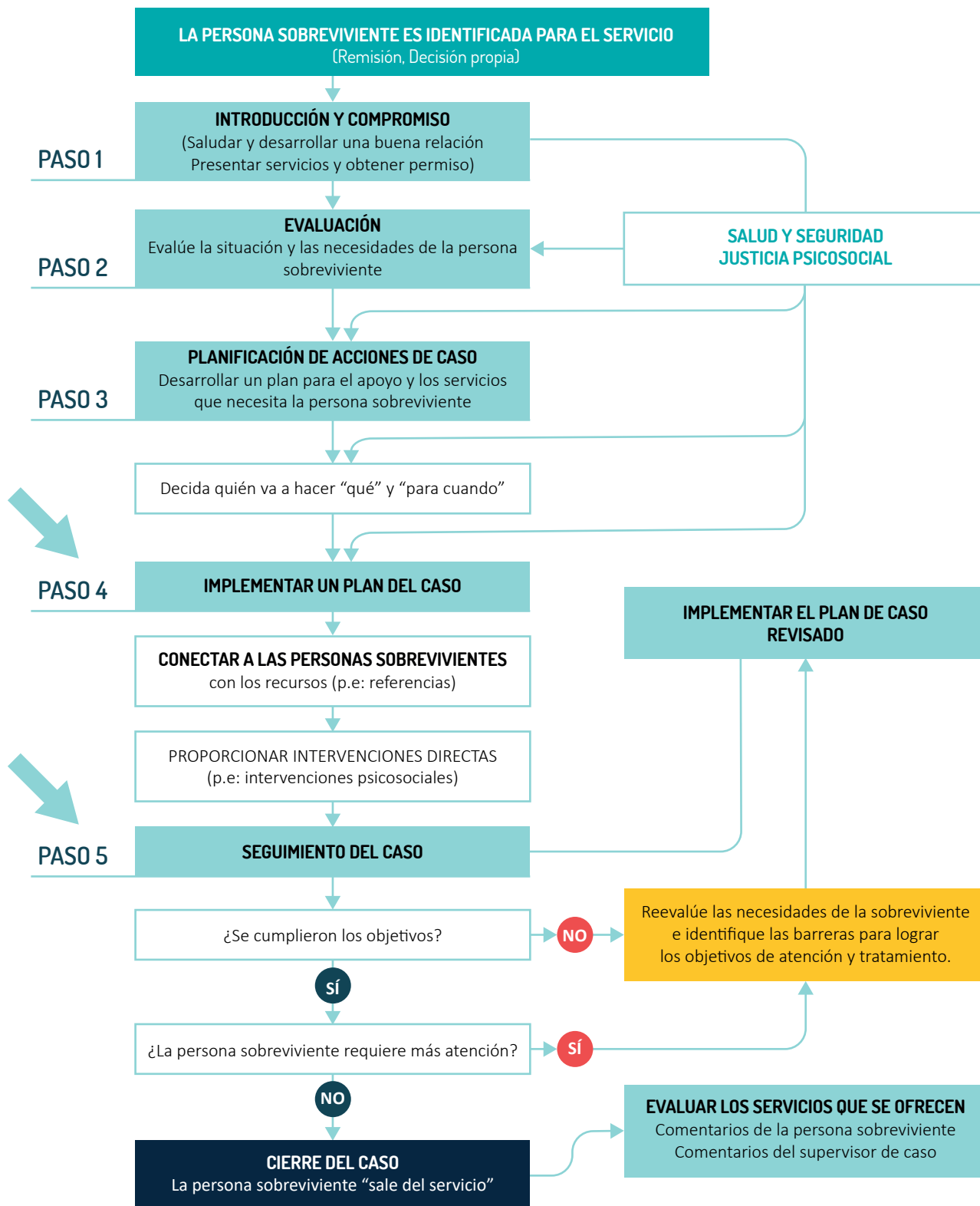
- En el paso 2 que se refiere principalmente a la valoración y a la comprensión de la sobreviviente y más aún, cuando se centra la atención en las migrantes y refugiadas venezolanas; y, teniendo en consideración que se están ajustando a la modalidad remota, esta guía pretende dar alternativas para la atención. Las recomendaciones de esta guía permiten, además, ampliar y dar un mayor alcance al nivel tres de la atención psicosocial
- Por otro lado, en el paso 3, en la planeación del caso basado en la valoración, se cree que los planteamientos hechos en esta guía serán de utilidad para los equipos de atención psicosocial a las sobrevivientes de la VBG.
- Por último, en el paso 4 se muestran opciones para fortalecer la atención psicosocial a las sobrevivientes de la VBG en modalidad remota, teniendo en cuenta la población en la que está enfocada la presente guía.

²³ Puede ser que la sobreviviente esté en una situación de confinamiento debido a restricciones de la movilidad como lo sucedido durante la pandemia del Covid 19; que no pueda trasladarse a asistir de manera presencial; que los operadores no cubran presencialmente el área geográfica de la sobreviviente; o que por las mismas razones de la situación de pareja que vive no pueda asistir a la atención.

²⁴ Algunas de las técnicas propuestas en esta guía, también pueden ser utilizadas en la atención presencial, cuando sea posible.

FIGURA 1.

DIAGRAMA DE LA GESTIÓN DE CASO Y PASOS EN LOS QUE LA PRESENTE GUÍA APOYA EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL



2. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

La atención psicosocial ha sido uno de los principales retos en emergencias, debido a las dificultades que presenta por la variedad de contextos en los que se debe implementar. Por tanto, siempre debe ser cultural y socialmente sensible, rigurosa, precisa, basada en evidencia, teniendo en cuenta no causar un daño a la población. No siempre se cuenta con todas las herramientas y lineamientos que sean efectivos y oportunos; no siempre existen los equipos suficientes y calificados en temas específicos, más cuando se trata de la atención del tercer nivel, focalizada, no especializada y estructurada. De tal manera, la guía pretende ser un recurso práctico y técnico para los operadores responsables de este nivel de atención a las sobrevivientes de la violencia basada en género en emergencias. Operadores de atención psicosocial tales como:

- Profesionales y especialistas responsables de la atención psicosocial en emergencias, especialmente aquéllos que responden a la situación de la migración procedente de Venezuela.
- Profesionales y técnicos que atienden a sobrevivientes de violencia basada en género
- Profesionales que trabajan en contextos humanitarios con poblaciones vulnerables como poblaciones migrantes en situación irregular y refugiados.
- Equipos de atención psicosocial de diferentes ONG
- Actores responsables de la atención psicosocial con entrenamiento previo

Personal: cómo debe ser	Técnico: qué debe saber
Capacidad de escucha	Tener un conocimiento de GBV
Empatía	Conocer la normativa del contexto en el cual se encuentra
Habilidades de comunicación	Ser sensible al contexto cultural
Respetuoso	Entender las normas sociales que perpetúan la VBG en el contexto específico
Abierto	Tener formación en atención psicosocial focalizada
Tener neutralidad	Tener conocimiento sobre salud mental y bienestar psicosocial
Manejar la confidencialidad	
Estar abierto al aprendizaje continuo	

3. COMPONENTES DE LA GUÍA

Hay que tener en cuenta que esta guía se centra en aquellas mujeres cuya seguridad se ha puesto en peligro, a quienes sus derechos humanos les han sido violados y cuya integridad ha sido amenazada por actos humillantes o violentos que deliberadamente atentan contra su dignidad. En ese sentido la guía se compone de apartados que desarrollan y desagregan los términos, los conceptos y las acciones del modelo ([ver enlace](#)). De acuerdo con su propósito define la audiencia a quiénes se dirige la guía.

Así mismo, describe los aspectos técnicos para su implementación y los mecanismos de cómo se articulan todos los conceptos aquí definidos para fundamentar la atención psicosocial focalizada, estructurada y no especializada. Es relevante mencionar que la guía debe ser implementada integradamente con el modelo y viceversa, son documentos necesarios para comprender la intención de esta propuesta de atención psicosocial focalizada, no especializada, estructurada del tercer nivel.

4. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA, NO ESPECIALIZADA, ESTRUCTURADA REMOTA A SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO MIGRANTES Y REFUGIADAS

El objetivo de este capítulo es describir y explicar las características principales de la estrategia de atención psicosocial en modalidad remota, focalizada, estructurada y no especializada.

En el modelo propuesto y que antecede a esta guía, se define una base conceptual como fundamento de las actividades que se desarrollan en el tercer nivel de la atención focalizada, no especializada y estructurada. Así pues, dicho modelo encuentra las consideraciones para su implementación en esta guía. Las actividades están centradas en las sobrevivientes y sus necesidades psicosociales para garantizar su bienestar y preservar su salud mental; se trata de acciones basadas en evidencia que guardan la perspectiva de la acción sin daño cuyo objetivo es que sean acciones inclusivas, oportunas y efectivas.

Este modelo se **ubica** en el tercer nivel de la pirámide de atención psicosocial en emergencias (IASC, 2007), que se ha explicado ampliamente en el modelo ([ver enlace](#)), en donde se describe la pirámide en su totalidad, el propósito aquí es enfatizar en dónde se ubica específicamente esta guía.

FIGURA 2.

UBICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA PIRÁMIDE DEL IASC.



Se **caracteriza** por ser focalizada, no especializada, estructurada.

Focalizada significa: centrada en las personas pertenecientes a un grupo vulnerable específico como son las mujeres sobrevivientes de VBG. Es focalizada en el nivel de atención individual y provee herramientas para personas en contextos de emergencia, y, en especial, centrada en las necesidades de **mujeres refugiadas y migrantes de Venezuela**.

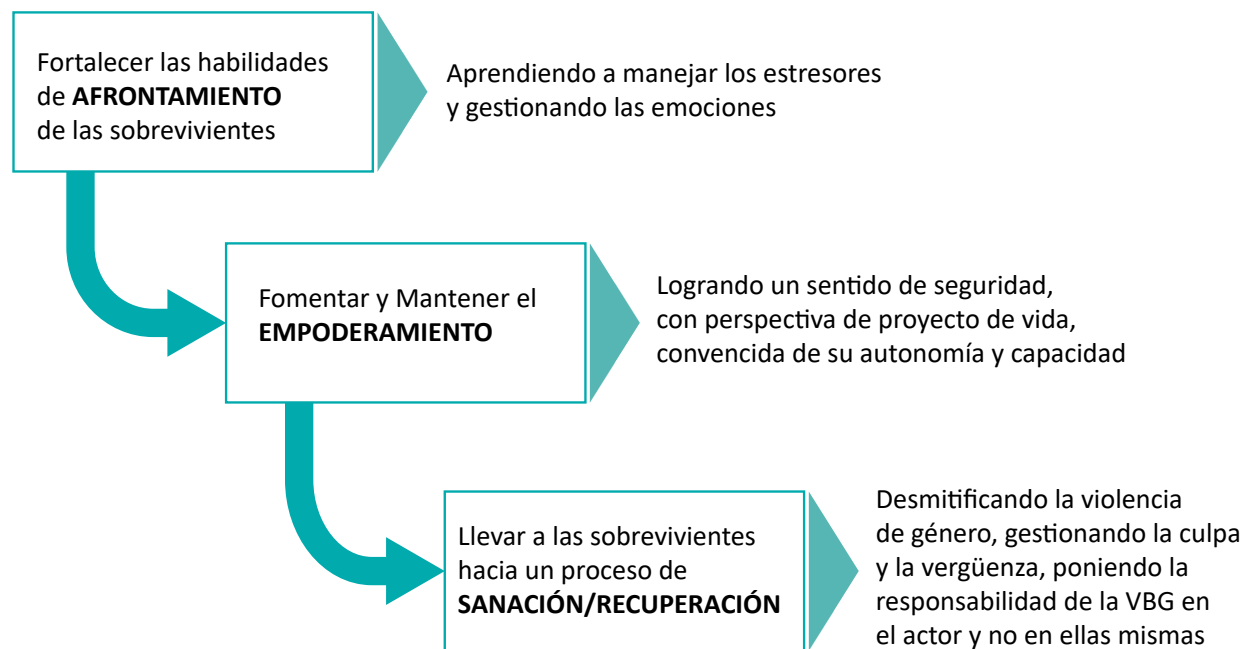
No especializada hace referencia a: que las estrategias que aquí se proponen no son modelos terapéuticos, más bien, son alternativas de atención orientadas a mantener el bienestar psicosocial de las sobrevivientes en situaciones como el confinamiento o situaciones donde sea necesaria la atención a través de servicios remotos.

Estructurada pretende: tener una organización, una atención planeada, utilizando técnicas que tienen evidencias de su aplicabilidad y efectividad en situaciones que atentan contra el bienestar de las mujeres y que permiten prevenir problemáticas de salud mental más complejas. Y si es el caso esta estructuración permitirá remitir a servicios especializados de manera más informada y fundamentada.

El propósito es que todo eso se materialice en actividades dirigidas a lograr sentar las bases de un proceso que tiene como fin fortalecer el afrontamiento, fomentar el empoderamiento y la sanación/recuperación, que son objetivos de largo término, pero cuyo logro depende de que las atenciones iniciales sean de calidad y apropiadas para las necesidades de las sobrevivientes. Las acciones que se desarrollen en estos procesos deben tener en perspectiva que una sobreviviente logre desarrollar y fortalecer estas dimensiones, lo que se pretende en este modelo es darles herramientas para llegar a estas metas a futuro.

FIGURA 3.

DIMENSIONES NECESARIAS PARA EL BIENESTAR PSICOSOCIAL Y SUS RESPECTIVOS COMPORTAMIENTOS EN LAS SOBREVIVIENTES DE VBG.



Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3 se plantean las **tres dimensiones** que dirigen todas las acciones de la guía para lograr el bienestar psicosocial de las sobrevivientes de violencia basada en género y preservar su salud mental de la mejor manera posible. Es válido aclarar que la atención psicosocial, se dará a través de un servicio remoto –modalidad planteada por la guía– y, cuando sea posible, de forma presencial. En cada uno se describen los comportamientos que se esperan al final de la atención. En el que se incluyen que las sobrevivientes estarán en capacidad de:

- Fortalecer el **afrontamiento** aprendiendo a manejar los estresores cotidianos para gestionar las emociones²⁵.
- Por su parte, el **empoderamiento**²⁶, se logrará en la sobreviviente de VBG, por medio del desarrollo del sentido de seguridad en sí misma, con una prospectiva de proyecto de vida²⁷, lo que, además, le permitirá estar convencida de su autonomía y capacidad.
- El concepto de **sanación**²⁸/**reparación** se relaciona con la necesidad de que la sobreviviente desmitifique la violencia de género y la experiencia a la que ha sido o está siendo sometida, aprendiendo a gestionar la culpa, la vergüenza

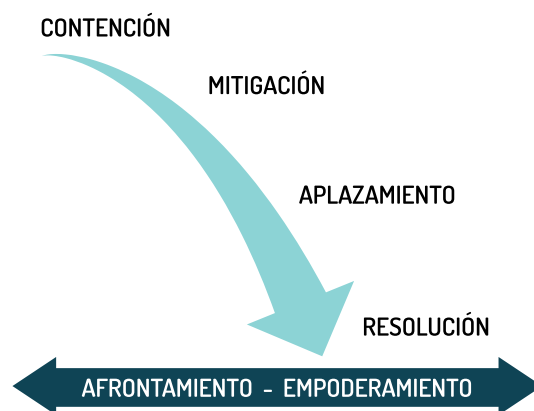
y la estigmatización, logrando poner la responsabilidad de las acciones de violencia en el actor y no en ella misma.

Lo que se propone en esta guía es tener en cuenta que, estas tres dimensiones son fundamentales para las sobrevivientes de violencia de género, que se pueden trabajar desde el inicio de la atención psicosocial en emergencias, sentando las bases para que se logre el **afrontamiento, empoderamiento y la sanación/reparación**. Probablemente esto no ocurra inmediatamente ya que esto es un proceso de largo aliento, pero se espera que la atención focalizada, no especializada, estructurada contribuya a estos objetivos y a aliviar el sufrimiento de la sobreviviente, así como, a resolver los conflictos básicos, como se observa en la Figura 3.

Vale la pena anotar que dicha atención se podrá hacer presencial en algún momento, pero que mientras esto no suceda se mantendrá de manera remota. Lo anterior por dos razones: 1) aún el virus del Covid-19 está presente, por lo tanto, la imposición de distanciamiento social impide que los prestadores de servicio operen de manera presencial y, 2) la dinámica de la VBG, específicamente la violencia de pareja se mantiene en aquellas parejas que han tenido crisis o episodios durante el confinamiento.

FIGURA 4.

RELACIÓN DEL AFRONTAMIENTO, EL EMPODERAMIENTO Y LA SANACIÓN Y LOS MOMENTOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS.



Fuente: Elaboración propia.

25 Se puede revisar algunos elementos de afrontamiento en la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020), p. 33, o revisar Lazarus y Folkman (1986)

26 El empoderamiento se fundamenta en la autoeficacia, lo cual, se explicará más adelante.

27 Esta perspectiva es relevante ya que en personas que han sido expuestas a VBG, y puedan haber desarrollado un trauma, es necesario que su percepción no esté enfocada en la experiencia adversa, sino que logren tener una mirada prospectiva e integral de sus propias vidas

28 Se utiliza el término sanación de manera genérica haciendo referencia al concepto del término en inglés "healing" y se relaciona con el de recuperación, éste último, que a pesar de no ser muy preciso es aceptado por diferentes actores (enlace modelo).

El **afrentamiento** es considerado un mecanismo que reúne una serie de componentes cognoscitivos y conductuales que les facilita a las personas manejar situaciones de estrés. Por lo general, las personas utilizan este mecanismo, pero en ocasiones el estresor es mayor que la capacidad de las personas para controlar los estresores. En los casos en los que la exposición a estos estresores sobrepasa la capacidad de las personas, éstas intentan minimizarla, aceptarla y/o ignorarla dándole, muchas veces, otra interpretación a la situación a través de pensamientos, afectos y emociones (Amarís, Madariaga, Valle, y Zambrano, 2013) lo que se considera una respuesta adaptativa para reducir el estrés. La [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial no especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\)](#), ha desarrollado estrategias que permiten el fortalecimiento del afrontamiento; se recomienda seguir esas pautas para la atención psicosocial remota.

Margaret Schuler (1997), en su libro “[Los derechos de las mujeres son derechos humanos: la agenda internacional del empoderamiento](#)”, define el **empoderamiento** como “un proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y en su eficacia en las interacciones sociales”. Las manifestaciones necesarias del proceso de empoderamiento, según esta autora, son: sentido de

seguridad y visión de futuro, capacidad de ganarse la vida, capacidad de actuar con efectividad en la esfera pública, mayor poder de tomar decisiones en el hogar, participación en grupos de solidaridad como recurso de información y apoyo, además de, movilidad y visibilidad en la comunidad.

En el desarrollo psicológico de las personas, se han identificado dos componentes esenciales para el bienestar psicosocial: la agencia personal y el **empoderamiento**, los mecanismos asociados a estos son la **autoeficacia**, la autodeterminación, la autonomía, el pensamiento independiente y la identificación de necesidades de cambio. Mientras la agencia impacta al individuo internamente, el empoderamiento impacta el exterior; sin embargo, esa diferencia no es tan clara. Lo que es relevante es que éstas dos características permiten a las personas transformar sus entornos y la relación con ellos mismos. El empoderamiento incrementa la satisfacción y confianza de los individuos ya que se pueden reconocer los efectos o resultados de las propias acciones, aumenta la creatividad porque se reconoce la autonomía con que se desenvuelve el ser humano y se reduce la resistencia al cambio ya que las personas se encuentran involucradas (Banda Castro y Morales Zamorano, 2015). Se logra a través de la solución de problemas, la toma de decisiones, la gestión emocional y el mejoramiento de la autoestima.

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL SENTIMIENTO DE AUTOEFICACIA

- Establecerse metas atractivas y desafiantes, pero que sean realistas, específicas y con plazos definidos en un plan de acción. Es importante que realices un ejercicio de autoanálisis en el que determines de manera objetiva tus fortalezas y debilidades con el propósito de tomarlas en consideración en este proceso de fijación de metas.
- Definir los objetivos en unidades observables, tratando de expresarlos en términos medibles y cuantificables, incluso aquellos que no pueden medirse fácilmente.
- Otra estrategia que puede ser útil es establecer las metas en términos alcanzables, pues esto te mantendrá focalizado en el éxito y no en el fracaso. Un ejemplo podría ser incrementar el número de tareas a cumplir
- Buscar entre las redes de apoyo, modelos con los que se pueda identificar y que generalmente tengan buenos niveles de desempeño en su vida cotidiana
- Para poder alterar las creencias de autoeficacia, será necesario favorecer un estado físico apropiado reduciendo el estrés y las emociones negativas. Trata de potenciar el optimismo, el buen humor y moderar tus reacciones emocionales ante las dificultades.
- Si experimentas varios fracasos, analiza la situación y determina qué recursos te son necesarios para alcanzar el éxito. (Alpiquian, A, 2014)

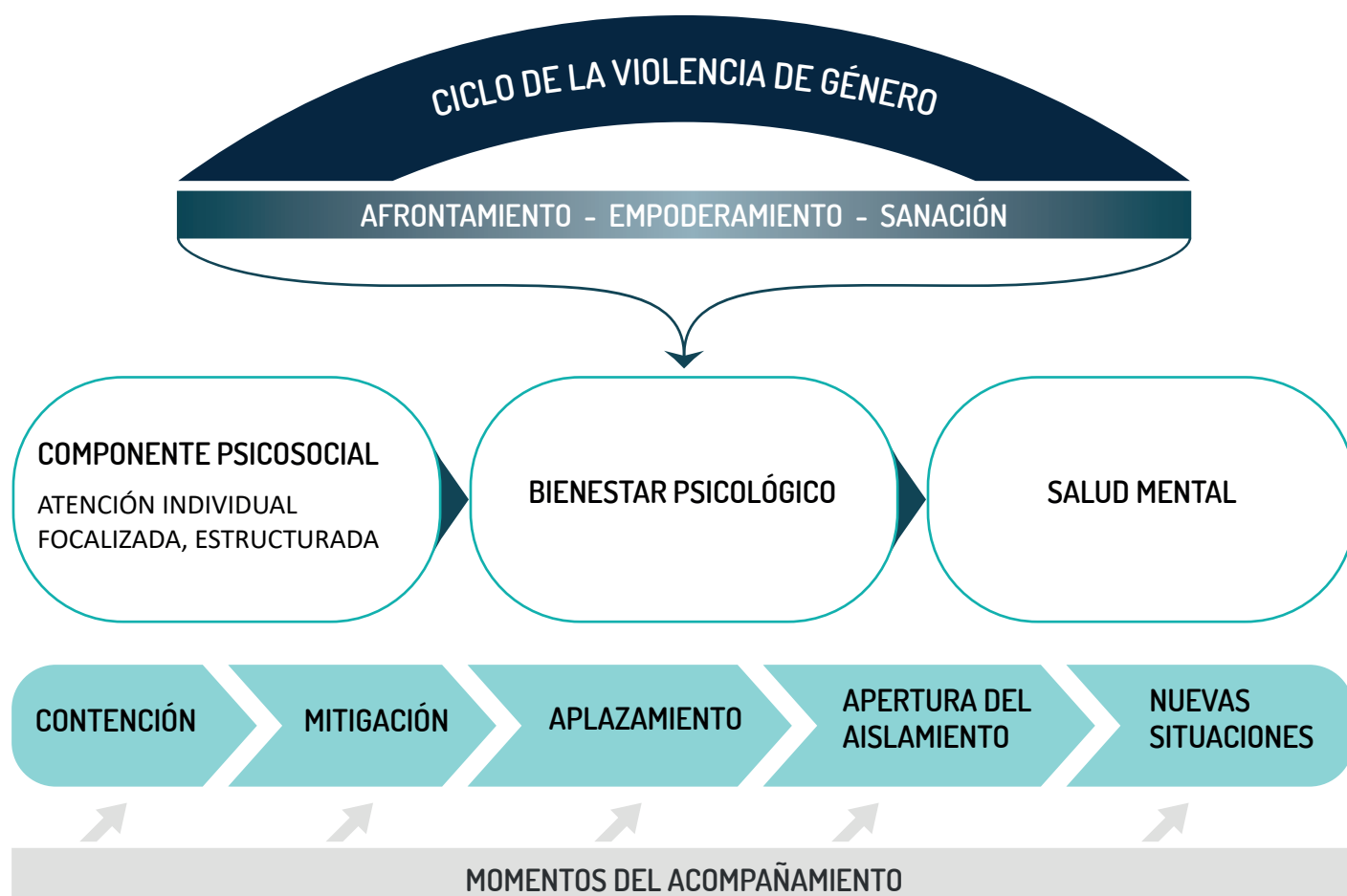
La autoeficacia percibida es un poderoso antídoto contra el estrés, pues las personas con altos niveles de autoeficacia experimentan niveles de estrés significativamente menores que los que tienen baja autoeficacia. La ansiedad, el estrés, el cansancio ejercen influencia sobre las cogniciones de manera que la sudoración, la aceleración del ritmo cardiaco, la sensación de angustia, etc., generalmente están asociadas con una percepción de incompetencia o de fracaso Banda Castro y Morales Zamorano (2015).

El último punto se refiere a la **sanación** que se define como el cambio y la transformación producida, como respuesta a una experiencia potencialmente traumática, para evitar y combatir la ansiedad que se manifiesta como reacción al sufrimiento emocional y al trauma (Warren 2011).

A continuación, se presenta el modelo integrado que muestra cómo se relacionan todos los componentes del modelo implementado en esta guía de atención psicosocial en modalidad remota para las sobrevivientes de la VBG.

FIGURA 5.

MODELO INTEGRADO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA, NO ESPECIALIZADA ESTRUCTURADA EN MODALIDAD REMOTA PARA SOBREVIVIENTES DE VBG.



Fuente: Elaboración propia

En la anterior figura se incluye el ciclo de la violencia como referente para la identificación de los indicadores psicosociales asociados con las situaciones de VBG y relacionadas con aquellas habilidades que es necesario fortalecer y hacia las cuáles se dirigirán las acciones de la atención psicosocial. Estas habilidades están a su vez asociadas con los momentos de una emergencia. En la tabla 1, se enumeran los indicadores psicosociales que se tendrán en cuenta en el análisis de casos. Este modelo se explica en detalle en el documento teórico ([ver enlace](#)).

TABLA 1.

INDICADORES PSICOSOCIALES QUE INTERFIEREN EN EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES Y QUE SE ASOCIAN A PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Dimensiones	Indicadores Psicosociales ejemplos	Derivar en Problemas de salud mental
Afrontamiento	Angustia Dificultad para resolver problemas La incapacidad de gestionar emociones La falta de regulación emocional Estresores cotidianos Problemas físicos Miedo Trastornos del sueño Irritabilidad Reacción emocional desmesurada Consumo o abuso de sustancias y alcohol	ANSIEDAD
Empoderamiento	Sentimientos de tristeza Baja autoestima Autoeficacia disminuida Dificultad para tomar decisiones Anestesia emocional Ideación suicida Problemas de alimentación Pesadillas Fobias Quejas somáticas, trastornos del sueño Problemas laborales Vulnerabilidad a futuras exposiciones a VBG. Comportamiento agresivo Consumo o abuso de sustancias y alcohol	DEPRESIÓN DISOCIACIÓN

Dimensiones	Indicadores Psicosociales ejemplos	Derivar en Problemas de salud mental
Sanación/ Recuperación	Negativismo Culpa Vergüenza La sensación de ser estigmatizado Sesgos en el pensamiento Trauma complejo Juzgarse a sí mismo Centrarse en emociones dolorosas Tomar distancias de las emociones y sentimientos y no aceptarlos Sensación de irrealidad Ideas suicidas Intento de suicidio	DUELOS NO RESUELTOS DEPRESIÓN ANSIEDAD TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Fuente: Elaboración propia

Todo lo anterior debe tenerse en cuenta en los diferentes momentos de la emergencia.

Por otra parte, en la Tabla 2, se describen algunas acciones que se esperaría poder desarrollar en estos momentos de la atención psicosocial en una emergencia, teniendo en mente lo que se ha experimentado durante la pandemia ocasionada por la COVID 19, como un ejemplo de situación. Si bien es cierto se utilizarán las mismas categorías, más adelante se muestra la integración del modelo con los diferentes momentos de la emergencia, el ciclo de la violencia y cómo se hace necesario fortalecer la atención psicosocial. a través de todas las acciones.

En la propuesta de [Gestión de casos de violencia basada en género y la pandemia de COVID-19 para GVB Aor \(2020\)](#) se desarrolla la estrategia nacional para atender las necesidades en cuanto a la VBG ocasionada por la Covid-19. Se ha tomado este modelo para definir cómo se relacionan los momentos de una emergencia con la atención psicosocial y la forma cómo el confinamiento impacta a las mujeres inmersas en relaciones abusivas y que sufren de la violencia de pareja.

TABLA 2.

ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE CASOS DE VBG Y LA PANDEMIA DE LA COVID-19.

Estrategia Nacional	Características de la estrategia	Impacto en la gestión de VBG
Contención	<p>El número de casos infectados es relativamente bajo.</p> <p>Establecimiento de políticas de seguimiento y aislamiento de infectados y sus contactos.</p> <p>Impacto limitado en la libertad de movimiento y congregación.</p>	<p>Presentar Protocolos de prevención y control de la infección (PCI), crear planes de contingencia y llevar a cabo diálogos con la comunidad sobre el nuevo corona virus.</p> <p>Por lo general, los servicios podrían continuar con ligeros cambios en base a los protocolos de prevención de la infección.</p>
Aplazamiento	<p>Se pone en marcha el “distanciamiento social”, lo que puede incluir alguna o todas las recomendaciones siguientes: prohibición total o restricción de grandes aglomeraciones; cierre de escuelas y otras instituciones; restricciones o cierres de restaurantes, bares y otras empresas no imprescindibles; reducción del uso de transporte público; posible cierre de fronteras; recomendaciones de mantener una distancia de dos metros entre personas.</p>	<p>Alta probabilidad de que se produzcan restricciones de movilidad estrictas, tanto del personal como de las personas sobrevivientes, ya que el movimiento puede aumentar el riesgo de exposición.</p> <p>Expectativa de implementación de protocolos de prevención y control de la infección de manera estricta y su monitoreo por agencias nacionales.</p> <p>Necesidad de obtención de acreditación y/o permiso a alto nivel para poder prestar servicios de gestión de casos tanto fuera como dentro de los centros de salud.</p> <p>Las personas sobrevivientes pueden estar en mayor riesgo de confinamiento en sus hogares. Necesidad de recursos adicionales para crear un ambiente de apoyo para el personal, en el caso que los servicios presenciales continúen.</p>
Mitigación	<p>Puesta en marcha de medidas de “distanciamiento social” de manera estricta, incluyendo prohibición total de concentraciones de personas, cierre de escuelas y otras instituciones no imprescindibles; reducción del uso de transporte público; posible cierre de fronteras.</p>	<p>Necesidad de obtención de acreditación y/o permiso a alto nivel para poder prestar servicios de gestión de casos tanto fuera como dentro de los centros de salud.</p> <p>Las personas sobrevivientes pueden estar en mayor riesgo de confinamiento en sus hogares. Restricciones de movilidad estrictas, tanto del personal como de los/as sobrevivientes.</p> <p>Expectativa de implementación de protocolos de prevención y control de la infección (PPCI) de manera estricta y su monitoreo por agencias nacionales.</p> <p>Necesidad de recursos adicionales para crear un ambiente de apoyo para el personal, en el caso de que los servicios presenciales continúen.</p>

Fuente: Tomado de GBV AoR (2020).

5. ALCANCES Y LIMITACIONES

Esta guía no pretende ser un manual terapéutico para las sobrevivientes de la VBG, sin embargo, es importante señalar que se centra en las necesidades psicosociales y en salud mental de las sobrevivientes de la VBG, sus necesidades psicosociales y los indicadores que visibilizan esas necesidades. Se trabaja sobre estos indicadores para fortalecer respuestas psicológicas adaptadas a la realidad de la sobreviviente y su contexto para facilitar la promoción del bienestar psicosocial y la prevención de problemas en salud mental a fin de que no sea necesaria la atención no especializada del cuarto nivel. Esto a partir de dar bases a las mujeres para que a futuro puedan fortalecer dimensiones de bienestar como el afrontamiento, el empoderamiento y la sanación /recuperación del sufrimiento emocional

Esta guía pretende, pese a su complejidad, articular elementos confluyentes como el ciclo de la violencia, la tipología misma de la violencia basada en género, las condiciones de la emergencia y la modalidad remota para proveer el servicio; atendiendo, además, a las particularidades de las poblaciones con necesidades especiales y tomando como referencia, el cumplimiento de la meta de la atención psicosocial: el afrontamiento, el empoderamiento y la sanación de las sobrevivientes.

Esta guía es una propuesta que tiene limitaciones en términos de la cobertura de las acciones y de los indicadores psicosociales. Se considera que la presente guía es el inicio

de un trabajo que probablemente debe continuar. De tal manera, es un paso de avance que se debe fortalecer en el campo de las emergencias y en el de la VBG, en el que aún quedan retos en la comprensión de los efectos que tiene esta forma de victimización de las mujeres y las niñas.

¿Quiénes pueden beneficiarse de la guía de atención psicosocial focalizada no especializada estructurada?

LAS MUJERES MIGRANTES Y REFUGIADAS SOBREVIVIENTES DE VBG EN GENERAL Y AQUELLAS QUE ESPECIALMENTE PROVIENEN DE VENEZUELA Y ESTÁN EN LOS PAÍSES DE DESTINO.

Es importante tener en consideración el concepto de interseccionalidad, en este punto es necesario aclarar que la guía puede ser aplicada a sobrevivientes de VBG migrantes y refugiadas, a personas trans, que provengan de Venezuela o de otros contextos y estén en países de destino y que tengan la necesidad de la atención psicosocial. La guía incluye a todas aquellas personas en necesidad de ser escuchadas y ser atendidas para preservar su salud mental. Pero evidentemente, tiene un alcance, un solo documento no puede dar respuesta a todas las necesidades, sin embargo, intenta desarrollar alternativas para las poblaciones con necesidades especiales que sobreviven a la exposición de la VBG.

6. CONCEPTOS BÁSICOS.

Esta guía transita por diversos conceptos que se convierten en los ejes de las acciones que se desarrollan. La mayoría de los términos se explicaron exhaustivamente en el modelo. Sin embargo, se considera pertinente incluir algunos de estos conceptos dentro de la guía.

Salud Mental y Bienestar psicológico (ver enlace).

El término psicosocial se utiliza para referirse al hecho de que el bienestar mental no está determinado exclusivamente por la dimensión psicológica sino también por el factor social y la interacción que se da entre ellos. El componente psicológico hace referencia a la mente, los pensamientos, las emociones, los sentimientos y los comportamientos y

la dinámica que se da entre estos. El componente social hace referencia a la interacción y las relaciones con otros y el ambiente, así como a la cultura, las tradiciones, los roles y funciones sociales que se desempeñan.

Violencia, Violencia de Género y Tipos de violencia (ver enlace).

La violencia es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002) p.5. Vale la pena aquí interpretar que esta definición

que es reconocida internacionalmente, a pesar de ser descriptiva al utilizar la palabra intencional, complejiza la violencia como acto dañino y esto es probablemente uno de los grandes retos que se tiene en la identificación de las sobrevivientes sobre los actos de sus agresores, porque no saben cómo leer esas intenciones y eso aumenta el riesgo de la victimización de las mujeres y las niñas que se encuentran en esos círculos.

En la guía se ha privilegiado la definición de la violencia basada en género, como un término “sombrilla” que incluye todos los actos dañinos perpetrados en contra de las personas en razón de las diferencias adscritas socialmente a hombres y mujeres (género). Incluye actos que producen daño físico, sexual, psicológico y sufrimiento en general, y también se refiere a las amenazas de cometer estos actos, así como la coerción y otras formas de privación de la libertad. Estos

actos pueden ocurrir en público o en privado. Las formas más comunes de VBG incluyen la violencia sexual (violación, intento de violación, los tocamientos no deseados, la explotación y el acoso sexual), la violencia de pareja (también denominada violencia doméstica, incluye la violencia física, emocional, sexual y económica) el matrimonio forzado temprano y la mutilación genital. La Violencia Basada en Género es considerada un problema de salud pública y un problema de derechos humanos (IOM, 2018).

Un concepto interesante e importante en esta guía es el de los servicios remotos refiriéndonos a los utilizados por vía telefónica o por internet. En este sentido es relevante que se tengan en cuenta los temas de seguridad y utilización de medios y sistemas tecnológicos que garanticen una atención confiable y efectiva.²⁹

Modelo de atención telefónica

Una de las características distintivas de la orientación por teléfono es que la ayuda que se proporciona toma lugar sin el beneficio de las señales no verbales, como son los gestos faciales y el lenguaje corporal y se apoya exclusivamente, en las palabras y en cómo se dicen.

Lester (1977) sintetiza las características más importantes de la orientación por teléfono y hace referencia al control que la paciente tiene sobre el contacto telefónico. En la orientación cara a cara, la mujer por lo general toma lugar en una sala de espera, quizá llena formatos que se le proporcionan, se le introduce a un espacio físico con un profesional, se sienta y comienza a hablar, todo bajo la conducción e instrucción de otra persona. La duración del contacto la determina en cierta medida el profesional. En la orientación por teléfono se equilibra este diferencial de fuerzas, y se le da más peso a la paciente. Ella no sólo comienza la interacción de ayuda, sino que también es libre de terminar con ella en cualquier momento.

- Una segunda característica de la orientación por teléfono es que puede preservar el anonimato de la paciente. La posibilidad de proteger la identidad se cree que posibilita una mayor revelación de sí misma y apertura por parte de las que llaman.
- En tercer lugar los orientadores también son anónimos, un hecho que facilita la transferencia positiva. Al estar ausentes las señales visuales, existe mayor oportunidad de cumplir la fantasía de quien llama con respecto a cuál sería el orientador ideal, lo que no ocurre en la entrevista cara a cara (Slaikeu, 1984)
- En cuarto lugar, la orientación telefónica reduce la dependencia de alguien que llama con respecto a un orientador en particular y la transfiere al servicio telefónico en general.
- Por último, la orientación por teléfono está disponible en cualquier momento del día o de la noche. Se sugiere que el servicio esté abierto las 24 horas, todos los días del año. Lo cual significa que la asistencia está disponible con el mínimo tiempo de espera.

²⁹ Se puede revisar la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020)

Muchos de los servicios de atención telefónica como sistema de suministro de servicios tienen los siguientes lineamientos:

- a) Intervención de las llamadas para asistir en la supervisión e investigación.
- b) Una precisa conservación de los registros para permitir la contabilidad de la institución (número y tipo de llamadas por mes, días y horas de mayor demanda) con el fin de planificar y mejorar el servicio.
- c) Asociarse en red con otras instituciones comunitarias para facilitar la referencia de los usuarios de la línea.
- d) Seguimiento de los usuarios después de varios días de la llamada al centro.

Tomado de: (Marroquin, N. sf)

Telepsicología se define como la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electro-ópticos o electrónicos. Dentro de estos medios podemos incluir los dispositivos móviles, los ordenadores personales, los teléfonos, las videoconferencias, el correo electrónico, webs de autoayuda, blogs, redes sociales, entre otros. La información puede ser transmitida tanto por medio oral como escrito, así como por imágenes, sonidos u otros tipos de datos. La comunicación puede ser síncrona (videoconferencia interactiva, llamada telefónica) o asíncrona (e-mail) (American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. American Psychologist, 68(9), 791-800).

Estresores psicosociales se refiere a los eventos que ocasionan temor o miedo, se constituyen en amenazas para la estabilidad de las personas, confrontan las habilidades de respuesta y por lo general son complejos en su manejo.

Indicadores psicosociales son manifestaciones del malestar psicosocial que se presentan como respuesta a situaciones de violencia entre otras y están relacionados con la salud mental.

La **Gestión de Casos** se considera como un método estructurado para brindar ayuda a la persona sobreviviente. Involucra una organización, usualmente un actor de apoyo psicosocial o de servicios sociales que asume la responsabilidad de: a) Lograr identificar las necesidades y problemas que enfrentan la persona sobreviviente y su familia, b) Informar a la persona sobreviviente todas las opciones disponibles para ella, c)

Ofrecer seguimiento de manera coordinada, de acuerdo con las necesidades de la persona sobreviviente y, d) Brindar apoyo emocional durante todo el proceso³⁰.

Emergencias

Existe amplia evidencia sobre el hecho de que en emergencias humanitarias ocasionadas por desastres naturales, conflictos armados o situaciones de carácter sanitario, la VBG se aumenta exponencialmente en todas sus manifestaciones. La VBG es un problema mundial de salud pública y una vulneración a los derechos humanos que, además, va en contra de los principios y leyes de equidad que deben ser pilar fundamental de toda sociedad. Los diferentes miembros de las Naciones Unidas han aunado esfuerzos para desarrollar acciones y tener la respuesta necesaria frente a la VBG en las emergencias, considerando, el ya mencionado, aumento significativo de las mismas en situaciones particularmente en contra de las mujeres, las niñas y las adolescentes (UNFPA, 2015).

En este sentido es importante tener en cuenta que la aplicación de esta guía debe estar articulada con los principios fundamentales de la atención en emergencias, en lo que se refiere a la prevención de la VBG en estas situaciones. Por tal motivo el referente básico del que se parte son los Estándares Mínimos para la Prevención y Respuesta a la Violencia de Género en Situaciones de Emergencia, desarrollado por UNFPA en 2015.

Bienestar psicológico expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo. Parte de las vivencias y se relaciona estrechamente con aspectos específicos de su funcionamiento físico, psíquico y social (OIM, 2016) (ver enlace).

30 Tomado de Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial no especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020)

Xenofobia Expresión de intolerancia, miedo e irrespeto contra personas extranjeras. Se comprende como el rechazo de identidades culturales distintas a la propia, basado en prejuicios históricos, religiosos, culturales y nacionales.

Discriminación Es un término que se refiere a un comportamiento negativo hacia un individuo o un grupo de personas, quienes comparten alguna característica, este comportamiento negativo que es por lo general de rechazo y exclusión, no responde a algún tipo de característica sino por pertenecer a este grupo Correll et al. (2010, p. 46).

Vulnerabilidad hace referencia a la reducción en la capacidad de una persona o un grupo de acceder a sus derechos humanos o enfrentar o recuperarse de una situación de explotación, abuso y/o violación a sus derechos.

Trauma psicosocial Se entiende como las lesiones en los sueños y la posibilidad de imaginar el futuro, causadas por los episodios victimizantes. Las personas reaccionan de manera diferente ante los eventos, dependiendo de múltiples factores (OIM, 2016) (ver enlace)

Por tanto, el impacto de una situación podría o no convertirse en una experiencia traumática de acuerdo con varias condiciones; estas son: a) Naturaleza y gravedad del acontecimiento que experimentan b) Severidad de los daños en diferentes áreas c) Posibilidad de que el evento represente una amenaza contra la vida d) Exposición extrema al evento, lo cual se constituye en una experiencia traumática e) Historia personal y familiar de problemas de salud mental f) Apoyo de otras personas en su vida g) Cultura y tradiciones h) Edad (OIM, 2016).

6.1. PRECISIONES SOBRE LA POBLACIÓN MIGRANTE Y REFUGIADA

6.1.1. La migración y su relación con la salud mental y el bienestar psicosocial

Los migrantes enfrentan una serie de situaciones que, por lo general, demandan respuestas de afrontamiento orientadas a resolver problemas relacionados con los cambios que deben ser asumidos y con los retos que implica trasladarse a otro contexto cultural. Ya se ha mencionado que la migración de por sí no es un factor de vulnerabilidad. Implica duelos por lo que se deja atrás, y retos por lo que se debe enfrentar. Todo lo anterior, implica un sufrimiento normal frente al cambio. Cuando es un proceso ordenado y regulado los obstáculos son menores, porque existe un proyecto migratorio. A continuación, se mencionan algunos comportamientos que facilitarían un proceso migratorio y de integración a la comunidad del país de destino.

La interculturalidad explica que todas las personas que migran de alguna manera van a tener algún tipo de impacto en la **identidad**. Aunque interactuar con personas diferentes a las que se conoce suele ser beneficioso, pero puede convertirse en una experiencia adversa cuando las personas se enfrentan a la discriminación, la xenofobia, la exclusión y la estigmatización, ya sea por ser extranjeras, o por su orientación sexual o identidad de género. (OIM, 2016).

6.2. SITUACIONES MIGRATORIAS QUE SE RELACIONAN CON LA VBG

Las personas llegan a estar en condición de vulnerabilidad, cuanto están en una situación de migración irregular o esperando que le aprueben una solicitud de refugio. En ese aspecto es que las mujeres migrantes están expuestas a la VBG.

En particular, esto se ha corroborado en diferentes estudios, como se describieron en el modelo.

Según la OIM (2016), existen diferencias en los procesos migratorios entre hombres y mujeres, hay relaciones de desigualdad, de hecho, los procesos migratorios son diferentes entre unos y otros. Por lo general, los motivos de la migración se relacionan con la búsqueda de mejores oportunidades económicas, pero la migración tiene riesgos cuando se hace sin los permisos necesarios, o cuando al decidir permanecer en un territorio no se cuenta con la debida documentación. Es el caso de la migración venezolana, que muestra una alta proporción de personas en situación irregular en todos los países de la región

situaciones por las que llegan a la irregularidad tienen que ver con varias circunstancias

Lo que se ha observado en las migrantes de procedencia venezolana, es que son poblaciones que llegan a los países de destino con múltiples necesidades especialmente en salud, nutrición entre otros, como ya se mencionó en los estudios descritos en el modelo. Particularmente los diagnósticos que ha realizado la Plataforma de coordinación de la respuesta para Venezuela (R4V). Y también en algunos países que han descrito la población migrante venezolana, que como se conoce está expuestas a múltiples riesgos que las pone en situación de vulnerabilidad. En esta guía como se ha dicho se dirige particularmente a las migrantes que permanecen en el país de destino. Ya que se sabe que están invisibilizadas, dado que probablemente conviven con el agresor y la posibilidad de que soliciten ayuda es limitada.

Adicionalmente, existen situaciones en las que se ven involucradas en matrimonios en los cuáles, las mujeres llegan a los países como parejas del agresor, y una vez se empieza a dar la dinámica de violencia, la pareja ejerce el poder no permitiéndole regularizar su situación, esto se convierte en un mecanismo de control, de ejercicio del poder y de manipulación.

FIGURA 6.

HABILIDADES DE LAS PERSONAS MIGRANTES O REFUGIADAS NECESARIAS PARA AFRONTAR SITUACIONES ADVERSAS EN LA MIGRACIÓN.

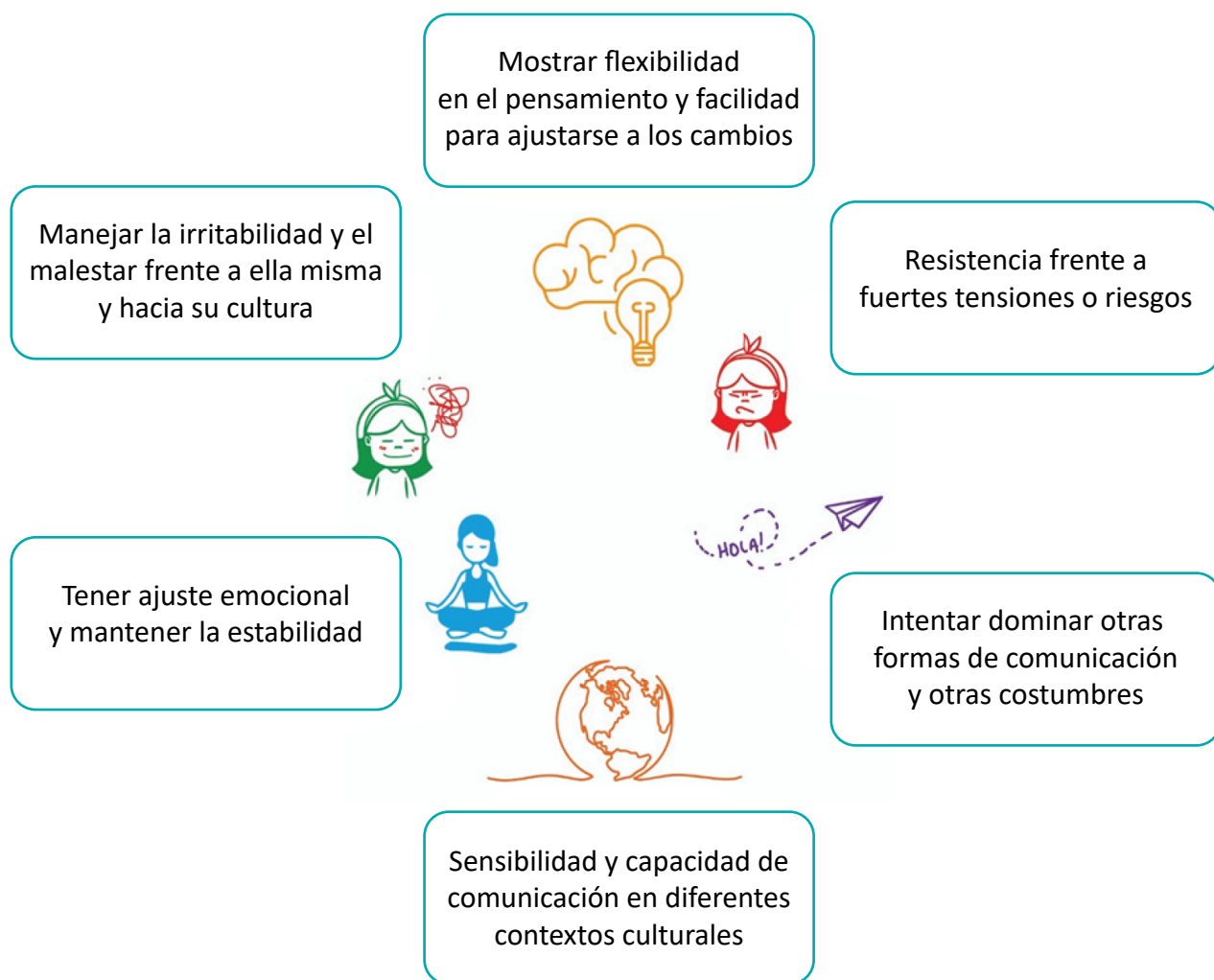


TABLA 3.

EJEMPLOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN MUJERES MIGRANTES

Forma de violencia basada en género a las que están expuestas las personas migrantes o refugiadas	Ejemplos
Violencia psicológica/emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Mintiéndole sobre su estatus migratorio • Diciéndole mentiras sobre ella a su familia. • Insultándola usando palabras racistas. • Subestimándola y avergonzándola delante de familiares y amigos • Desprestigiándola • Acusándola de que ha abandonado su cultura • Impidiéndole visitar a sus familiares enfermos o moribundos • Mintiéndole acerca de que la posibilidad de conseguir el estatus migratorio de residencia de permanencia
Violencia económica	<ul style="list-style-type: none"> • Obligándola a trabajar «ilegalmente sin tener permiso de trabajo. • Obligarla a tener sexo por supervivencia • Amenazándola con reportarla a los servicios de inmigración o fuerzas de seguridad del Estado si trabaja cobrando sin documentos. • No permitiéndole acceder a la formación profesional u otra educación Cogiéndole el dinero que remitía a su familia –quienes dependen de ello– • Obligándola a firmar documentos que no entiende acerca de aspectos legales, formularios de Hacienda, documentos de inmigración, etc. • Acosándola en el único trabajo que puede tener legalmente, con la intención de que lo pierda y se vea obligada a trabajar «ilegalmente».
Violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Llamándola prostituta • Acusándola de intentar atraer a otros hombres cuando se maquilla para ir al trabajo. • Acusándola de acostarse con otros hombres. • Alegando que tiene un historial de prostitución documentado legalmente • Diciéndole que «por derecho legal» –asociado a la reagrupación familiar– debe seguir teniendo relaciones sexuales con él siempre que él quiera hasta que se divorcien

Forma de violencia basada en género a las que están expuestas las personas migrantes o refugiadas	Ejemplos
Manipulación utilizando a los hijos o hijas	<ul style="list-style-type: none"> • Amenazándola con sacar a sus hijos/as del país. • Amenazándola con llevar a sus hijos/as a los servicios sociales. • Tomando el dinero que iba a enviar para ayudar a sus hijos/as que residen en el país de origen. • Diciéndole que él conseguirá su deportación y se quedará con los/las niños/as. • Convenciéndola de que si busca apoyo legal o llama a la policía, el sistema jurídico-legal le quitará la custodia de los/las niños/as. (Dado que en muchos países se otorga a los hombres la custodia legal de los/las hijos/as, este convence a su pareja de que ocurrirá lo mismo en este caso.) • Uso de amenazas y de coacción • Amenazándola con denunciarla al Servicio de Inmigración y conseguir que la deporten. • Amenazándola con que no va a presentar sus papeles de inmigración para legalizar su estatus migratorio. • Amenazándola con retirar la petición que presentó para legalizar su estatus migratorio. • Diciéndole que lastimará a alguien de su familia. • Diciéndole que será la causa de los daños a su familia

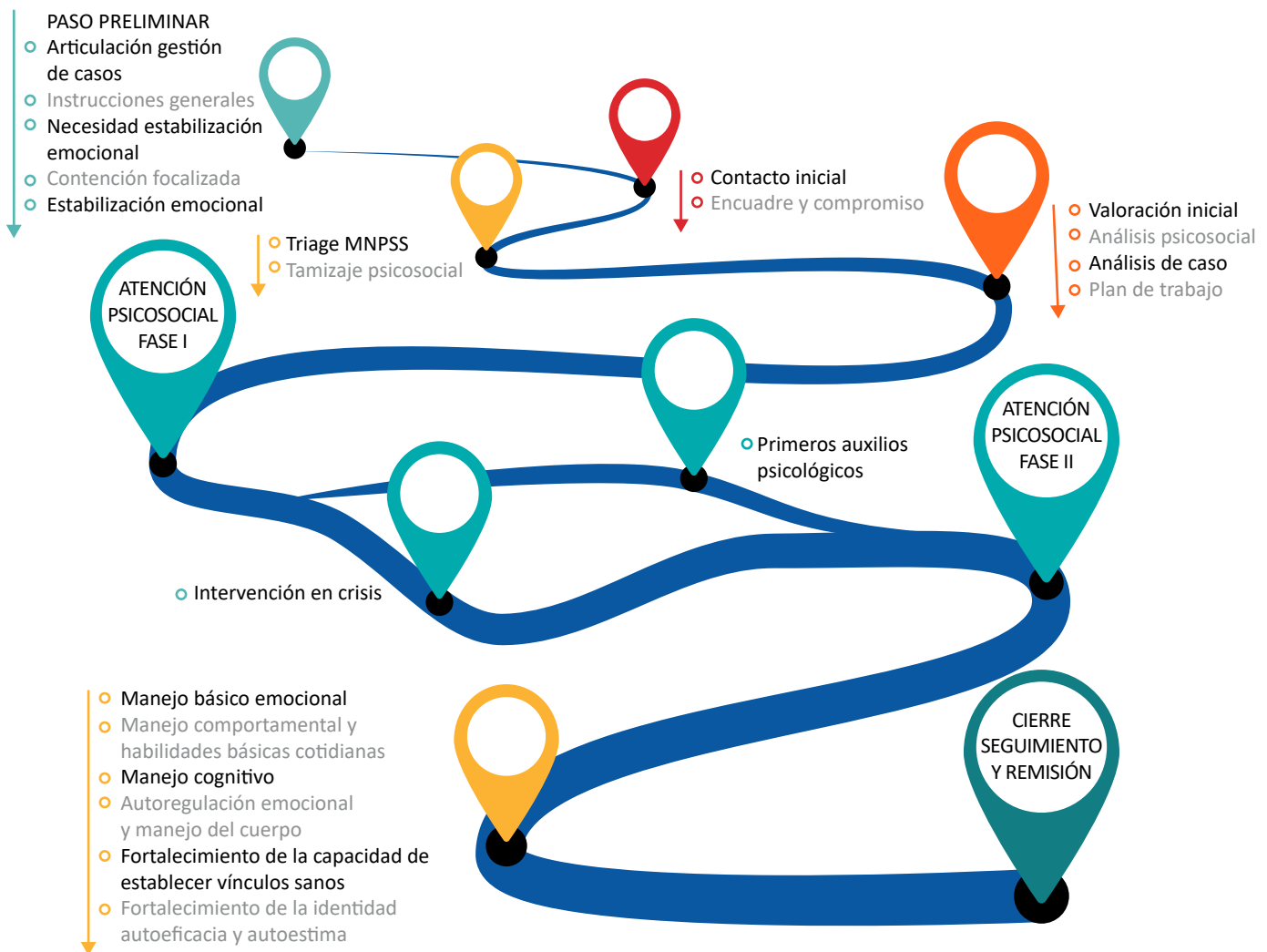
La Caixa (2013) VIOLENCIA: TOLERANCIA CER0 APOYO PSICOSOCIAL A MUJERES MIGRADAS EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GENERO

7. CONSIDERACIONES TÉCNICAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

El objetivo de este capítulo es describir algunos elementos clave en la implementación de la guía para la atención psicosocial focalizada, no especializada, estructurada en modalidad remota para sobrevivientes de la VBG. Este proceso se puede dividir en pasos para facilitar su comprensión e implementación.

FIGURA 7.

PASOS EN LA RUTA PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA, NO ESPECIALIZADA, ESTRUCTURADA.



Fuente: Elaboración propia.

7.1 PASO PRELIMINAR

Instrucciones Generales

Estas instrucciones son generales y van dirigidas a todas las personas responsables de los equipos de atención psicosocial que utilizarán la Guía para implementar el modelo. Es necesario aclarar que las estrategias que aquí se proponen son recomendaciones y alternativas que permiten apoyar la atención psicosocial ya sea remota o presencial. Cada una de las personas de los equipos pueden utilizar estas alternativas o crear las suyas siempre y cuando cumplan con los objetivos de la atención.

Antes de comenzar la aplicación de esta Guía de trabajo con sobrevivientes de VBG, **migrantes y refugiadas**, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Garantice objetividad con las personas que solicitan ayuda, cuidando de no caer en estereotipos, prejuicios y evite hacer juicios de valor.
- Asegúrese de haber leído toda la Guía y tener un nivel adecuado de comprensión del modelo, de cada uno de los conceptos y de las estrategias que aquí se proponen.

- Asegúrese de haberse familiarizado con todos los ejercicios, instrumentos, herramientas y demás componentes de la Guía que le facilitan la atención psicosocial de las sobrevivientes de VBG.
- En la atención psicosocial focalizada, estructurada y no especializada a sobrevivientes de VBG usted debe estar informado(a) sobre los conceptos generales de los hechos victimizantes relacionados con la tipología de la VBG, así como, de los riesgos y las consecuencias de estos ([ver enlace](#)).
- De otra parte, debe conocer las rutas y programas de atención a sobrevivientes de VBG de carácter institucional en el nivel local, para la notificación a las entidades competentes y así garantizar el cumplimiento de la normatividad específica. Asimismo, debe conocerse la ruta de remisiones o derivaciones que aplica para **la población refugiada y migrante de Venezuela** y las barreras de accesibilidad que se presentan para servicios estatales. Por lo tanto, debe tenerse especial conocimiento de la **ruta para acceder a servicios disponibles por actores de la sociedad civil para la población refugiada y migrante**. Además, se deben conocer las competencias de cada una de las instituciones en donde usted se encuentre y revisar el mapeo institucional correspondiente.
- Es importante analizar sus competencias personales, su historia previa y las creencias individuales que tiene sobre la VBG y sobre las personas que la padecen. Es muy importante que los responsables de esta atención miremos con detenimiento lo que sentimos y pensamos frente al sufrimiento emocional de otros y reflexionar sobre que tanta capacidad tenemos para contener emocionalmente a una sobreviviente, esto debido a que los casos que se atienden son de intensidad alta y la preparación personal y las actitudes son las que definen una atención efectiva.
- En este caso de la atención psicosocial remota se sugiere que los equipos manejen de manera efectiva los medios remotos de atención que se proponen (WhatsApp, correo electrónico, comunicación a través del teléfono móvil, video llamada u otros medios de comunicación). Es necesario, también, tener en cuenta todas las consideraciones para garantizar la seguridad, confidencialidad y respeto por la dignidad de las sobrevivientes de VBG.³¹
- Para atender sobrevivientes de VBG que se encuentran en **situación de migración o refugio**, se recomienda tener claridad sobre la normativa migratoria del país, los conceptos asociados, y los principios de protección frente a estas poblaciones, que se encuentran en el modelo general ([ver enlace](#)). Cada país tiene permisos especiales de permanencia y es preciso recordar que la vulnerabilidad en estas poblaciones está asociada al estatus migratorio y no a la misma condición de migración. Asimismo, debe tenerse en cuenta la red de prestadores de servicio que atienden a la población refugiada y migrante y personas sin documentación.
- Para atender a sobrevivientes de VBG con orientación sexual o identidad de género diversa, se recomienda tener información sobre las medidas de protección que se tienen a nivel local y los recursos con los que se cuenta para la atención específica. Vale recordar que uno de los grupos más vulnerables, en condiciones de emergencias, **son las mujeres trans** y particularmente aquellas que se encuentran en situación de prostitución.
- Es necesario, relevante y pertinente contar con el consentimiento de la sobreviviente para la atención. Se incluye en el Anexo 1., un modelo de formato de consentimiento para ser utilizado por el operador y conservarlo en los archivos confidenciales, respetando los principios éticos de toda intervención psicosocial³²
- Es necesario contar con un trabajo individual y personal dentro de grupos y equipos de atención psicosocial para garantizar la objetividad y analizar las acciones desarrolladas para retroalimentar el trabajo y contar con apoyo en las decisiones que se tomen sobre los casos específicos.
- Es necesario que el equipo de atención psicosocial cuente con un proceso de supervisión técnica permanente por parte de un profesional experto para avanzar en la formación y análisis de casos. Es relevante que este trabajo de supervisión sea sistematizado continuamente por el equipo para identificar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas desde cada uno de los miembros del equipo.
- Es necesario hacer revisiones constantes del síndrome de agotamiento para determinar su capacidad personal, manejo del tiempo, resiliencia y afrontamiento personal.
- Para garantizar la acción sin daño, se recomienda que los miembros de los equipos de atención psicosocial estén en permanente formación técnica y estén alerta a las evidencias y avances reportados en la literatura sobre la viabilidad de estrategias útiles para la atención psicosocial.

31 Se recomienda revisar la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020) o las diferentes alternativas que existen en este sentido.

32 Si se quiere puede utilizar el formato recomendado en la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020).

7.2 PASOS PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A SOBREVIVIENTES DE VBG EN MODALIDAD REMOTA.

A continuación, se describe el paso a paso de la atención psicosocial presentado en la figura 7, que tiene como fin facilitar la atención y las acciones con las sobrevivientes de manera técnica, estructurada, oportuna y efectiva para lograr su bienestar psicosocial.

El contacto con las personas que serán atendidas implica una serie de pasos que organizan las acciones y las actividades para lograr resultados óptimos. La atención planeada y estructurada facilita la atención y, sobre todo, permite identificar avances en cada caso y revisar las lecciones aprendidas; la VBG es altamente compleja aún más en las poblaciones con necesidades especiales. Es compleja en la medida en que es dinámica, varía de acuerdo con los diferentes contextos, responde a normas sociales enraizadas en las diferentes culturas y su valoración depende, por lo general, de observadores externos. Adicionalmente, en muchas ocasiones las personas sobrevivientes no reconocen con facilidad que son victimizadas, por lo tanto, el proceso de buscar ayuda es muy demorado. En cuanto a las poblaciones con necesidades especiales como las migrantes y las refugiadas, la situación de violencia basada en género es aún más difícil, debido a que por temor a que sean identificadas en situación irregular y sean estigmatizadas, estas víctimas no buscan ayuda y mucho menos hacen la denuncia.

El proceso de valoración ([ver enlace](#)) debe iniciarse desde el comienzo de la atención, porque desde el primer contacto es necesario identificar la situación actual de la persona que necesita nuestra atención focalizada y estructurada.

PARA TENER EN CUENTA

*Hay que recordar que la **violencia de pareja** es uno de los estresores más severos que una persona puede experimentar en su vida y que tiene consecuencias en la salud mental. Algunas de las reacciones asociadas a la angustia psicológica que aparece después de haber sido victimizada una persona son, por ejemplo, el miedo, la tristeza, el sentirse agobiada o paralizada, la auto culpabilización, la vergüenza, las pesadillas, los trastornos del sueño, la disociación, el aislamiento y la evitación. Estas situaciones son normales y esperadas después de haber sido expuesto a una situación potencialmente traumática que pueden disminuir con el tiempo, para lo cual es necesario un apoyo psicosocial efectivo ya que las sobrevivientes se recuperan si se sienten seguras, comprendidas por personas en quienes confían y reciben atención emocional adecuada. Es necesario tener en cuenta el factor de escalamiento ya que esto empeora la situación **World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2019).***

FIGURA 8.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EN CADA UNO DE LOS PASOS DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL REMOTA



Fuente: Elaboración propia

7.3 CONTACTO INICIAL.

El objetivo del contacto inicial es establecer una conexión con la sobreviviente que solicita el servicio, de manera empática, amable y segura. En esta sesión es importante tener en cuenta las mejores estrategias para:

- Hacer un contacto, encuadre y compromiso
- Lograr la estabilización emocional si es el caso
- Realizar una contención focalizada
- Hacer un Triage de riesgo y un tamizaje de la situación actual

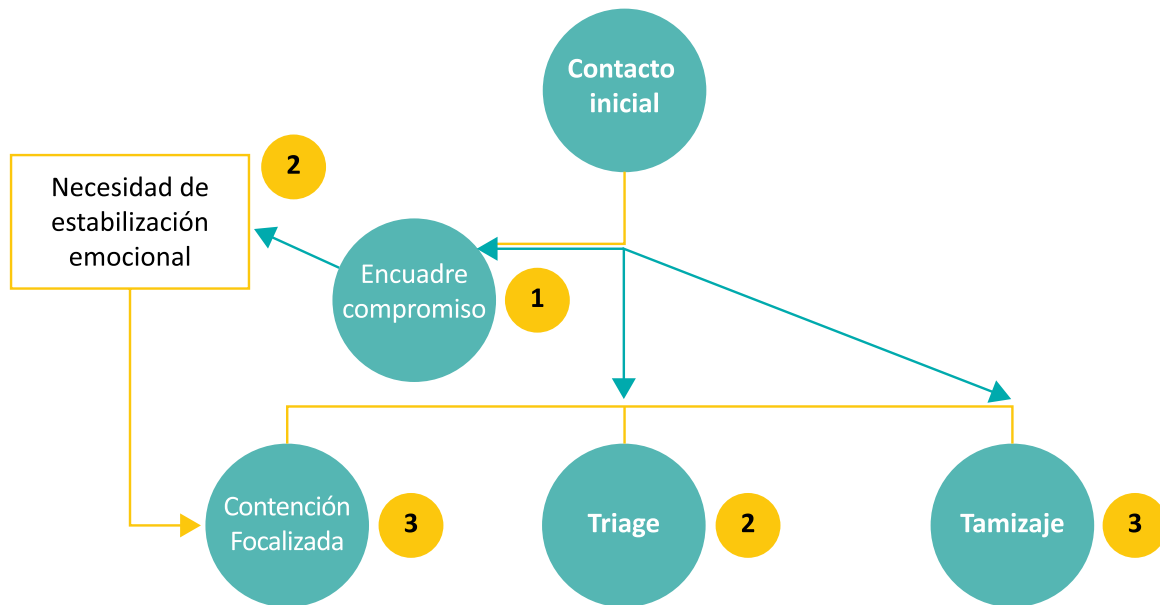
Tener en cuenta que en la [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\)](#) en la página 44, se hace énfasis en la importancia de crear, desde el primer contacto, un ambiente de confianza y seguridad con la sobreviviente transmitir calidez y empatía para compensar los límites y las barreras de la comunicación remota.

Lo que se debe hacer	Lo que no se debe hacer
<p>Darle la bienvenida a las sobrevivientes y hacerla sentir de manera segura</p>	<p>No juzgar ni culpar a las sobrevivientes</p>
<p>Escuchar a la sobreviviente y solo hacer aquellas preguntas que sean relevantes, no intrusivas, sin juicios de valor y solo para hacer aclaraciones</p>	<p>No presionar a la sobreviviente para dar más información de la que ya ha proporcionado</p>
<p>Asegurarle a la sobreviviente que siempre la culpa es del agresor y nunca la culpa es de la sobreviviente</p>	<p>No justificar al agresor por sus acciones o recomendar a la sobreviviente que perdone o que olvide lo que ha sucedido</p>
<p>Dar información realista, completa y honesta sobre la disponibilidad de los servicios, así como de las consecuencias potenciales y los beneficios de acceder a estos.</p>	<p>No utilizar lenguaje popular, pero tampoco lenguaje médico o técnico incomprensible para la sobreviviente.</p>
<p>Empoderar a las sobrevivientes para ayudarlas a tomar decisiones informadas</p>	<p>No decirle a la sobreviviente qué debe hacer, ni poner ejemplos de otros casos que puedan influir en sus decisiones.</p>

Tomado de: GBV Subcluster (2018) Standard Operating Procedures for Gender-Based Violence Prevention and Response.

FIGURA 9.

DIAGRAMA CORRESPONDIENTE AL CONTACTO INICIAL



Fuente: Elaboración propia

El paso **1**, el del contacto inicial tiene que ver con el encuadre y el compromiso para la atención. Si en este punto se encuentra una situación de inestabilidad emocional por parte de la persona que solicita el servicio se continúa con el número **2** que se refiere a la necesidad de la estabilización emocional solicitada. Y de allí al número **3** que se refiere a la contención focalizada que será explicada y ampliada posteriormente.

Si en el paso **1** la sobreviviente no necesita este apoyo se continúa, con los pasos **A** (Triage) y **B** (Tamizaje).

El objetivo del paso de **contacto, encuadre y compromiso** es el de facilitar la interacción con la sobreviviente de una situación de VBG, basada en la información relevante, la confianza, la empatía y la participación.

El **contacto** debe tener en cuenta las habilidades del operador(a) para lograr la atención de las personas que atenderá, demostrar dominio de manera que proyecte credibilidad y confianza en los demás. En este contacto se debe llevar a cabo lo siguiente:

- Introducir el servicio de atención remota, se debe explicar que será realizado por un profesional o un experto(a) debidamente capacitado(a) en el tema de la VBG en el contexto de las emergencias y en la utilización de la modalidad remota.
- Garantizar que es una atención de calidad con un tiempo determinado que busca el bienestar psicosocial de las personas sobrevivientes.
- Es importante resaltar que no es un proceso terapéutico.
- Es relevante informar sobre los derechos de las personas sobrevivientes y el consentimiento informado, que es el mecanismo de aprobación por parte de la sobreviviente de la atención psicosocial.
- Guía Interagencial de gestión de casos de VBG (2017)

Por otro lado, el **encuadre** hace referencia a las normas y pautas que se establecen para la atención tanto de tiempo, duración y medio de atención, así como, de los objetivos de la atención que se ofrece. Finalmente, los **compromisos** son los acuerdos que deben asumir tanto los operadores(as) como las personas que serán atendidas, según los requerimientos del proveedor del servicio.

Recomendaciones para el Contacto Inicial

El primer contacto es generalmente una entrevista inicial (Ejemplo en construcción) para establecer vínculo. Busque el espacio más adecuado, pues es necesario reducir las interferencias. Dependiendo del medio que se utilizará para la comunicación, revise que sea un espacio en donde tanto usted como la sobreviviente tengan la mayor concentración posible. No atienda llamadas personales ni profesionales de índole alguna.

Tenga en cuenta el nivel y la capacidad de transmitir información de la sobreviviente, así como, su capacidad para hablar de sus sentimientos durante el proceso de contacto inicial.

Tenga en cuenta las condiciones culturales y de contexto de la sobreviviente, así como su nivel educativo.

Deberá utilizar un lenguaje comprensible y sencillo. Se recomienda utilizar un lenguaje apropiado, según el nivel de vocabulario de la persona sobreviviente.

Para lograr un ambiente de confianza en la conversación, debe ser cuidadoso(a) con su actitud la cual debe ser respetuosa, amistosa y abierta; debe hablar claramente y en un tono adecuado que propicie la comunicación.

Es necesario establecer los límites (se especifica en el punto de encuadre) y observar los códigos de ética propios de la atención³³.

Recuerde que se pueden presentar dificultades para obtener información cuando los niños, niñas y adolescentes, así como sus familias y comunidades están en situación de conflicto o crisis por lo que se debe retomar en el momento en el que tal situación no se presente.

Es importante escuchar; es decir, concentrarse en lo que dice la sobreviviente, prestando siempre atención a lo que menciona y transmite con sus expresiones verbales. En caso de que se logre una atención presencial es relevante observar la comunicación corporal y gestual de la sobreviviente. Adicionalmente, es importante que también haya una auto observación del operador (a) de la atención psicosocial.

La UNFPA (2020) recomienda tener en cuenta aspectos importantes sobre las formas de comunicación, la circulación de la información y la confidencialidad. Por favor lea con cuidado.

“La sobreviviente debe ser informada sobre los riesgos específicos que se corren en la modalidad de apoyo remoto respecto a la seguridad de la información (p. ej., el riesgo de la suplantación de la identidad, el riesgo de que otras personas accedan a la información a través del dispositivo de la sobreviviente o del dispositivo de la operadora, entre otros).

- Los Riesgos asociados a la confidencialidad son, por ejemplo, aquellos derivados de cómo se guarda y se protege la información). Por tanto, la sobreviviente debe recibir

nociones básicas sobre el uso seguro de la plataforma de comunicación utilizada (p.ej. cómo borrar el historial).

- Establecer un código de comunicación entre la operadora y la sobreviviente para que ella pueda informar si es seguro hablar.
- Establecer un código de comunicación para verificar la identidad de la sobreviviente.
- Acordar un protocolo en caso de pérdida de contacto y de emergencia” [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\) p.44](#)

³³ Tener en cuenta lo contemplado en la [Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG \(UNFPA, 2020\)](#) y en la [Guía interagencial de gestión de casos de VBG\(2017\)](#).

¿En qué consiste el contacto, el encuadre y el compromiso?

El contacto, el encuadre y el compromiso se fundamentan en el desarrollo de las habilidades sociales y de interacción para llevar a cabo el contacto que, a su vez, se estructura en cuatro componentes básicos que son: 1) *presentación e información*, 2) *generación de confianza*, 3) *establecimiento de empatía* y 4) *participación*. Lo esencial en este paso es establecer relaciones basadas en la **confianza, la empatía y el valor por el otro** es lo que asegura la atención psicosocial efectiva.

Estos componentes suponen un dominio de las habilidades sociales básicas y avanzadas por parte de los operadores de la atención psicosocial. Implica un manejo apropiado de: a) el contacto visual, la postura física (en caso de que se haga atención presencial el manejo del lenguaje y el tono de la voz. b) el manejo de habilidades tales como la empatía y la generación de confianza, tienen que ver con la neutralidad del profesional, con la actitud positiva de escucha atenta y activa, así como, de la actitud de no-discriminación, exclusión ni enjuiciamiento, lo cual es especialmente importante más específicamente en aquellos casos de VBG en los que se manejan mitos que, en su mayoría, llevan a atribuir a la sobreviviente una responsabilidad en el conflicto que “desató” o precedió a la violencia, y que en todos los casos es inexistente. Además, existe una serie de estereotipos en relación, particularmente, con los roles de género, los temperamentos, las actitudes y los comportamientos de los hombres y de las mujeres que deben ser eliminados por parte del operador.

74 PASOS PARA EL CONTACTO, EL ENCUADRE Y EL COMPROMISO

Presentación e información

- Haga una aproximación respetuosa a la persona, pregúntele el nombre y como prefiere que se le llame.
- Infórmele a la sobreviviente quién es usted: su nombre y la actividad que desempeña y la organización a la que pertenece.
- Pregunte si la sobreviviente considera que usted puede ser de ayuda y pregunte si se siente cómoda hablando por teléfono o prefiere utilizar otro medio como el correo electrónico o el WhatsApp.

- No presione a la sobreviviente a hablar, dele el tiempo suficiente
- Escuche atentamente cuando ella quiera hablar.
- Puede empezar por hacer una pregunta abierta y neutra que la invite a contar su historia. Es importante escuchar; es decir, concentrarse en lo que se dice y lo que no se dice.
- Describa brevemente su trabajo y qué tipo de actividades va a desarrollar con la sobreviviente.

Establecimiento de empatía

- Utilice el lenguaje apropiado teniendo en cuenta las características de la sobreviviente y del caso y las condiciones de este. Es necesario hablar claramente utilizando un tono tranquilizador, pausado e informándole que entiende lo que está pasando, en todo momento.
- Demuestre interés por la persona y centre las preguntas orientándolas a los gustos, los intereses y las motivaciones de la sobreviviente.
- Cuide la comunicación teniendo en cuenta que se puede iniciar con narrativas de las experiencias difíciles y dolorosas.
- Utilice afirmaciones que contribuyan a la recuperación como, por ejemplo: *“me alegra que haya llamado”*; *“estamos aquí para ayudarle en todo lo que esté a nuestro alcance”*; *“has sido muy valiente en solicitar nuestro apoyo”*. Al momento en que ella cuente su historia, utilice afirmaciones como: *“yo te creo”*; *“siento mucho que hayas tenido que pasar por esto”*; *“no es tu culpa”*.

Generación de confianza

- Establezca una comunicación efectiva con la sobreviviente especificándole el tiempo y el espacio que se dará durante esta comunicación.
- Escuche atentamente a la sobreviviente y conteste las preguntas que ella tenga sobre la entrevista.
- Muestre respeto por sus características personales y culturales.
- Haga contacto, mirar a los ojos, sonreír, revisar expresión corporal, en caso de que se logre la presencialidad.
- Hacer preguntas relevantes.
- Tiempo estimado para generar confianza: dos encuentros.

Participación

- Infórmele a la sobreviviente en qué consiste la atención psicosocial remota mostrándole las ventajas y los beneficios, así como las limitaciones que tiene.
- Establezca alternativas para continuar con la atención psicosocial.
- Pregunte a la sobreviviente si desea recibir la atención psicosocial con el operador asignado.
- Esté atento(a) al cansancio de la sobreviviente en el curso de cada encuentro.
- Si se demora más de 50 minutos, es necesario hacer pausas para no agotar a la persona.

- Si es necesario antes de cerrar, dé un tiempo prudente para que la sobreviviente se recupere de cualquier situación. Si es necesario haga preguntas que le permitan la transición como “qué planes tienes para el resto del día”, “qué puedes hacer después para relajarte” etc.

A continuación se presentan algunas alternativas y recomendaciones en el manejo de las preguntas y el uso del lenguaje, teniendo en cuenta que los operadores deben fortalecer las habilidades de comunicación oral y escrita. En el caso del uso del correo y del WhatsApp es relevante tener mucho cuidado con la redacción y tratar de enviar mensajes cortos, claros y precisos. Recuerde que se pueden dar malas interpretaciones y tener un efecto adverso.

PARA TENER EN CUENTA

Utilice lenguaje y entonación apropiados: Lo indicado es usar vocabulario sencillo, preciso y con oraciones cortas (por ejemplo, utilizar el término triste y no deprimido o feliz en lugar de entusiasta).

Evite preguntas tendenciosas: evite inducir alguna respuesta en la sobreviviente, por ejemplo, no le diga “hablemos sobre las cosas malas que te han pasado” o “o de las experiencias que has tenido, cuál te gustaría compartir conmigo”

Esté abierto(a) a lo que la sobreviviente le dice: significa que no debe ignorar la información suministrada, obtener un relato lo más completo posible, sin interpretar lo que haya sucedido.

Haga comentarios descriptivos: consiste en comentar acerca de las cosas que le ha mencionado de manera descriptiva. Los comentarios descriptivos también transmitirán que la gestora y/o profesional responsable de la atención psicosocial ha puesto atención y que para ella es importante la historia y la experiencia de la persona sobreviviente.

Evite comentarios críticos: En caso de que la sobreviviente tenga alguna actitud que se refleje en sus verbalizaciones y que interfiera con la atención, por favor, invítela a que exprese lo que está sintiendo acerca de la conversación y de forma comprensiva y compasiva intente lograr el objetivo del encuentro. Puede interrumpir la conversación para evaluar qué está sucediendo.

Formule preguntas hipotéticas o subjuntivas: (solo cuando sea necesario) esta estrategia es usada cuando a la sobreviviente se le dificulta la comunicación y no responde a las preguntas realizadas. Algunos ejemplos son: “imagina que:”, “si fueras...”, “¿qué pasaría si tú...?”, etc. Estas preguntas ayudan a distanciar la emocionalidad frente a situaciones dolorosas y hace más probable que la persona responda.

Reconozca la incomodidad de la sobreviviente: Es importante estar atento(a) al contenido del lenguaje, al tipo de palabras que utiliza ya sea verbalmente o en mensajes escritos y al lenguaje no verbal (cuando se logre hacer una atención presencial). Cuando la sobreviviente se siente particularmente incómoda y si el malestar no se reduce por sí solo e incluso si la angustia aumenta, es recomendable cambiar de tema y retomarlo posteriormente, si es posible.

PARA TENER EN CUENTA

Comprenda y utilice el silencio: durante la atención se pueden presentar pausas largas o sobrevivientes silenciosas y poco comunicativas. Algunas de las razones que pueden provocar esta situación son resistirse a responder las preguntas o a participar en el proceso de atención, estar atemorizado, desear hablar, pero no saber qué decir, necesitar tiempo para organizar las ideas para expresarlas, sentir poca confianza o vergüenza por su situación. Es importante identificar las razones para el silencio y, a partir de ellas implementar algunas de las siguientes estrategias: volver a explicar el objetivo de la atención y una vez lo comprenden y retoman la confianza se vuelve a empezar, o aceptar el silencio y respetar los tiempos de la sobreviviente.

CONTACTO INICIAL- RECOMENDACIONES GENERALES

- Evite dar información incorrecta
- Evite hacer promesas que no están dentro de su competencia.
- Evite exagerar sus habilidades y formas de actuación
- Evite tomar la actitud de minimizar la situación o de lástima hacia la persona sobreviviente
- Evite minimizar el estado de activación emocional de la persona sobreviviente
- Es recomendable, establecer límites para no caer en una actitud intrusiva y de presión.
- Evite discutir las necesidades de las personas sobrevivientes desde su propia perspectiva.
- Se debe mantener la confidencialidad de la información que usted ha recibido.
- Evite hacer juicios de valor sobre los comportamientos y sentimientos de las sobrevivientes

Si en este paso se identifica que la persona requiere una estabilización emocional se deben llevar a cabo los pasos que aparecen en el recuadro que se presenta a continuación. Es importante tener en cuenta que en este momento no se debe preguntar sobre la experiencia potencialmente traumática, sino que se deben orientar las acciones a disminuir las reacciones desestabilizadoras. No se debe presionar a la persona para que hable sobre lo que le ha sucedido.

PARA TENER EN CUENTA: LA ESTABILIZACIÓN EMOCIONAL

- Desde el primer momento es importante escuchar a la persona sobreviviente aunque no hable, debe esperar a que la persona logre hablar y solamente recordar que el operador de atención psicosocial está ahí para atenderla y esperará el tiempo necesario.
- En caso de que la sobreviviente se encuentre muy alterada, es importante normalizar la situación y comentar que es natural que se sienta de esa forma debido a su situación.
- Informar que sabe que la persona puede tener sensaciones mezcladas entre la vergüenza, la culpa, la desesperanza y la rabia. Que está bien sentir eso, pero que poco a poco se va a ir aclarando la situación.
- Puede llevarla a que piense en una situación agradable que la haga sentir cómoda, puede ser pensar en algún sitio agradable
- Puede practicarle la respiración diafragmática (para estabilizar la respuesta fisiológica), o la técnica de auto verbalizaciones para identificar formas de pensamiento inapropiadas que no le permiten percibir el entorno en forma real y prospectiva. Es importante tener en cuenta la forma de VBG a la que ha estado expuesta y el nivel de exposición. En el caso de violencia sexual es importante seguir la gestión de casos a fin de proteger a la sobreviviente.

7.5 CONTENCIÓN FOCALIZADA

La contención focalizada es un procedimiento utilizado en diferentes modelos de atención psicosocial que hace referencia a la vinculación emocional y a la toma de conciencia para la acción. Es focalizada, porque se centra en las emociones, la experiencia y la relación entre ambas e implica: 1) prestar atención, 2) empatizar y 3) validar los sentimientos y la percepción que tiene de sí misma la sobreviviente (Greenberg, Elliot y Pos, 2009).

La contención focalizada se diferencia de la intervención en crisis, ya que la primera es un procedimiento preliminar relacionado con la situación de estar en necesidad de ayuda, por lo que, aunque aún no se haya especificado el motivo por el cual la sobreviviente necesita esta ayuda, es un paso necesario para la estabilización emocional y puede ser realizado por profesionales o por operadores que tengan la capacidad de contener a otro sin necesidad de iniciar una intervención en crisis o una asistencia propiamente dicha.

La contención se basa en la capacidad de dar información relevante y pertinente sobre la situación de la persona; así como, en la capacidad de escuchar o de acompañar de manera genuina a una sobreviviente en un proceso de transición. Se lleva a cabo en los pasos que se describen a continuación:

7.6 PASOS PARA LLEVAR A CABO EN LA CONTENCIÓN FOCALIZADA

Definir prioridad de atención

- La prioridad de la atención se define en función de varios criterios: 1) tiempo transcurrido entre el evento y el momento de la atención, 2) el estado actual de la sobreviviente (agitación, alteración evidente, incapacidad de respuesta) 3) disponibilidad de recursos en el momento de recibir la atención, 4) el nivel de acumulación de eventos potencialmente traumáticos.

Delimitar niveles de severidad de la(s) experiencias adversas

- Delimite el nivel de severidad de la violencia basada en género (anexo en construcción) para definir áreas de intervención y urgencia de contención. Cada uno presupone un nivel de severidad diferente, por lo tanto, un nivel de atención específico.

- Analice el impacto emocional de las agresiones en primer momento, el cual debe ser profundizado en el paso del tamizaje y, posteriormente, de la valoración de las necesidades psicosociales.

Determinar nivel de comprensión del episodio /Analizar capacidad de expresión y comunicación del evento

- Establezca el nivel de comprensión y asimilación del episodio o episodios por parte de la sobreviviente.
- Identifique el nivel y manejo del lenguaje y expresividad.
- Determine la capacidad de expresión emocional y respaldo afectivo.

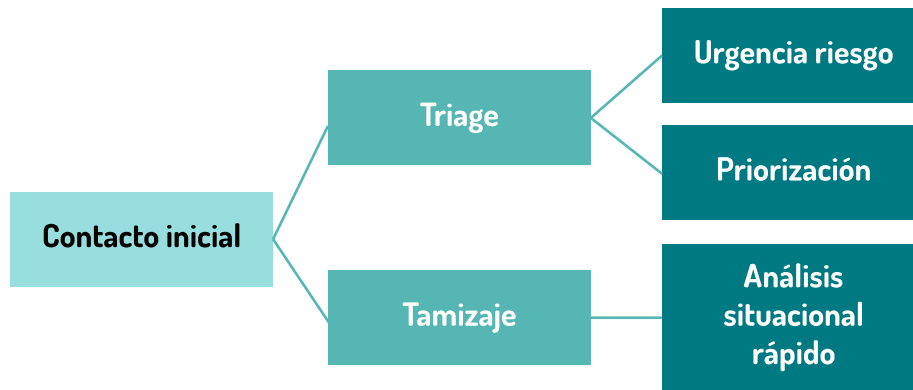
Contención integral-focalizada.

- **Informar** sobre la VBG y las consecuencias de esta, sin dar detalle, pero haciendo énfasis en lo importante de la atención psicosocial en estos casos.
- **Validar:** Explicar a la sobreviviente que, es normal que, las personas que han sido expuestas a eventos como los que ellas han sufrido sientan lo que ellas están sintiendo. Por ejemplo, deseos de hablar del tema o por el contrario deseos de evitar hablar sobre lo sucedido hasta que se sientan seguras de hacerlo.
- **Normalizar:** Explicar a las sobrevivientes que las sensaciones de malestar, si las experimentan, son probablemente resultado o reacciones a las experiencias que han vivido
- **Describir:** describir algunos de los posibles malestares que puede experimentar a través de la entrevista.
- **Explorar:** si considera que necesita atención y si está dispuesta a recibirla.

Si las sobrevivientes no necesitan estabilización emocional a través de la contención focalizada, se continua con las otras dos acciones necesarias en este contacto inicial; uno de estos es el Triage y el otro, el Tamizaje o *Screening*, tal y como se observa en la siguiente Figura 9.

FIGURA 10.

DIAGRAMA DE UBICACIÓN DEL TRIAGE Y DEL TAMIZAJE



Fuente. Elaboración propia

7.7 TRIAGE EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL COMO PARTE DEL PROCESO DEL CONTACTO INICIAL:

El Triage es un proceso de clasificación de los casos de sobrevivientes de VBG. En el aparte anterior, se habló de determinar la severidad del caso con la contención focalizada, pero este punto se refiere a determinar tres elementos: 1) la urgencia debido al riesgo, 2) la letalidad y 3) la priorización de la atención. Esta guía contempla hacer una clasificación de acuerdo con el riesgo asociado a la experiencia de la VBG y el riesgo relacionado con el bienestar psicosocial de la sobreviviente.

PARA TENER EN CUENTA

El triage se refiere a como escoger, separar, o clasificar. El concepto fue desarrollado en su momento por la medicina de guerra y catástrofes para la rápida selección de heridos y se ha generalizado posteriormente para toda la medicina de urgencias.

Las definiciones del proceso de Triage son difíciles, en un primer momento se definió como un proceso de categorización dinámica de la asistencia a heridos y lesionados basado en el pronóstico de sus lesiones y en su probabilidad de supervivencia.

Esto dio paso a su uso como concepto civil como, por ejemplo, en la definición de Cook y Sinclar en la que establecen que “el triage sería el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada al Servicio de Urgencias para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con las prioridades de su cuidado”.

Así pues, el Triage ha pasado a convertirse en un proceso dinámico de decisión que define la prioridad de asistencia a pacientes según su estado. Esto no solo se refiere a la urgencia, en tiempo de asistencia, sino también al uso adecuado de los medios asistenciales disponibles. Se trata de mejorar y adecuar la asistencia de urgencia según la necesidad “cuidar que la persona adecuada reciba la asistencia adecuada en el lugar adecuado y por los motivos adecuados”.

Este proceso dinámico es realizado de modo habitual por el personal de enfermería, lo que ha dado lugar al Triage comprensivo, el cual, se trata de un tipo de sistema más avanzado, que ha sido desarrollado en los Estados Unidos

[Modelos de Triage en Salud Mental \(2007\).](#)

PARA TENER EN CUENTA: MODELO AUSTRALIANO DE TRIAGE EN SALUD MENTAL

El modelo australiano de Triage en Salud mental incluye cinco categorías en sus descriptores

Nivel 5 (Atención inmediata por parte del personal especializado) Trastorno severo del comportamiento con amenaza inmediata de violencia extrema.

Nivel 4 (Atención inmediata por parte del personal especializado en 10 minutos) Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: violento o agresivo, amenaza inmediata para sí mismo u otros, requiere o ha requerido contención tanto física como química o de otro orden, agitación o agresividad severa.

Nivel 3 (Atención por parte del personal especializado en 30 minutos) Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: muy apenado/afectado, riesgo de daño hacia sí mismo, psicosis aguda o desórdenes graves del pensamiento, crisis circunstancial, daño deliberado hacia sí mismo, agitado/retraído, potencialmente agresivo.

Nivel 2 (Atención por parte del personal especializado en 60 minutos) Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: problema de salud mental semi-urgente, ningún riesgo inmediato de daño a sí mismo o a otros bajo observación.

Nivel 1 (Atención por parte del personal especializado) Alteraciones del comportamiento y psiquiátricas: Paciente conocido con síntomas crónicos, crisis social, paciente clínicamente asintomático

[Modelos de Triage en Salud Mental \(2007\).](#)

ALGUNOS DE LOS RIESGOS QUE POSIBLEMENTE SE PUEDEN IDENTIFICAR, SON:

Nivel 5. Riesgo a sufrir una agresión por parte de la pareja o expareja que amenace su vida, al punto de ser asesinada y/o riesgo a que su expareja o pareja le haga daño físico a ella o a sus hijos.

Nivel 4. Riesgo o amenaza por parte de su pareja o expareja de llevarse los hijos sin el consentimiento de la sobreviviente.

Nivel 3. Riesgo o amenaza por parte de su pareja o expareja de hacerle daño a sus familiares.

Nivel 2. Está en riesgo de sufrir amenazas y/o está en riesgo de sufrir insultos, de que sea acusada de cometer acciones que no comete.

Nivel 1. Está en riesgo de ser acosada por su pareja o expareja.

Para efectos de este modelo, en el riesgo psicosocial se proponen las siguientes categorías:

Nivel 5. En el momento de la atención está en extrema angustia o en estado emocional difuso, con ideación suicida persistente con planeación previa. Variabilidad extrema en el estado de ánimo o en posible no reactividad frente al medio externo

Nivel 4 Presenta estados emocionales extremos, además de los indicadores descritos en los niveles 1 y 2; tiene ideas suicidas: no ha planeado nada, pero considera el suicidio como una opción para resolver su situación.

Nivel 3. En el momento de la atención además de los indicadores correspondientes al nivel 2, presenta alteraciones severas en el sueño, problemas somáticos recurrentes y de alta intensidad, ansiedad constante que interfiere con su nivel de productividad y en las relaciones con su entorno.

Nivel 2. En el momento de la atención presenta preocupación en exceso y algo de angustia que incide en quejas somáticas y dificultad para dormir, entre otros. Además, reporta variabilidad en los estados de ánimo que inciden en su productividad y en el desarrollo de sus actividades cotidianas

Nivel 1 En el momento de la atención no presenta angustia, ni reporta un estado de desasosiego incontrolable o miedo intenso que le impida llevar a cabo sus actividades diarias. Pero ha estado expuesta a situaciones de VBG y tiene preocupaciones constantes relacionadas con su situación.

Estas categorías son ejemplos, se deben consultar las escalas de riesgo como las descritas en el MhGAP

[OMS \(2017\) MhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings](#)

Evidentemente, si la sobreviviente que se está atendiendo clasifica en el Triage, entre 4 y 5 para riesgo de VBG y entre 4 y 5 para nivel de estado psicosocial, no podrá beneficiarse de la atención en modalidad remota. Si en la calificación de riesgo no se identifica en una situación de urgencia o riesgo en todos los casos se recomienda seguir a la fase de tamizaje y evaluar funcionamiento general y sensibilizar sobre la VBG.

FIGURA 11.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL.

5	<p>RIESGO ALTO EN SALUD MENTAL</p> <p>En el momento de la atención está en extrema angustia o en estado emocional difuso, con ideación suicida persistente con planeación previa.</p> <p>Variabilidad extrema en el estado de ánimo o en posible no reactividad frente al medio externo</p>
4	<p>RIESGO ALTO EN SALUD MENTAL</p> <p>Presenta estados emocionales extremos, además de los indicadores descritos en los niveles 1 y 2, tiene ideas suicidas, no ha planeado nada, pero considera el suicidio como una opción para resolver su situación.</p>
3	<p>RIESGO MEDIO EN SALUD MENTAL</p> <p>En el momento de la atención, además de los indicadores correspondientes al nivel 2, presenta alteraciones severas en el sueño, problemas somáticos recurrentes y de alta intensidad, ansiedad constante que interfiere con su nivel de productividad y en las relaciones con su entorno.</p>
2	<p>RIESGO MEDIO BAJO EN SALUD MENTAL</p> <p>En el momento de la atención presenta preocupación en exceso y algo de angustia que incide en quejas somáticas y dificultad para dormir, entre otros. Además reporta variabilidad en los estados de ánimo que inciden en su productividad y en el desarrollo de sus actividades cotidianas</p>
1	<p>RIESGO BAJO EN SALUD MENTAL</p> <p>En el momento de la atención no presenta angustia, ni reporta un estado de desasosiego incontrolable o miedo intenso que le impida llevar a cabo sus actividades diarias. Pero ha estado expuesta a situaciones de VBG y tiene preocupaciones constantes relacionadas con su situación.</p>

FIGURA 12.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO.

5	<p>RIESGO ALTO VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO</p> <p>Riesgo a sufrir una agresión por parte de la pareja que amenace su vida, al punto de ser asesinada y/o riesgo a que su pareja le haga daño físico a ella o a sus hijos</p>
4	<p>RIESGO ALTO VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO</p> <p>Riesgo o amenaza por parte de su pareja de llevarse los hijos sin el consentimiento de la sobreviviente</p>
3	<p>RIESGO MEDIO VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO</p> <p>Riesgo o amenaza por parte de su pareja o expareja de hacerle daño a sus familiares</p>
2	<p>RIESGO MEDIO BAJO VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO</p> <p>Está en riesgo de sufrir amenazas y/o está en riesgo de sufrir insultos, de que sea acusada de cometer acciones que no comete.</p>
1	<p>RIESGO BAJO BASADA EN GÉNERO</p> <p>Está en riesgo de ser acosada por su pareja o expareja.</p>

Fuente: Elaboración propia.

TENER EN CUENTA: LO QUE SE INCLUYE EN LA GUÍA.

Una vez establecido el nivel de riesgo del caso y si este es elegible para la prestación del servicio de manera remota, es importante que la persona sobreviviente conozca todas las modalidades de comunicación disponibles en el espacio de intervención. En algunos sitios donde el internet es muy limitado, no sería viable hacer uso de la video llamada, por ejemplo.

Es fundamental adaptar la modalidad de prestación del servicio remoto a las necesidades de la persona sobreviviente con la que se vaya a trabajar. Dejar que ella elija el método de comunicación más adecuado a su realidad. Para algunas personas, la llamada telefónica tampoco sería una opción, especialmente para aquellas mujeres que conviven con el agresor. En este sentido es importante que la entidad disponga de todas las alternativas necesarias para la prestación de los servicios³⁴.

34 Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020). Pag. 67.

Es importante tener en cuenta que los factores de riesgo son:

- Presencia de situaciones asociadas con un aumento en la probabilidad de que ocurra un determinado hecho, ya sea un acto de violencia física, sexual o de otra naturaleza.
- Aunque se presenten uno o más factores de riesgo que no necesariamente muestren una relación causal con los episodios de violencia, se debe, de todas formas, considerar la probabilidad de que estos sucesos asociados pueden aumentar el riesgo.

Riesgos

- Acceso / Propiedad de armas
- Uso de armas en incidentes abusivos previos
- Amenazas con armas
- Lesiones graves en incidentes de abuso anteriores
- Amenazas de suicidio
- Abuso de alcohol o drogas
- Sexo forzado
- Obsesión / celos extremos / dominio extremo (Campbell, 1995)

Tomado de: Lethality Assessment Tools: A Critical Analysis (February 2000) VAWnet: The National Online Resource Center on Violence Against Women.

Es importante identificar si la sobreviviente está expuesta a episodios de violencia de pareja. Uno de los retos actuales es que las mujeres no pueden asistir a las consultas de salud sexual y reproductiva y esto hace que no tengan acceso directo a ellas lo que dificulta la identificación. Por esto, es relevante tener herramientas desde la atención psicosocial que permitan identificar la situación de la persona que solicita apoyo a través de un medio del servicio remoto, particularmente, cuando estas mujeres están en situación de migración irregular, desplazamiento o refugio.

¿Cómo se detecta ese riesgo?

Muchas veces el tipo de queja con la que inician la conversación o la forma como hablan o los silencios que guardan pueden dar una clave. Es necesario tener en cuenta que pueden estar al lado de alguien, del mismo agresor o de alguien relacionado con el agresor por lo que debe ser cuidadoso(a) y se puede iniciar con una pregunta como:

- ¿Estás en problemas actualmente?
- ¿Estás teniendo problemas con alguien en este momento?

- Si es así podemos **definir una clave** para que me puedas informar y darte la ayuda que necesitas. Por ejemplo: Si estás teniendo problemas con tu pareja la clave podría ser: Debo ir al supermercado y no tengo tiempo. -Si tu pareja te está golpeando me puedes decir: debo ir al supermercado, pero no tengo tiempo, porque tengo mucho trabajo en casa.

- Y si tu pareja está dentro de la casa y no puedes hablar, me puedes decir: debo ir al supermercado, pero me gustaría ir cuando no haya muchas personas en el super.

- Es necesario considerar todos aquellos elementos que predicen un comportamiento violento. Por lo general, los agresores muestran algunos comportamientos asociados a su falta de control de impulsos por lo que se debe analizar qué dispara las acciones violentas y así predecir y mitigar el impacto o la frecuencia de los episodios violentos.

- Los procedimientos de valoración del riesgo de Violencia contra la pareja (VCP) para episodios futuros permiten individualizar las predicciones de la probabilidad de reincidencia de la violencia contra la pareja, y así se pueden predecir episodios posibles. [Instituto Nacional de Medicina Legal \(2014\)](#).

- Además de lo anterior, un elemento a tener en consideración es el juicio valorativo que hace la persona sobreviviente de su situación de victimización. En consideración al historial de violencia se sabe que, en los casos de violencia de pareja, cuando se ha dado ya la separación legal o de facto, tal situación aumenta el riesgo de la victimización y de la letalidad.

La identificación del riesgo es esencial en este aspecto, para poder tener una respuesta oportuna y eficaz en la prevención de acciones violentas contra las mujeres.

En este punto de la atención se debe llevar a cabo un plan de acción de seguridad, independientemente del nivel de riesgo en el que se encuentre la persona, teniendo en cuenta sus condiciones de sobreviviente de la VBG. Por favor revisar lo propuesto en la Parte A de este documento ([ver enlace](#)), revisar la guía de gestión de casos Guía Interagencial de gestión de casos de VBG (2017).

EJEMPLO DE PLAN DE SEGURIDAD A SER LLEVADO A CABO POR EL OPERADOR DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL.

PLAN DE SEGURIDAD

Pensar y buscar un lugar seguro para ir o pensar en personas que puedan apoyar en la protección



Solicítele a la persona sobreviviente que identifique qué lugar sería el más recomendable y seguro para ella, en caso de que necesite irse de su hogar de manera precipitada. Es importante que se evalúe el nivel de riesgo de los sitios seleccionados ya que, en muchas ocasiones, los sitios de familiares y amigos no son los más seguros.

Evalúe si en el nivel local donde habita la sobreviviente existe el recurso de casas de acogida o refugios (es importante, porque algunos países y ciudades y contextos de la región no cuentan con estos servicios esenciales o es posible que los existentes se encuentren cerrados por el contexto de la pandemia). Si existe es una opción viable y efectiva.

Si se encuentra en confinamiento es importante que cuente con una línea de atención a la mano, donde pueda llamar; en ese caso se debe recurrir a la alternativa más cercana disponible. Recuerde que hay que minimizar todos los riesgos posibles de una fatalidad o de que la sobreviviente sea víctima de cualquier tipo de daño. Se ha encontrado en la literatura que la cronicidad de la VBG no facilita la recuperación psicosocial de las sobrevivientes.

Tenga en cuenta que si la persona está en situación de migración irregular, el operador debe ayudar a identificar soluciones entre la oferta institucional con la que se cuente en el nivel local con respecto a la respuesta humanitaria y a los servicios que se proveen para poblaciones con necesidades especiales.

Si se encuentra en confinamiento, las posibilidades de abandonar el sitio amenazante son mínimas o casi nulas. En este caso se debe trabajar con la sobreviviente en:

- 1) buscar un lugar seguro dentro de la casa, puede ser otra habitación o el baño, en ningún caso la cocina, ya que allí se encuentran demasiados objetos que pueden ser utilizados para agredir.
- 2) informarle a la sobreviviente que debe tratar de guardar las llaves de las habitaciones para lograr poner llave y algún tipo de seguro si en un episodio extremo debe salvaguardar su integridad, mientras recurre a servicios de urgencia telefónicamente.
- 3) se debe recomendar a la sobreviviente si convive con el agresor que se asegure siempre de mantener su dispositivo móvil con carga suficiente y recarga para poder hacer llamadas. Asimismo, debe guardarse en la memoria del celular (si es necesario con códigos) números de policía, amigos y familiares o casas de acogida, entre otros que puedan ayudarle.
- 4) frente a la seguridad emocional se debe recomendar a la sobreviviente que mantenga la calma pensando siempre en dar pasos adelante del agresor y en practicar la respiración para lograr calma y tomar las mejores opciones en un momento de un ataque.

PLAN DE SEGURIDAD

Tener en cuenta las hijas y los hijos



Se debe evaluar el riesgo al que están expuestos las hijas e hijos que viven con la pareja y el grado de relación que guardan.

Se debe garantizar la protección de estos como una prioridad en todos los momentos de la vida. Por lo que es importante tener una opción clara de servicios para la protección de las personas sobrevivientes. Contar con los servicios sociales de protección para niñas y niños.

Medio de transporte



Es de alta relevancia contar con una alternativa de medio de transporte de confianza en el cual se pueda movilizar la persona en dado caso. Es por esto por lo que, debemos trabajar desde un primer momento para lograr la toma de decisiones y el reconocimiento de la situación de peligro en el que se puede encontrar una sobreviviente en particular.

En la mayoría de los casos no se identifican las opciones, pero una vez que hay más claridad sobre los riesgos, se logra llevar a la sobreviviente a identificar opciones y tomar decisiones seguras y confiables.

Elementos que se deben llevar



Al tener que salir de urgencia, por razones de seguridad, probablemente no hay mucho tiempo para pensar en algunas cosas fundamentales. Por lo tanto, se debe recomendar a la sobreviviente guardar en un lugar seguro o guardar con alguien de confianza lo esencial.

Esto es documentos personales de identidad propios y de las hijas e hijos. En la medida de la posible tener copias de éstos. Y si tiene un teléfono con cámara y es seguro tomar fotos y guardarlas en el mismo.

Lo mismo sucede con las llaves del sitio de residencia, es importante tener una copia de estas, de ser posible con alguien de confianza para evitar dificultades con la pareja o expareja al respecto.

Llevar un bolso, maleta o algo similar con ropa o utensilios de aseo sería conveniente, pero no es esencial y si puede aumentar el riesgo; esto depende de cada caso y debe decidirse en conjunto con el operador que apoya el caso.

Recursos financieros



Los recursos financieros son esenciales para poder abandonar un contexto inseguro. Es necesario identificar una manera para contar con algún recurso o con la posibilidad de lograr un apoyo en este sentido. En algunos países existe la posibilidad de beneficiarse de fondos específicamente pensados para estos casos, como es el fondo de OIM para asistencia a sobrevivientes de Trata y VBG para el caso de las personas refugiadas y migrantes de Venezuela.

Apoyo de personas cercanas



Es necesario trabajar con las sobrevivientes para identificar personas cercanas que puedan apoyar y auxiliar en un momento de alta intensidad, para que en estos casos llamen a los servicios de protección locales y se activen las rutas y la respuesta de emergencia correspondiente. O que sea un lugar donde ella pueda salir y estar por un tiempo determinado mientras se resuelve la situación.

7.8 TAMIZAJE COMO PARTE DEL CONTACTO INICIAL

De igual manera el tamizaje es una estrategia que se utiliza a nivel individual para hacer una valoración inicial y conocer el estado psicosocial de la sobreviviente. En este sentido se recomienda utilizar dentro de la entrevista corta, instrumentos sencillos como el que se incluye en la presente guía en el Anexo 2 *Lista de Chequeo de indicadores psicosociales Adaptada por Ramírez, (2019) de (Leahy 2012)*. Los análisis de tamizaje son útiles para hacer una detección temprana y oportuna de problemas de salud mental y de bienestar psicosocial

Además, también se pueden utilizar las preguntas incluidas en el instrumento de la Organización Mundial de la Salud WHO5 que se ha usado en estudios para comparar los estados de bienestar psicosocial en poblaciones o comparar el mismo grupo, en el tiempo. Se trata de un cuestionario corto que consiste en 5 preguntas sobre el bienestar subjetivo y es tomado como instrumento de tamizaje básicamente para la depresión. Por lo general, se puede detectar el funcionamiento sobre habilidades de afrontamiento y de gestión emocional, en general.

8. VALORACIÓN INICIAL

El objetivo de la valoración inicial es identificar el estado psicosocial de las sobrevivientes desde la perspectiva integral sistémica ecológica, teniendo en consideración el análisis de las respuestas emocionales que manifiesta como consecuencia de las problemáticas a las que están expuestas.

El interés central está en hacer una valoración del bienestar y de las necesidades psicosociales de la sobreviviente. En este capítulo se dan elementos para llevar a cabo acciones de valoración sobre indicadores psicosociales que den cuenta del bienestar y funcionamiento psicológico de las sobrevivientes de VBG, básicamente de violencia de pareja (IPV), teniendo en cuenta el ciclo de violencia al que ha estado

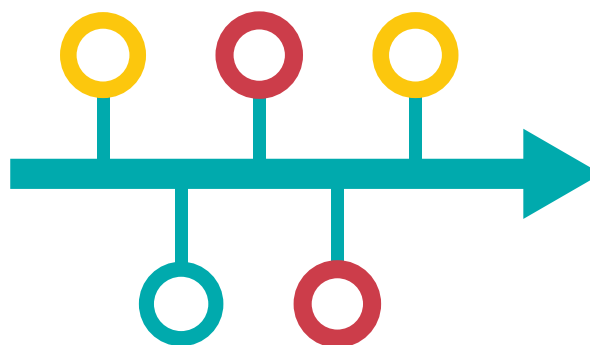
sometida y los contextos en los cuales se desenvuelve. En esos casos es importante que el operador psicosocial tenga conocimientos y se informe sobre los aspectos básicos del funcionamiento psicosocial de las personas y cada una de las áreas relacionadas.

La **valoración³⁵ inicial** tiene las siguientes características:

- Una comprensión de las experiencias potencialmente traumáticas a las que han sido expuestas las sobrevivientes de la VBG, caso en el cual se puede recurrir al análisis conjunto de la línea de tiempo sobre los eventos más significativos de la sobreviviente.

FIGURA 13.

LÍNEA DE TIEMPO.



³⁵ Este término hace referencia a la Valoración Integral de aspectos psicológicos de las personas (Assessment) y no a la valoración de programas.

Concepto de Valoración (Valoración) No debemos confundir la valoración psicosocial con la valoración ya que en ocasiones se tomen como sinónimos son términos completamente distintos. En palabras de Fernández Ballesteros (1999) la valoración psicológica es la investigación del mérito, valor o éxito de tratamientos, intervenciones o programas concretos llevados a cabo con el fin de producir cambios comportamentales en el contexto social [2]. En resumen, el concepto de valoración hace referencia al proceso y herramientas necesarias para el análisis psicológico de los sujetos; mientras que el concepto de valoración haría referencia a un conjunto de actividades necesarias para establecer la eficacia de un programa o intervención [1]. Fernández-Ballesteros, R. (1985). Valoración psicológica y valoración valorativa. *Valoración psicológica*, 1, 7-31. Sin embargo, por consenso es necesario asumir en esta guía el término valoración ya que se utiliza con mayor frecuencia dentro de las organizaciones del grupo interagencial.

Se le solicita a la persona sobreviviente por teléfono o por WhatsApp que vaya recordando eventos significativos y experiencias vividas. En la parte superior, se registran las más agradables y en el eje inferior las menos agradables. El operador psicosocial debe, así mismo, registrarlo en el expediente de la gestión de casos que lleva sobre la sobreviviente. En ningún momento es conveniente que la persona guarde el resultado del ejercicio.

Identificar las necesidades psicosociales de las sobrevivientes y los indicadores que se asocian con las experiencias potencialmente traumáticas.

Analizar los recursos psicológicos con los que cuentan las sobrevivientes de VBG para afrontar la adversidad.

Evaluar las redes de apoyo social con que cuenta la persona; esto es particularmente importante en las personas migrantes y refugiadas, ya que, muy seguramente tiene su familia fragmentada, es probable que sus redes de apoyo sean muy limitadas o inexistentes. Es importante detectar si hay apoyo emocional, instrumental o institucional

Se logra a través de las entrevistas semiestructuradas.

¿QUÉ SON LAS REDES DE APOYO SOCIAL Y QUE SE EVALÚA?

Apoyo emocional, se refiere a contar con una persona cercana que pueda canalizar preocupaciones y que pueda escuchar a la sobreviviente cuando lo necesita (amiga, vecina o si ha tenido un recurso profesional)

Apoyo instrumental, se refiere a la disponibilidad de personas o grupos de personas que estén en capacidad de apoyar a la sobreviviente en darle alojamiento cuando sea necesario, o en ayudarla a cuidar sus hijos cuando tenga esa necesidad, o incluso alguien que le facilite dinero si así lo requiere.

Apoyo institucional, se refiere al acceso a servicios institucionales donde logre tener cercanía con profesionales que la asistan, puede ser un servicio de salud, la institución educativa de sus hijos, una iglesia a la que asista y en general es el apoyo organizado formal al que se puede recurrir en algún momento de urgencia.

La estrategia principal que se utiliza en este proceso es la **Entrevista**. Esta herramienta, es válida tanto en la atención remota como en la presencial. En apartes anteriores, se han descrito las competencias necesarias para la realización de

las entrevistas teniendo en cuenta las características del entrevistador y las condiciones necesarias para la entrevista. Pero vale la pena enfatizar en la necesidad de la comprensión empática, la escucha activa y la flexibilidad, además de facilitar la expresión emocional, entre otros (Labrador 2004).

PARA TENER EN CUENTA:

La entrevista con sobrevivientes de VBG, en especial de Violencia de pareja deben guardar las siguientes normas:

- Solicitar permiso y consentimiento a la sobreviviente para llevar a cabo la entrevista
- Asegurar la confidencialidad
- Justificar la necesidad de preguntar puntos específicos de la experiencia.

(Labrador, Paz Rincón, Luis y Fernández Velasco, 2004).

Uno de los objetivos fundamentales de la atención psicosocial a las sobrevivientes de VBG, es apoyar y aliviar el sufrimiento emocional que esta ocasiona, por lo que, es fundamental lograr el ambiente o el espacio para que a las sobrevivientes se les facilite expresar los sentimientos y las emociones que estas experiencias conllevan. Es importante anotar que la entrevista debe ser estructurada, aunque sea flexible. Esto debido a que, se debe informar a la sobreviviente lo que se espera de ella en ese encuentro virtual o presencial y es necesario recordarles que ellas vienen de situaciones de alta incertidumbre de las que no tienen control y por lo tanto esto debe ser primordial para la contención y encuadre.

En la identificación del estado psicosocial actual de las sobrevivientes de VBG, el modelo, contempla el logro de cuatro metas particulares:

1. La identificación de indicadores de bienestar psicológico (más que problemas de salud mental, aunque probablemente pueden estar presentes).
2. La detección de las necesidades psicosociales; es decir, aquellas condiciones que se deben mejorar en las sobrevivientes de VBG que no son consideradas diagnósticos clínicos, pero que constituyen habilidades y competencias que promueven la salud mental y el bienestar psicosocial como son la auto regulación, la autoestima, la auto eficacia, las habilidades sociales, el afrontamiento, el empoderamiento y claro está, las posibilidades de sanación. Por tal razón, esta valoración está orientada a determinar el estado actual y las intervenciones que, desde la perspectiva psicosocial

- focalizada, estructurada no especializada se deben llevar a cabo para asegurar la protección y garantizar los derechos de las sobrevivientes de VBG.
3. La utilización de técnicas en modalidad remota ajustadas a las necesidades de las sobrevivientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles de cada una de las usuarias del servicio.
 4. El ajuste de todas las acciones para las poblaciones con necesidades especiales como son las migrantes en situación irregular, las personas con orientación e identidad de género diversas y la población en situación de discapacidad.

Como se mencionó anteriormente, la estrategia básica de esta valoración es la **Entrevista**, la cual, sabemos es un intercambio de información. Teniendo en cuenta que la atención privilegia la atención remota, sólo mencionamos que de manera presencial se pueden integrar otras estrategias como actividades artísticas y de otras características.

8.1 PASOS PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN BÁSICA DEL ESTADO PSICOSOCIAL Y EL FUNCIONAMIENTO COTIDIANO- ENTREVISTA.

- Realizar entrevista semiestructurada de manera directiva, combinando preguntas abiertas y cerradas, que sigan una organización por categorías.³⁶
- Analizar la narración del evento o eventos, si la sobreviviente desea narrar su experiencia traumática debe ser escuchado y no interrumpido. Revisar las preguntas de enlace y las formas de parafraseo que se utilizan.- Identificar el nivel de exposición a las experiencias potencialmente traumáticas.
- Elaborar un mapeo de los recursos psicológicos que tienen las sobrevivientes en cada una de las áreas del desarrollo y sus potencialidades (estado afectivo, cognitivo, funcionamiento comportamental).
- Identificar los indicadores psicosociales asociados con la situación traumática (factores precipitantes), indicadores de angustia extrema, o de problemas afectivos y emocionales.

- Detectar la capacidad de afrontamiento a la adversidad (respuesta a la adversidad).
- Es importante determinar si hay indicadores de Estrés Postraumático, porque aunque no se presentan en todas las sobrevivientes,³⁷ de presentarse, constituyen un criterio importante para ser referida a servicios especializados del cuarto nivel.
- Determinar si hay indicadores emocionales asociados al afecto o a la ansiedad.
- Establecer nivel de resiliencia.
- Identificar la capacidad de comunicación y afrontamiento.

Ejemplo de parafraseo: "...entiendo que lo que me comentaste tiene que ver con situaciones que te han pasado con tu pareja, me has dicho hasta ahora que no se entienden y que cada vez que tú vas a dar una opinión sobre algún tema, él te hace callar y tú prefieres quedarte callada para no entrar en una pelea mayor con él. Además, me contaste que en tu familia tu papá lo respalda y también te dice que te calles, que las mujeres no deben opinar, sino los hombres son los que tienen algo que decir. ¿Es correcto?"

PARA TENER EN CUENTA:

- Se debe ser cuidadoso(a) con los límites que se establezcan en el momento de la valoración (tiempos, momentos) y particularmente, con el medio que se utilizará, teniendo en cuenta que se hará de manera remota (llamada telefónica, video llamada, entre otras)³⁸
- La valoración del bienestar debe ser integral y tener en cuenta la perspectiva ecológica.
- En la entrevista de valoración es importante tener una actitud amable y empática.
- Explicar que usted desconoce lo que sucedió y que su intención es apoyarla en todo momento.

36 Se recomienda iniciar la conversación sobre el momento actual y temas neutros hasta que se logren identificar los problemas y preocupaciones que aquejan a las sobrevivientes, para luego ir explorando sobre las áreas en donde se identifican los factores de riesgo y los eventos que explican el malestar psicosocial existente. Se sugiere llevar una organización en la entrevista en áreas como: situación en la casa, exposición a VBG, red apoyo, situación emocional existente. Se sugiere llevar una organización en la entrevista en áreas como: situación en la casa, exposición a VBG, red apoyo, situación emocional.

37 La literatura muestra que el 70% de las personas que son sobrevivientes de VBG no presentan TEP.

38 Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020)

-Se debe advertir que si usted le repite una pregunta no es que no haya respondido bien, sino que usted probablemente necesita tener más claridad. En VBG esto es necesario. Se debe tener en cuenta que las personas sobrevivientes tienen dificultades para contar la historia de manera lineal y en una narrativa coherente de sucesos. En algunas ocasiones, las gestoras de caso tienen la percepción que se están omitiendo detalles importantes de la historia y que la versión no es completa. Es importante aclarar que esto es normal y por ningún motivo debe asumirse que los hechos que cuenta la persona sobreviviente no son veraces.

-Debe asegurarse de haber conseguido el consentimiento informado y de garantizarle a la sobreviviente que todo lo que hable con usted es totalmente confidencial y que lo que le comente es parte del proceso.

-Solicite a la sobreviviente que si usted no ha interpretado correctamente la información, por favor le precise cualquier dato.

- Es relevante anotar que probablemente en estas entrevistas no se logre consolidar toda la información necesaria, por lo tanto, se establecen unos mínimos de información que seguramente serán ampliados durante otros momentos de la atención psicosocial.

Ejemplos de herramientas para registrar la información relacionada con la valoración básica de necesidades psicosociales de las personas sobrevivientes por parte de los operadores de atención psicosocial.

Necesidades psicosociales

Áreas	Nivel de funcionamiento/descripción de experiencias e indicadores psicosociales
Cognoscitiva	Tiene dificultades para concentrarse, se siente como dispersa, están pensando circularmente (dándole vueltas al mismo pensamiento, es negativista) Contar una historia y luego decirle que si puede hacer dar unos puntos como resumen de la historia.
Emocional	Siente como una sensación de que algo malo le va a suceder constantemente, tiene cambios abruptos en su estado de ánimo, siente rabia constantemente. Evaluar con la escala de emociones que se anexa en las herramientas
Física	Presenta dolores de cabeza, constante, dolores abdominales, entre otros. hacer listado de síntomas y que la sobreviviente califique de 1 a 5 cuál es el que más se presenta
Social/Relacional	Se aísla, evita estar con personas cercanas. En el caso de las migrantes y refugiadas que han perdido sus vínculos más cercanos, es necesario identificar posibles recursos. Preguntar por pasatiempos, gustos en música, actividades etc, lo anterior habla del nivel de socialización
Afectiva	Tiene baja energía y ánimo, pérdida del apetito, el sueño y a veces del deseo sexual, tiene dificultades en sentir o reconocer sentimientos
Espiritual	Tiene creencias que le ayudan a superar situaciones, tiene un sentido de trascendencia Considera situaciones que le dan significado a su vida. Tiene creencias y rituales que la hacen sentir cómoda

Listado de prioridades para la valoración

- Valoración de las necesidades psicosociales
- Percepción y nivel de temor a la situación presente
- Nivel de información sobre la VBG y sus alternativas en la vulneración de derechos
- Déficit en Habilidades de afrontamiento
- Comunicación débil

Para evaluar los recursos psicológicos y la autoestima de la sobreviviente se sugiere el siguiente ejercicio:

EJERCICIO DE AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA

Objetivo: Determinar los sucesos y eventos significativos que han impactado su autoestima de manera favorable o adversa y los recursos psicológicos con los que cuenta la sobreviviente

Por favor dígame a la persona sobreviviente, que imagine un árbol que representa su vida, donde va a hacer un análisis de su vida: las raíces son las cosas que te han dado las bases de tu vida, el tronco son tus fortalezas, las frutas todas las cosas que has logrado. Si están usando el whatsapp puede enviarle una foto del árbol o simplemente describiéndolo telefónicamente, se puede hacer este ejercicio



VALORACIÓN DEL ESCALAMIENTO

Respecto al proceso de valoración que se propone, es importante tener en cuenta 1) la dinámica de violencia, 2) los tipos de violencia y 3) el momento del ciclo de violencia que la sobreviviente ha estado sufriendo. Al igual que la **severidad, la frecuencia y la cronicidad** ([ver enlace](#)). Estos criterios son relevantes para entender los impactos que la VBG tiene en la sobreviviente.

Es también relevante incluir el tema del escalamiento en el momento de la emergencia, considerando que esta Guía está orientada a aquellas sobrevivientes que, además, han estado en confinamiento y posiblemente conviviendo con el agresor, lo cual hace difícil aún más la búsqueda de ayuda, la posibilidad de denunciar y sobre todo la búsqueda de apoyo psicosocial.

El **escalamiento**, como se definió en el modelo, se refiere a una de las características de la violencia contra la mujer en la pareja; no se refiere a hechos aislados o al azar que expliquen el comportamiento del agresor; no es el resultado

de un impulso por parte del agresor; el escalamiento es un continuo que se incrementa con el tiempo, presentándose el aumento progresivo de las formas de violencia, de los artículos que se utilizan para agredir, de las personas involucradas y de la intensidad de las agresiones que puede llegar a la cronicidad e incluso, a la violencia mortal. Con frecuencia la escalada se inicia con algunas conductas o actitudes violentas como el control, los celos, la posesividad y el mal genio, las cuales se asocian a manifestaciones de «amor verdadero», sentido por el hombre y esperado por la mujer. «Esas señales que anticipan un comportamiento masculino opresor son pasadas por alto en pro de los aspectos exclusivamente románticos del idilio» [Instituto Nacional de Medicina Legal \(2014\)](#).

Lo anterior se comprende cuando se integra el análisis cultural y de las normas sociales de género a la perspectiva de la VBG. En el [manual para atención de sobrevivientes de VBG en emergencias \(UNFPA \(2017\)\)](#), se mencionan estos comportamientos como micromachismos que tienen su fundamento en las normas sociales y las creencias enraizadas en la asimetría de poder y las sociedades patriarcales.

TABLA 4.

EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LOS MICROMACHISMOS QUE HACEN PARTE DE LA VBG PSICOLÓGICA.

Categoría de comportamientos abusivos de violencia psicológica de difícil identificación como VBG (Micromachismos)	Ejemplos
Utilitarios	<p>No implicación en lo doméstico.</p> <p>Naturalización y aprovechamiento del rol de cuidadora.</p> <p>Delegación de los trabajos de cuidados.</p> <p>Negación de reciprocidad.</p>
Coercitivos o directos	<p>La intimidación, dándose indicios de que, si la mujer no obedece, algo pasará.</p> <p>La toma repentina del mando que incluye actos como el tomar decisiones sin consultar, ocupar espacios comunes, opinar sin que se lo pidan o monopolizar.</p> <p>La apelación al argumento lógico que consiste en recurrir a la lógica y a la ‘razón’ para imponer ideas o elecciones desfavorables para la mujer.</p> <p>La insistencia abusiva, tratando de obtener lo que se quiere por agotamiento de la mujer, de forma que al final se acepta lo impuesto a cambio de un poco de ‘paz’.</p> <p>El control del dinero.</p> <p>El uso expansivo del espacio físico.</p>
Encubiertos o indirectos	<p>La materialización de la mujer mediante la creación de condiciones para que sea ella la figura prioritaria al cuidado de los/as otros/as.</p> <p>Las maniobras de explotación emocional que incluyen la generación, en la mujer, de sentimientos negativos, dudas sobre sí misma y dependencia.</p> <p>El terrorismo, ejercido mediante descalificaciones repentinas que dejan a la mujer indefensa.</p> <p>Las maniobras de desautorización que generan en la mujer sentimientos de inferioridad.</p> <p>El paternalismo, tratando a la mujer como si fuera una niña.</p> <p>La creación de falta de intimidad.</p> <p>Los engaños, negando lo evidente e incumpliendo promesas.</p> <p>La autoindulgencia sobre la propia conducta perjudicial, eludiendo siempre la responsabilidad de la acción.</p>
Crisis	<p>El pseudo-apoyo, anunciando el apoyo y ayuda a la mujer, pero sin hacerlo efectivo.</p> <p>La desconexión y el distanciamiento.</p> <p>El hacer méritos, haciendo cambios superficiales, sobre todo frente a las amenazas de separación por parte de la mujer.</p> <p>El dar lástima, utilizando comportamientos autolesivos o amenazas de suicidio.</p>

Tomado de: Manual de atención psicológica víctimas de violencia machista (2016)

Una vez que se tiene la información sobre las experiencias potencialmente traumáticas y los impactos que estas han tenido en la sobreviviente, es urgente determinar los recursos psicológicos y las potencialidades con las que cuenta para afrontar la adversidad. Los recursos no solo para afrontar, sino las capacidades para empoderarse y las posibilidades emocionales para lograr la sanación de lo vivido. Por lo anterior, es relevante que se busque y se analice la información necesaria para diligenciar la Tabla 5, presentada a continuación.

TABLA 5.

INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS PSICOLÓGICOS Y LOS FACTORES ASOCIADOS A LAS CONSECUENCIAS DE LA VBG.

Nivel de información	Datos relevantes
Individual/personal	Edad, género, experiencias significativas, ocupación, intereses
Familiar (de origen) y actual	Historia de violencia en su familia de origen, relaciones con la familia actual y su pareja, número de hijos
Comunitario contexto próximo	Redes de apoyo cercano
Cultural/institucional	Normas sociales de género mas recurrentes

Además de lo anterior, en la valoración inicial, es relevante hacer el mapa personal por dimensiones para identificar los recursos psicológicos, las potencialidades y todos los aspectos positivos que tienen las sobrevivientes, así como, aquellas áreas que pueden ser mejoradas. En estas dimensiones se encuentran las áreas de funcionamiento como son: el área cognitiva, física, interrelacional, emocional, espiritual y afectiva. Todas estas dimensiones integradas definen el funcionamiento y el bienestar psicosocial de las personas tanto a nivel individual como familiar.

Por último, en este proceso se profundiza en la valoración del riesgo de suicidio que como se sabe es uno de los mayores riesgos que se presentan en las sobrevivientes de VBG. Si bien es cierto que en el contacto inicial se hace esta exploración, en la valoración de riesgo en el momento del *Triage*, en esta parte del proceso es necesario profundizar, por tanto, se recomienda llevar a cabo el protocolo de la Guía interagencial para la gestión de casos de VBG (2017) ([Ver cuadro](#)).

Valoración y acompañamiento de la ideación suicida.

Si bien el suicidio es tabú en diferentes contextos, hay cuatro pasos que deben seguir los miembros de una organización para evaluar y acompañar a una persona que ha sido víctima de violencia basada en género. Esto se debe a que estas personas presentan cuadros emocionales agudos con los que no pueden lidiar de forma adecuada, dando paso a ideaciones suicidas que pueden ser mortales.

Valoración y acompañamiento de la ideación suicida.

Paso 1: Evalúe la ocurrencia de pensamientos suicidas pasados o actuales

Con el bienestar de la persona en mente, sea comprensivo. Además, validando su dolor, pregúntele si considera el suicidio como una solución a su situación, si ha intentado hacerse daño, si ha deseado no seguir existiendo y en qué momentos y con qué frecuencia. Si la respuesta a alguna de las preguntas es afirmativa, continúe con la valoración. Recuerde que, para desistir de esta, debe tener en cuenta todo el cuadro de la persona, y así mitigar los escenarios de peligro.

Paso 2: Evalúe el riesgo: Letalidad y medidas de seguridad

Si la persona contestó afirmativamente a alguna de las anteriores preguntas, debe indagar si tiene un plan para suicidarse y si ha intentado hacerlo en el pasado, pues este es un indicador de alto riesgo. Si la persona no tiene claridad sobre cómo se quitaría la vida, el riesgo es leve y se le debe capacitar en estrategias de afrontamiento y manejo emocional. Si la persona sabe cómo lo haría o si lo ha hecho antes, continúe con el paso 3. Al momento de preguntar, indague por cómo, cuándo y dónde lo haría, desde cuando se le ocurrió y qué fue lo que lo interrumpió en intentos pasados, si es el caso.

Paso 3: Realice la validación emocional y soporte

Es primordial que usted mantenga la calma si la persona tiene, o ha tenido intenciones de suicidarse. Para esto, parta de reconocer que la idea de quitarse la vida le da sensación de control al sujeto en un entorno que es incierto y amenazante. Además, recalque la valentía que requirió la persona para abrirse con usted. Después de hacer esta validación, propóngale diseñar un plan que lo ayude a mantenerse a salvo.

Paso 4: Desarrolle un plan de crisis

Este consta de 3 partes: identificación de señales de alarma, estrategias de regulación emocional y persona segura. Estas buscan educar al sobreviviente sobre sus propios mecanismos de afrontamiento dañinos. Las señales de alarma pueden ser emociones, pensamientos, situaciones u otros antecedentes que generan malestar en la persona y la llevan a tener ideación suicida. Para la regulación, ayúdele a identificar cosas que lo aliviarían o evitaron que se suicidara, si es que ya lo ha intentado. También, ayúdelo a identificar posibles obstáculos en el uso de las acciones de alivio. Por último, identifiquen a una persona a quien pueda acudir en caso de sentirse abrumado por sus emociones y pensamientos. Debe concretarse una reunión entre ellos y garantizar que se queden juntos por las siguientes 24 horas. Si lo anterior no es posible, hable con un supervisor y acompañe a la persona a la unidad médica. Recuerde archivar esta valoración.

Tomado de: USAID, GBVIMS, Primero, International Rescue Committee, International medical Corps, UNHCR, UNFPA, UNICEF (2017) Interagency Gender-Based Violence Case Management guidelines. *Providing care and case management services to gender based violence survivors in humanitarian settings*. First Ed. (Pp 70 – 74)

Al finalizar la valoración inicial, y una vez que cuente con la información posible intente hacer un análisis de caso para determinar el estado psicosocial, los recursos y las necesidades psicosociales de las sobrevivientes de VBG. Se sugiere utilizar la metodología de mapeo de problemas ([ver enlace](#)) que se incluye a continuación, y el formato de análisis de caso que aparece en el Anexo 2.

8.2 ANÁLISIS DE CASO

CASO 1 MARÍA

ANÁLISIS, MAPEO Y PLANEACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN

María tiene 32 años y tiene 2 hijos (uno de 8 y otro de 17 años), se fue a vivir con su esposo Luis cuando tenía 19 años, tuvo una convivencia con su familia muy difícil, por eso decide irse a vivir con su pareja.

María relata que Luis siempre fue violento que la controlaba e insultaba todo el tiempo. María siempre ha dependido económicamente de su pareja, tiene destreza para la costura, le hacía ropa a su familia; pero hasta ahora no ha formalizado el oficio. Luis controlaba a María al extremo de no permitir que ella frecuentara a sus familiares, en sus palabras textuales *“me tuvo aislada de mi familia por 20 años”*.

Con la crisis en Venezuela, Luis decide que tienen que irse. Así que emprenden camino a Ecuador con el hijo pequeño, el mayor se queda en Venezuela con los padres de Luis. Se instalan en una comunidad donde hay más venezolanos. Ahí, María consigue sacar algún dinero haciendo trabajos de costura. Esto, le permite entablar cierta relación con una de sus vecinas que proviene justo de la misma zona de Venezuela de la que es ella.

Respecto a su relación con Luis, las cosas no mejoran. Luis empieza a beber, es cada día más violento, en varias ocasiones insulta y golpea a María delante de su hijo. Tras estos eventos, él siempre se disculpa, y le dice que es ella, que se pone muy pesada y quejica con la situación, y que por eso acaba perdiendo los nervios.

Un día, Luis parece volverse loco, empieza a gritar y a golpear a María muy fuerte. La vecina, con la que ha entablado relación María, escucha los gritos. Está acostumbrada, pero siente que hoy es más fuerte que otros días, así que con su marido van a llamar a la puerta.

Luis no opone resistencia, dice que no pasa nada. María tiene la boca sangrando, el niño parece estar en el otro cuarto.

La vecina y su marido sacan de ahí a María y a su hijo menor. Le curan las heridas.

María cuenta que está muy asustada, que esta vez pensaba que su marido la iba a matar, si ellos no hubieran intervenido. Tras este episodio, María decide poner una denuncia.

María ahora está con la vecina y su hijo. No se sabe dónde está el marido. El hijo mayor al enterarse de que María ha denunciado a padre ya no quiere hablar con ella, le ha dicho que la odia. Ella está muy preocupada, tiene mucho miedo, sobre todo de que Luis aparezca de improviso y la mate. Cuando sale de casa está todo el rato mirando a su alrededor en caso de que aparezca. Duerme mal, se despierta en medio de la noche. Tiene mucho miedo del futuro, no sabe qué va a ser de ella, porque siempre ha dependido de Luis. Se siente siempre en estado de alerta. Le da muchas vueltas a todo.

Además, ha dejado de relacionarse con el resto de la comunidad, se queda todo el día en casa de la vecina. Solo sale para comprar cosas. La vecina le gestiona los trabajos de costura, aunque estos han disminuido mucho desde el que estalló el COVID. Se avergüenza de que puedan pensar que ella es la culpable de todo y que, además, su marido ha tenido que salir huyendo por su culpa y encima, ahora con la crisis del COVID.

ANÁLISIS DE CASO - EJEMPLO

PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS

Experiencia de VBG de tipo física y psicológica, severidad Alta, frecuencia Alta, con escalamiento, tendencia a la cronicidad de la violencia.

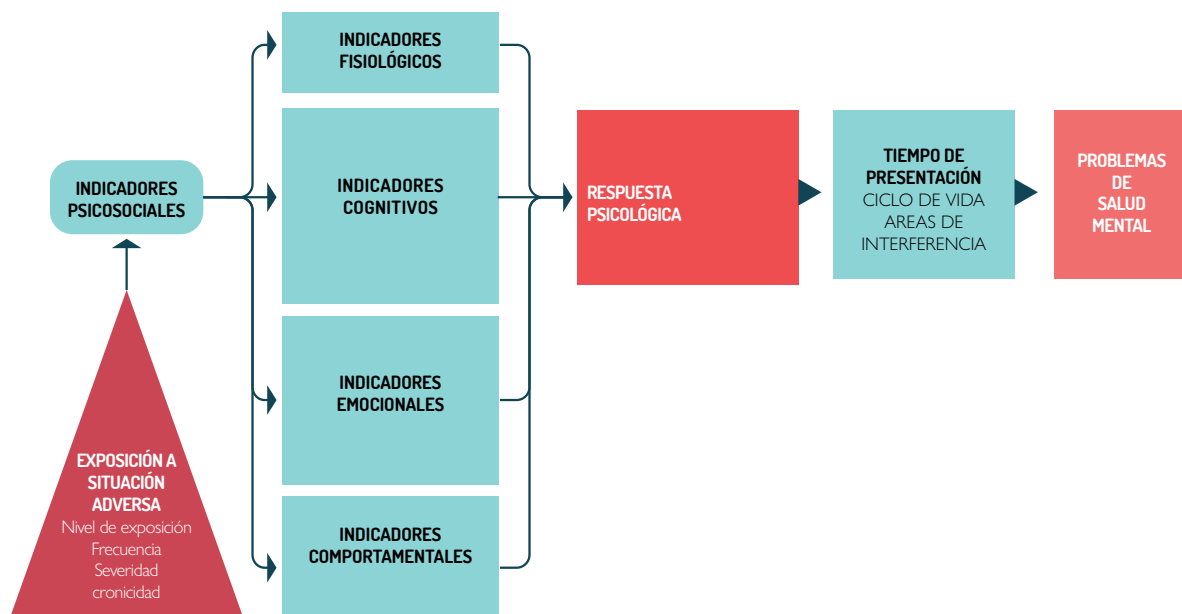
Análisis funcional

SITUACIÓN (ANTECEDENTE)	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
Episodios de violencia	Miedo	Aumento de la conducta violenta
Gritos	Angustia	Evitación
Golpes	Problemas somáticos	

Factores predisponentes	Factores precipitantes
Familia de origen caótica, adversa Inicio temprano de la vida en pareja Dependencia económica	El agresor pone en la sobreviviente la responsabilidad de los episodios de violencia Episodios de violencia constantes, el ciclo de violencia reforzado por las disculpas del agresor Gritos, Insultos.

FIGURA 14.

MAPA DE PROBLEMAS E INDICADORES PSICOSOCIALES.



Fuente: Elaboración propia³⁹

39 Este modelo es parte del desarrollo de la consultoría de la autora para MHPSS IOM Bangladesh (2019)

Mapa de problemas e indicadores psicosociales

- ESA: Nivel de exposición= Alto
- Frecuencia= Alta
- Severidad=5
- Tendencia a la cronicidad
- IF: Problemas de sueño
- IC: Preocupaciones por el futuro
- IE: Hipervigilancia, vergüenza, culpa
- IC: Comportamientos de alerta constante
- Respuesta Psicológica: Evitación – No afrontamiento
- Autoeficacia, Confusión, Dificultad en la toma de decisiones y la Resolución de problemas.

Plan de trabajo:

- Estrategia de seguridad inminente
- Corto Término: Indicadores fisiológicos, y comportamentales
- Mediano Término: Indicadores cognitivos y emocionales.

9. ATENCIÓN PSICOSOCIAL – MEJORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO (I): Objetivos de la atención psicosocial – Fase I

La atención psicosocial está orientada a promover el bienestar psicosocial de las sobrevivientes durante los diferentes momentos de la emergencia fomentando comportamientos saludables. Está dirigido a fortalecer las habilidades de afrontamiento y el empoderamiento para prevenir problemáticas de salud mental y asegurar la protección de las sobrevivientes. Además de lo anterior, pretende facilitar la sanación (healing) o recuperación emocional por medio de intervenciones focalizadas y estructuradas basadas en evidencia. Por lo anterior, el objetivo de este capítulo es mostrar las mejores opciones para llevar a cabo la atención psicosocial de fase 1 que se centra en dos estrategias: los primeros auxilios psicológicos que se desarrollan ampliamente en otros documentos y, de otra parte, la intervención en crisis de la cuál, existen también varias aproximaciones.

Se interviene en los indicadores psicosociales preferiblemente que, en gran medida, son indicadores emocionales, por lo que, si se ha hecho una adecuada contención emocional en el primer contacto, puede ser que las reacciones emocionales desbordadas se presenten en menor magnitud; lo anterior depende de cada caso. Es conveniente hacer énfasis en que en atención psicosocial no hay fórmulas mágicas para cada caso, con lo que se cuenta es con las evidencias que permitan adelantarnos, en algunos casos, y tener mejores respuestas. Pero la efectividad depende de los análisis que se hagan de cada situación, de cada sobreviviente y de cada contexto.

ES RELEVANTE TENER EN CUENTA QUE⁴⁰:

Los servicios de **apoyo psicosocial** orientados a la sanación y recuperación de los efectos emocionales, psicológicos y sociales para las personas sobrevivientes de VBG y sus familias, pueden incluir:

- Servicios de Primeros Auxilios Psicológicos y apoyo psicosocial grupal o individual.
- Servicios de educación en materia de Violencia Basada en Género, derechos y salud sexual y reproductiva, etc.
- Psicoeducación en torno a la presentación de problemas psicosociales, y cómo manejarlos en las condiciones de cuarentena.
- Intervención psicológica individual con las consideraciones explicitadas en la Guía pag. 200

¿Qué son las intervenciones focalizadas estructuradas de la Fase I?

Son estrategias estructuradas de corta duración que se realizan en momentos específicos de la atención psicosocial en emergencias. Pueden ser desarrolladas por personal previamente entrenado y capacitado en estas técnicas y que no tiene necesariamente que contar con una formación específica en el campo de la salud mental, aunque si se tiene esa formación de base, se facilitará la intervención para el operador responsable.

9.1. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS⁴¹

Primeros auxilios psicológicos/Atención en crisis: Atención psicológica inmediata y breve (30/45 minutos) proporcionada dentro de las 72 horas desde el momento en que se produce o inicia un evento traumático de tipo personal: crisis de pánico, intento de suicidio o una situación de peligro inminente.

También se implementa para brindar apoyo ante factores externos: agresión, catástrofe natural, ataques de las fuerzas o grupos armados, etc. El objetivo es disminuir las posibles secuelas del episodio traumático y se centra en tratar de generar un ambiente calmado y reducir el nivel de estrés producido, ofrecer información y ayuda a las personas afectadas, conectarlas con su red social de apoyo.

9.2 INTERVENCIÓN EN CRISIS

Esta respuesta corresponde a aquellos casos en los cuales es necesario hacer una intervención específica ya que se da un momento emocional en el que las sobrevivientes presentan falta de control, porque el evento sobrepasa la capacidad de reacción.

La intervención en crisis se fundamenta en una propuesta que toma de diferentes modelos teóricos como el de los primeros auxilios psicológicos, el de la teoría contextual ecológica y algunos supuestos de los modelos sistémicos y plantea varios componentes:

- 1) Establecer Seguridad, 2) Establecer contacto apropiado, 3) Explorar y evaluar el problema que ocasionó la crisis, 4) Ofrecer apoyo psicosocial adecuado y contextualizado, 5) Examinar alternativas y posibles soluciones, 6) Establecer planes y programar una ruta de acción, 7)

Promover un compromiso de cambio a partir de la crisis y 8) asegurar el seguimiento (James, Gilliland & James, 2012).

9.2.1 Pasos específicos para llevar a cabo la intervención en crisis

Conocimiento básico sobre la crisis

- Comprender la situación vivida
- Definir la crisis
- Analizar del conjunto de las experiencias traumáticas.
- Establecer la temporalidad y contextualización de las crisis dentro de la línea de tiempo (ver abajo del recuadro el ejercicio de la línea de tiempo) de la persona sobreviviente.
- Analizar la clase de crisis que ocasiona la violencia VBG
- Narrar el evento vivido si es deseo de la persona sobreviviente.
- Mantener la escucha activa.

Valoración conjunta de la crisis

- Dar significado a la crisis como un acontecimiento vital.
- Escuchar activamente a la persona sobreviviente, si desea narrar la situación.
- Evaluar en conjunto la capacidad de resiliencia
- Evaluar riesgo de suicidio: (utilizar escala de riesgo de suicidio).
- Identificar los signos psicológicos asociados a la crisis.

⁴⁰ Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020)

⁴¹ Revisar Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020)

- Determinar el nivel de funcionalidad.
- Evaluar la respuesta a estresores cotidianos
- Validar las respuestas a las crisis
- La valoración de las respuestas a las crisis debe tener en cuenta factores como: 1) La naturaleza del estresor, 2) la intensidad percibida, 3) el momento de aparición, la duración del malestar, el grado de exposición, edad, experiencia y las consecuencias.
- La forma de afrontar una crisis dependerá de una serie de indicadores.
- Es preciso tener en cuenta elementos personales y antecedentes como: estado físico, edad, sexo, grupo étnico, estilo personal, nivel socioeconómico, historia de aprendizaje, creencias, experiencias previas, situación personal, estilo de vida, momento vital en que sucede, sensación subjetiva de capacidad de afrontamiento, trastornos psicológicos previos, disponibilidad y acceso a las redes de apoyo social.
- Variables de la situación: El tipo de evento, el origen, la magnitud, el grado de exposición, los recursos de ayuda disponibles.

Identificación de las Fases de la crisis y respuestas probables.

Las crisis son amenazantes y/o desestabilizadoras, pero también introducen a la necesidad de cambios y transformaciones.

Las crisis tienen varias fases y en cada una de ellas se esperan unas respuestas específicas; es necesario tener en cuenta alguna de ellas e identificar el proceso en los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual. En este aspecto es necesario determinar también el tiempo transcurrido entre el evento o los eventos potencialmente traumáticos y el momento del reporte: *Tomado de: Fernández Márquez (2010)*

- **Fase aguda:** Pasados los primeros momentos. Se producen estados afectivos intensos. Respuestas emocionales manifiestas: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad. *En ocasiones, esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación de esfínteres, respuestas agresivas. Alteración de las relaciones interpersonales. Pueden producirse diferentes respuestas según el género.*
- **Fase de reacción:** Dura de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas. Ánimo triste y lábil. *Las reacciones características son: Temor a regresar al evento. Sueños*

o pesadillas. Ansiedad. Tensión muscular. Aumento de la irritabilidad.

- **Fase de reparación;** Dura de uno a seis meses. Se diferencia de las demás fases en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro.
- **Fase de reorientación:** Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente. Es importante evaluar las necesidades actuales.

Intervención propiamente dicha (posterior a la estabilización emocional y la contención focalizada)

Apoyar para que la sobreviviente logre:

- Expresar abiertamente lo que le ha sucedido; se recomienda seguir las instrucciones de respuestas anteriores en las que se especifica la forma de escuchar, establecer empatía y generar confianza, elementos esenciales en la intervención en crisis.
- Incorporar a la memoria la experiencia vivida para que pueda captarla, entenderla e integrarla, aunque siempre se haga desde la propia subjetividad es importante que en las mujeres migrantes y refugiadas se analice conjuntamente cómo se ha afectado por la exposición a las situaciones adversas que se relacionan con la migración y sus dificultades
- Recurrir a los antecedentes personales, a los recursos de afrontamiento que se van desarrollando gradualmente: experiencias, aprendizajes, éxitos o fracasos, afrontamientos previos de situaciones desbordantes, etc.
- Entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan el desarrollo, las pautas de interacción con el entorno y la seguridad.
- Contar con una figura de apoyo con la que se pueda relacionar de manera sana y segura.
- Recuperar la confianza básica en sí mismo y en los demás. Y aprender a relacionarse con otros de manera adaptativa.
- Reconocer sus capacidades y limitaciones, aprender que tiene la capacidad para pensar, cambiar los comportamientos problemáticos si existen.

10. ATENCIÓN PSICOSOCIAL – MEJORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Atención psicosocial focalizada, no especializada, estructurada Fase II.

Las consecuencias de la violencia basada en género han sido identificadas en diversos estudios, referenciados anteriormente en el modelo que antecede a la Guía ([ver enlace](#)). Esta propuesta es esencial, porque da algunos elementos para mejorar el bienestar psicosocial de las sobrevivientes de la VBG en contextos de emergencia; en ella se presentan elementos para trabajar con los indicadores psicosociales asociados a la exposición a la violencia, pero sobre todo a aquellos indicadores asociados a la ansiedad y a la depresión (Karakurt, Smith & Whiting, 2014). De igual manera, se pretende fortalecer las competencias relacionales, la capacidad de afrontamiento, el empoderamiento y llevar a las sobrevivientes por un camino hacia la sanación emocional.

La gestión emocional es una estrategia relevante para el logro de estos objetivos y se ha desarrollado en diversas fuentes teóricas. En el caso de la presente guía no se incluye un protocolo de gestión emocional en modalidad remota ya que se ha propuesto en otras guías⁴². Esta propuesta no pretende proponer estrategias ya formuladas, por lo que se presentan actividades que persiguen fortalecer el proceso de atención psicosocial en modalidad remota específica para mujeres sobrevivientes de VBG migrantes y refugiadas y convertirse en una herramienta adicional a otras ya elaboradas.

En esta propuesta se complementan algunas acciones y se incluyen algunas actividades y ejercicios que consideramos pueden facilitar y apoyar a los operadores en su trabajo con las sobrevivientes en la modalidad remota, teniendo en cuenta las circunstancias de restricción de movilidad y de las situaciones que se han vivido por razón de la COVID 19.

Es necesario tener en cuenta las explicaciones anteriores respecto al significado de las intervenciones focalizadas, no especializadas y estructuradas. Es pertinente, además, saber que la planeación de las acciones que se desarrollarán en todos los encuentros con las sobrevivientes es esencial para la efectividad de la misma. Como se ha mencionado en otros apartados de este documento, la exposición a la incertidumbre y el hecho de no saber qué va a pasar es un elemento que no ayuda a la recuperación emocional ni a aliviar el sufrimiento, por eso es importante informar a la sobreviviente, una vez se termine la valoración, en qué

áreas se va a trabajar y preguntarle si ella está de acuerdo en esta programación y si le gustaría trabajar por ella con ese objetivo. Esta planeación debe contemplar metas a corto término.

La atención psicosocial focalizada y estructurada implica lo siguiente:

- Se debe diseñar un plan de atención
- Es necesario determinar unos pasos, unas herramientas y unas estrategias que, en este caso, obedecen a la modalidad remota
- Definir objetivos de atención, metas y logros
- Delimitar las acciones, las técnicas y los ejercicios
- Estructurar en sesiones para periodos de tiempo específico
- Determinar seguimiento en la medida de lo posible

El objetivo es intervenir en las diferentes áreas afectadas a fin de reducir el impacto en la salud mental y atender activa e inmediatamente las condiciones psicosociales que ocasiona la VBG, desde una perspectiva preventiva, recurriendo a estrategias de consejería psicológica en los casos que lo amerite.

En este procedimiento de atención psicosocial focalizada, no especializada, estructurada se incluyen:

- Manejo básico emocional
- Manejo comportamental y habilidades básicas cotidianas
- Manejo cognitivo
- Autorregulación emocional y manejo del cuerpo
- Fortalecimiento de la capacidad de establecer vínculos sanos
- Fortalecimiento de la identidad, autoeficacia y autoestima

⁴² Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020).

Estas estrategias no tienen un orden jerárquico, se definen en función de los análisis previos de los casos específicos que se hayan hecho y el criterio debe ser el del operador de atención psicosocial, en modalidad remota. Es una propuesta multisistémica en la que se integran componentes de la terapia cognitivo-conductual que ha demostrado ser una de las más efectivas en la gestión de casos, algunos planteamientos del modelo ecológico y la normativa de Naciones Unidas respecto a la atención psicosocial en emergencias.

A continuación, se presentan algunos ejemplos y alternativas para las intervenciones focalizadas, estructuradas, no especializadas.

10.1 PASOS PARA EL MANEJO BÁSICO EMOCIONAL

El manejo básico emocional o gestión emocional es un proceso esencial, en la intervención con personas sobrevivientes de violencia basada en género, para lograr el afrontamiento, el empoderamiento y la sanación. A continuación, en el recuadro se muestran algunos puntos clave para lograr dicha gestión propuesta por UNFPA (2020). Esta Guía en su intención de complementar, agrega algunos elementos a tener en cuenta.

Para complementar lo que se ha venido manejando en el capítulo cuatro de la guía, a continuación se dan unas recomendaciones para un manejo básico emocional integral.

1. Entender y manejar la culpa.

En los casos de VBG esta es una de las reacciones más frecuentes, el hecho de haber sido víctima genera un sentimiento de culpa de los hechos sucedidos. En la mayoría de los casos esta culpa es evidente. En otros casos, la culpa se justifica mediante otras estrategias que se denominan trampas cognitivas que son justificaciones racionales frente a la experiencia vivida.

Ejercicio de la desculpabilización

Se solicita a la sobreviviente que haga una lista de cosas por las que se siente culpable a las que les debe dar un número de 1 a 10 y empezar por la que más la hace sentir culpable; buscar en el contexto cómo relacionar esos sentimientos para darles un lugar real y analizar con ella que, probablemente en muchas de esas situaciones, la responsabilidad es de otros o es compartida. Sin embargo, se deja claro que en cada uno de los actos de violencia perpetrados contra la sobreviviente la responsabilidad (en su totalidad) es siempre del agresor.

Vamos a hablar de lo que estás sintiendo:

Me has mencionado que sientes que las cosas que suceden es porque tú crees que eres responsable. Cuando sientes esa culpa descríbeme que sientes en tu cuerpo, que cosas sientes en tu cabeza y que pensamientos vienen a tu mente.

Una vez la persona describa, le decimos que todo eso que siente es necesario manejarlo con los ejercicios, por ejemplo, de mindfulness y relajación que son adecuados para el manejo del estrés y que lo que vamos a hacer es poner la responsabilidad de los actos en la persona que los hizo.

Cada persona es responsable de sus actos, cuando alguien no se controla es porque no ha trabajado en fortalecer sus pensamientos antes que las acciones. El camino es que las personas deben aprender la autorregulación o sea el control de sí mismos. Pensar en las consecuencias que tienen sus actos, la persona que golpea no hace este ejercicio, pero es su responsabilidad. Así que tú no puedes responsabilizarte de lo que otros hacen porque son sus decisiones.

No se recupera el control de una situación asumiendo lo que otros hacen, esto lejos de mejorar la situación, la empeora, así que poco a poco vamos a poner pequeñas tareas que te hagan sentir mejor contigo misma orientadas a estar tranquila y a no **ESPERAR**, que los otros cambien, las que debemos cambiar somos nosotras.

2. Reconocer el malestar emocional.

Es necesario que la sobreviviente reconozca e identifique las situaciones o los elementos que le producen malestar emocional y cuáles son las sensaciones que se relacionan con el malestar psicológico. Por ejemplo: preocupación constante, dificultades para dormir o sensaciones que no puede explicar; para esto se puede recurrir a juegos de palabras para que le ponga un nombre a lo que siente sin que necesariamente sea el de la emoción correspondiente.

Para aprender a reconocer el malestar emocional, se le dice a la sobreviviente que así como sentimos malestar físico por alguna dolencia, el malestar emocional se siente subjetivamente. Es decir, no me siento al 100% pero no estoy segura si estoy triste, o si tengo rabia o si tengo nostalgia, que es muy frecuente en las migrantes por los duelos de las pérdidas, del desarraigo y de lo que han dejado atrás. Así que vamos a invitarlas a ver si el malestar es más en el cuerpo, es más en lo que pienso o en lo que hago y así podrá reconocer más fácil. "Piensa en que sensación tienes ¿te aumenta la temperatura?, (se asocia con la rabia y el

miedo) o ¿sientes palpitaciones?” Y frente a que sientes esto específicamente.

3. Comprender la vergüenza como un estado emocional. (Matriz de sentimientos)

La vergüenza se encuentra dentro del espectro de las emociones negativas. Tiene dos tipos de reacciones: a) fisiológica y b) cognitiva. En relación con la vergüenza la activación fisiológica se traduce en activación del sistema simpático y se evidencia en la ruborización y sudoración excesiva (similares a las reacciones de ansiedad, por eso confunde a las sobrevivientes). La vergüenza se siente, en estos casos, porque está asociada a la culpa, la sobreviviente siente que hizo algo reprochable (como, por ejemplo: no haber podido prevenir el abuso, haberse “dejado” violentar, haber causado el abuso, no haber podido tener una relación sana) y, por lo tanto, su actitud es de rechazo hacia sí misma.

Realizar el ejercicio de la **matriz de sentimientos**: se lleva a la sobreviviente a que piense en una emoción como la ira, el miedo, la vergüenza, la alegría, entre otras; en cada

una se le pide que mencione qué hace, qué piensa y qué siente cuando experimenta esa emoción; posteriormente se le muestra el control y el no control de las emociones. Se desmitifica la responsabilidad de lo que le sucedió y al normalizar la situación se debe reducir la matriz de sentimientos. Se puede llevar a cabo por video llamada o por teléfono o por WhatsApp.

Por favor pedirle a la sobreviviente que piense en cada una de estas emociones, la rabia, por ejemplo, que haces cuando tienes rabia: gritas, lloras etc, o cuando estás feliz o cuando tienes miedo. Estos son unos ejemplos de emociones pero hay muchas más puedes hacer un listado completo con la sobreviviente y van a encontrar que las acciones y pensamientos se cruzan entre las diferentes emociones y por eso se presenta la confusión y desorganización emocional, por esto es importante lograr el control a través de diferentes ejercicios.

MATRIZ DE EMOCIONES

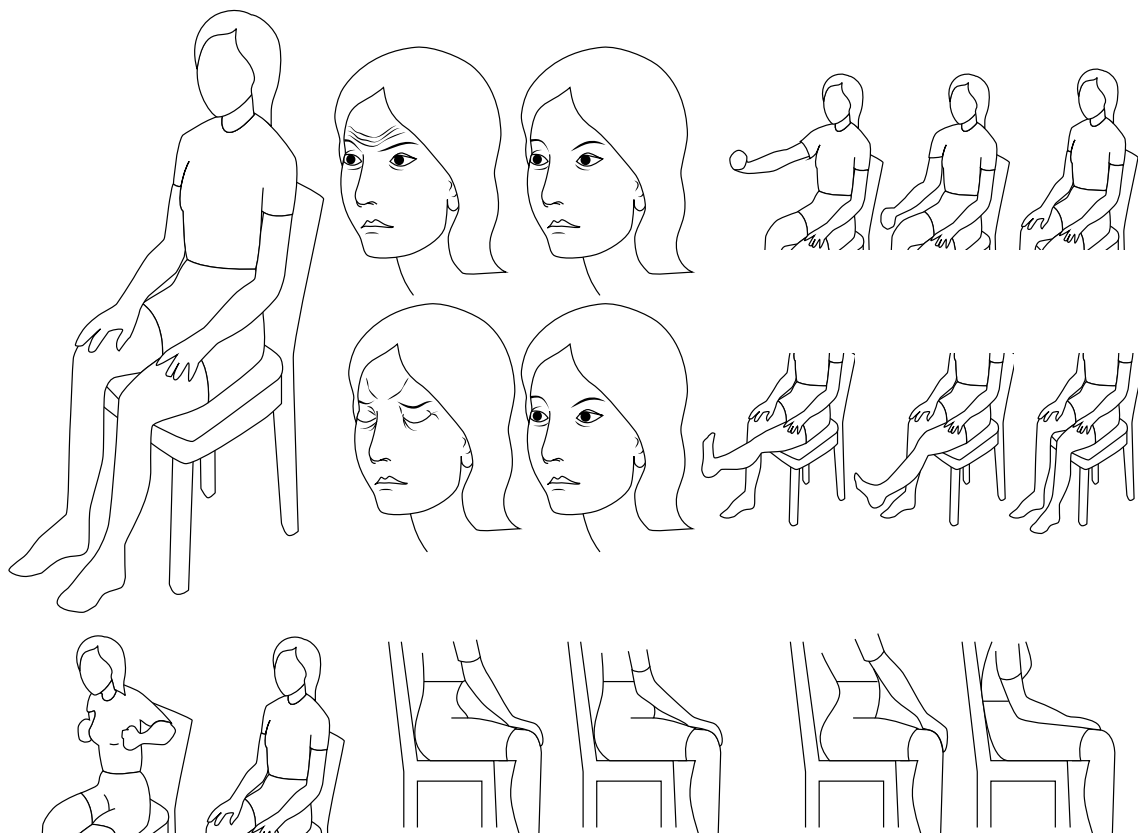
Emociones	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO	QUÉ HAGO
Cuando tengo rabia			
Cuando tengo tristeza			
Cuando estoy feliz			
Cuando tengo miedo			
Cuando tengo vergüenza			

4. Aprender a manejar la sensación de miedo y diferenciar entre los diferentes estadios del miedo.

Se puede utilizar el ejercicio anterior y es imprescindible diferenciar entre el miedo que sentimos todos en general como respuesta de protección y el miedo que se siente porque no tenemos el control de las situaciones. Se debe trabajar en el manejo de las sensaciones de peligro reales vs. las irreales y aprender el manejo de las emociones en este punto. Al respecto, se recomienda informar a la sobreviviente que después de haber estado expuesta a una situación de violencia y ser agredida, es normal sentir miedo. Se pueden integrar algunos ejercicios de relajación y respiración (*El operador puede escoger el método de relajación que maneje con mayor familiaridad, y asegurarse de que incluye el componente corporal más que el cognitivo exclusivamente, para evitar la disociación (Barlow, 2013).*)

FIGURA 15.

POSTURAS PARA LA RELAJACIÓN.



EJERCICIOS DE RELAJACIÓN FÍSICA/ INSTRUCCIONES PARA QUE EL OPERADOR SE LAS DE A LA PERSONA SOBREVIVIENTE.

- Primero, respire profundo y lleve a cabo el ejercicio de respiración inhalado y exhalando, ahora empezamos la relajación con cada una de las partes de su cuerpo.
- Tensiones y distensiones las manos despacio, lentamente; primero, la mano derecha y luego la izquierda; descance y respire profundo.
- Luego, tensione los brazos hasta que sienta la diferencia entre la tensión y la distensión. Tensione cada brazo por 10 segundos y luego suéltelo.
- Ahora continúe con los músculos del cuello, voltee su cuello despacio hacia la derecha y luego hacia la izquierda; luego, haga movimientos suaves de manera circular. Respire profundamente y descance.
- Trabaje con los músculos de la cara, abra la boca para que tensione las mejillas y toda la cara; luego, los músculos de la frente.
- Continúe con los músculos de los hombros y la espalda. Tensiones los hombros hacia arriba y luego mueva los hombros hacia adelante y hacia atrás. Respire profundamente y descance.
- Luego tensione los músculos del pecho, del abdomen y de la cadera y suéltelos despacio, lentamente.
- Finalmente, tensione su pierna derecha hacia adelante, extendiendo y tensionando el dedo gordo de su pie derecho primero y luego el izquierdo.

VISUALIZACIÓN PARA MANEJAR EL ESTRÉS Y LOGRAR AUTO REGULACIÓN EMOCIONAL

Por favor piense en una montaña grande con muchos árboles, el sol cae sobre la montaña. Empieza a sentir la brisa que le toca la cara y le desordena el pelo. Se siente muy bien...

respire profundo y sienta como esa brisa pasa por todo su cuerpo llenándola de tranquilidad y felicidad. Esa sensación le da seguridad interna sin importar el sitio donde se encuentre. El poder de lo que imaginamos es más fuerte que las experiencias mismas. Concéntrese en las sensaciones. Ahora se imagina que está caminando por esa montaña y que quiere lograr llegar a la cima, va despacio y lentamente, pero con seguridad, ahora huele a campo, y a brisa fresca, va despacio regresando de la montaña con felicidad de haber estado en un lugar maravilloso desde lo más profundo de usted misma. Respire profundo y poco a poco regrese al momento inicial.

Para el contexto remoto, el operador le graba los ejercicios a la persona sobreviviente para que los practique en casa o, en el encuentro le va diciendo por teléfono cada ejercicio. Se recomienda adicionalmente, otro ejercicio de relajación utilizando la visualización de estados de tranquilidad y relajación.

5. Entender el dolor emocional.

(La sensación del dolor emocional no tiene diferentes momentos y aunque cada uno siente el dolor de una manera específica), la narración de los episodios de VBG que es un elemento clave en el componente de recuperación emocional, se aprende a manejar y a entender los sentimientos que se dan en relación con las experiencias de VBG y es un camino hacia el alivio de ese sufrimiento emocional.

6. Evaluar.

Si hay indicadores del estrés post traumático se deben revisar los componentes de la respuesta DSMV (2013) y determinar si es preciso hacer la remisión. Si se trata de un solo indicador, este puede ser intervenido en esta estrategia de atención psicosocial en el caso por ejemplo de que se presenten problemas del sueño hay que indagar por la frecuencia y la ocurrencia de cada uno de los signos asociados mediante el TEP.

10.2 PASOS PARA EL MANEJO COMPORTAMENTAL Y HABILIDADES BÁSICAS COTIDIANAS

Recuperar la rutina diaria y el funcionamiento psicológico

Uno de los problemas que enfrenta una persona en situación de VBG es la ruptura de los hábitos propios de la cotidianidad. Hay que determinar cuáles fueron los cambios drásticos en el día a día y se debe definir una rutina diaria en la que se incorporen todas las actividades básicas cotidianas incluyendo: horarios de aseo y cuidado personal, hábitos de alimentación y sueño. Es preciso incluir actividades de trabajo (si es el caso) y programar actividades de tiempo libre dentro de la rutina. El ejercicio físico es recomendable para la reducción del estrés y la superación del trauma. (Borsani, 2011). Esto es particularmente importante y significativo en los grupos de mujeres con necesidades especiales como las migrantes en situación irregular y las refugiadas. Estas necesidades especiales empeoran, en ellas, la situación de incertidumbre y de dificultad para predecir y controlar su ambiente y su vida, por lo que la recuperación de la rutina diaria se debe reforzar e incorporar en cualquier plan de atención psicosocial.

Recomendaciones para la reducción del estrés durante aislamiento. Ejercicio Físico.

- Bailar
- Caminar dentro del apartamento.
- Saltar lazo.
- Limpiar la casa
- Practicar ejercicios de respiración

10.3 PASOS PARA EL MANEJO COGNITIVO

1. Identificar y reconocer las creencias y los pensamientos asociados al evento o a los episodios traumáticos.
2. Mantener recuerdos agradables que generen estados emocionales de tranquilidad y sentimientos de felicidad.
3. Enfocarse en las habilidades de afrontamiento.
4. Darle un sentido a la adversidad.
5. Narrar las diferentes experiencias: (1) organizar pensamientos y recuerdos, (2) integrar pensamientos con activación emocional dentro de la narración, (3) unificar fragmentos de recuerdos dentro del recuerdo global, (4) identificar pensamientos imprecisos, (5) procesar distorsiones y evitar disociación. Si este último se presenta como indicador psicosocial es urgente remitir a atención especializada.
6. Identificar pensamientos y sentimientos difíciles en relación consigo mismo, con los demás y con el futuro, en general.
7. Desarrollar estrategias para conectar sentimientos con pensamientos y acciones.
8. Hacer inventario de problemas y calificarlos de menor a mayor con el fin de diseñar el plan de atención psicosocial basado en las necesidades psicosociales de la sobreviviente de VBG.

EJERCICIO DE CONCIENCIA PLENA (MINDFULNESS):

10.4 AUTOREGULACIÓN EMOCIONAL Y MANEJO DEL CUERPO

- Definir la importancia del cuerpo y la relación con el componente emocional.
- Analizar la situación del cuerpo como territorio propio y como la principal dimensión afectada en la VBG
- Hacer el ejercicio del esquema corporal para recuperar la autoimagen y la confianza en sí mismo. Se sugiere que este ejercicio del cuerpo se haga posterior a uno de relajación y se sugiere también que se lleve a cabo con el ejercicio del agua.

EJERCICIO:

Ejercicio de relajación e imaginación para reducir angustia e indicadores asociados a la ansiedad.

Ejercicio del Agua en movimiento

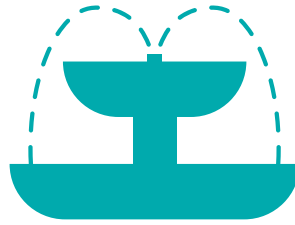
La persona encargada de la atención psicosocial puede impartir estas instrucciones a través de servicios remotos, ya sea por teléfono móvil o por WhatsApp o en un correo electrónico.

Tomar una ducha con propósito.

Cuando tomes una ducha intenta memorizar la sensación de relajación que produce el agua al caer por tu cabeza, por los ojos, por tu cara, por tu nariz, por los hombros... y así por el resto del cuerpo, según tu propia fórmula.

Tomar una ducha es una de las sensaciones más relajantes puesto que permite experimentar una sensación de tranquilidad por la estimulación que el agua produce en el cuerpo. La estimulación corporal permite la relajación de cada una de las partes del cuerpo.

Piensa en una fuente de agua que te recuerde que el agua corre....



Cuando hagas la relajación recuerda las sensaciones de la ducha. Cuando te duches recuerda y sigue los pasos de la relajación...

Los pasos que permiten los ejercicios de relajación, inician por las manos, los brazos, el cuello, la espalda, los hombros, la cabeza, la cara, el abdomen y las piernas. Haz ese recorrido mentalmente y concéntrate en el agua y en la sensación del agua sobre el cuerpo.

Ejercítala respiración profunda a medida que haces el recorrido por el cuerpo...hasta que una respiración profunda,

una palabra, un recuerdo, una imagen mental...te permita relajarte con los ojos abiertos en situaciones de ansiedad.

No tienes que memorizarla puedes seguir tus propias reglas.

El operador u operadora de atención psicosocial puede grabar las instrucciones de la relajación si es el caso.

A medida que vas adelantando con la relajación y la visualización... puedes ir incorporando otros elementos a la narración imaginaria.... piensa en un paisaje que te guste y que te haga sentir tranquila, puede ser un bosque, una playa, un campo...



A medida que vas avanzando te vas relajando más y más y empiezas a hacer parte del sitio que imaginas. Relaja tu mente y concéntrate en las sensaciones que experimentas cuando el agua toca todas las partes de tu cuerpo. Este momento es particularmente tuyo... estás segura, porque es el momento de tu espacio y donde solamente tú estas controlando tu vida, tu mente y tus deseos. Contáctate contigo misma. Atiende sólo a las sensaciones de relajación y, poco a poco, vas regresando para terminar el ejercicio.

Lo puedes llevar a cabo todas las veces que consideres necesario un espacio de relajación para ti misma

Mindfulness:

Es una estrategia que busca que la persona sobreviviente esté alerta del momento presente a partir de una vivencia de la conciencia plena, en donde no haya filtros ni juicios de valor sobre si misma. Es una estrategia para establecer la relación entre la mente y el cuerpo en el aquí y el ahora. Es una práctica efectiva para lograr el bienestar emocional y psicosocial. Se puede iniciar el entrenamiento en Mindfulness invitando a la persona sobreviviente a que observe elementos de su entorno, a que sea consciente de sus pensamientos y de sus palabras y su relación con sus emociones, a que haga una auto-observación de su comportamiento, entre otros.

Ejercicio de Mindfulness:

- Concéntrase en el ejercicio y desmitifique el concepto de la meditación.
- Elimine todas las distracciones y enfóquese directamente en el ejercicio
- Sea consciente de la experiencia
- La práctica se puede hacer con la instrucción del orientador psicosocial o con una grabación
- Esta práctica tomará cinco minutos.

Pasos:

- Ponga unas uvas pasas en su mano (si no tiene uvas pasas, una manzana o cualquier fruta puede servir)
- Imagínese que usted acaba de aterrizar en la tierra desde un planeta distante sin esta fruta.
- Una vez que usted tiene la fruta en la mano, cierre los ojos y empiece a explorarla con todos sus sentidos.
- Enfóquese en el objetivo como si usted no lo hubiese visto antes.
- Acérquese primero con el olfato y exprese la sensación que usted experimenta sobre ese objeto.
- Seguidamente, utilice sus manos para ver qué reacción tiene ante la textura y, finalmente, abra sus ojos para que lo observe en su totalidad.
- Luego, traiga la fruta cerca a su boca. Siga sintiéndola sensorialmente y, finalmente empiece a comer la fruta centrándose solamente en las sensaciones que le produce en el gusto.⁴³

10.5 FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ESTABLECER VÍNCULOS SANOS

- Desarrollar seguridad por medio de la identificación de las capacidades para relacionarse
- Promover la adecuación de relaciones con familiares y amigos para fortalecer redes de apoyo
- Definir los vínculos sanos y no-sanos y los múltiples actores para vincularse y establecer relaciones emocionales adecuadas
- Identificar la clase de vínculos que establece: de confianza básica, ambivalente, evitativos.

Ejercicio

Se recomienda que la persona sobreviviente haga un álbum de fotos de personas cercanas.

10.6 FORTALECIMIENTO DE LA IDENTIDAD / AUTOEFICACIA- AUTOESTIMA

- Identificar las características que la hacen única como mujer. (Utilizar el ejercicio del álbum de fotos: se le solicita a la sobreviviente que elabore un álbum de fotos con los recuerdos más importantes que tenga presentes en su línea de tiempo; si tiene acceso a fotos se puede recurrir a ellas. También se puede hacer el ejercicio del árbol incluido en la Guía.
- Determinar las capacidades, los talentos y potencialidades en todas las áreas del desarrollo (física, cognitiva, emocional, social)
- Establecer metas y logros en términos de tiempo para fortalecer la auto eficacia
- Utilizar el ejercicio del árbol disponible en la etapa de valoración.

NOTA

En el capítulo 4 de la Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG (UNFPA, 2020) encontrará algunas de las acciones descritas anteriormente. La presente Guía trata de articular y complementar dicha guía para facilitar el trabajo de los operadores de atención psicosocial.

Todos los ejercicios fueron diseñados para que puedan hacerse de manera remota por lo que, todos los formatos deben ser diligenciados por el operador con la información que la persona sobreviviente le va proporcionando.

43 Se recomienda utilizar los ejercicios de Mindfulness de STAHL, B; IGOLDSTEIN, E. (2010) A Mindfulness based stress reduction workbook. Oakland, New Harbinger. Fernández, A. y Rodrigo, M. 2012 Mindfulness atención plena, Madrid editorial dilema.

10.7 EJERCICIOS FOCALIZADOS, ESTRUCTURADOS, NO ESPECIALIZADOS.

A CONTINUACIÓN, USTED ENCONTRARÁ UNA SERIE DE EJERCICIOS QUE PUEDEN SER ÚTILES PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL FOCALIZADA, ESTRUCTURADA NO ESPECIALIZADA. Son ejemplos y alternativas que pueden guiar las actividades en forma remota y, ocasionalmente, presencial si es el caso.

EJERCICIO 1.

¿PARA AHORA O PARA SIEMPRE?

Objetivo: Distinguir entre los eventos estresantes duraderos y los que son de corta duración.

Modalidad: Remota o Presencial. En este ejercicio cobra importancia la habilidad verbal de la responsable.

Materiales: Hoja, lápiz o bolígrafo.

EN LA ATENCIÓN REMOTA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO CON LA INFORMACIÓN QUE LA SOBREVIVIENTE PROPORCIONE.

Procedimiento

- *¿Por ahora o para siempre?* Es un ejercicio de reestructuración cognitiva en el que se pretende que la sobreviviente identifique los problemas que siempre van a estar presentes y los diferencie de aquéllos que son situacionales. Su desarrollo está dividido en varias etapas.
- Se recomienda que antes de iniciar, el responsable del equipo de atención psicosocial le dé a la sobreviviente una pequeña introducción sobre el ejercicio que se llevará a cabo (*ver ejemplo*).
- Una vez hecha la introducción, el operador le pedirá a la sobreviviente que, enumere, en su cabeza, los problemas o las situaciones preocupantes que le generan malestar.
- Posteriormente, el responsable le pedirá a la persona sobreviviente que señale cuáles de los problemas que pensó previamente, son “*por ahora*” y cuáles “*para siempre*”; tras tener un espacio para la reflexión, la persona sobreviviente le indicará al operador cuáles de los problemas que identificó en un principio, considera que son “*por ahora*” y cuáles “*para siempre*”.
- Es probable que, en ocasiones, sea necesario que el responsable del equipo de atención psicosocial realice algunas preguntas para ayudar a la sobreviviente a decidir. Cuando la sobreviviente haya terminado, se debe evaluar conjuntamente respondiendo la siguiente pregunta: “*¿en cuál columna hay más problemas relacionados?*” y, posteriormente, se harán preguntas de síntesis como, *¿qué concluyes de este ejercicio? ¿qué piensas de las respuestas? ¿qué te queda de este ejercicio?*

Ejemplo de introducción al ejercicio.

María, me has dicho que te sientes atrapada por tus problemas, que los ves como si fueran a durar para siempre y que las cosas nunca van a cambiar. Entiendo que te sientas desesperanzada, es normal. A veces, puede ser útil hacer un listado de las cosas que nos preocupan y ver cuáles van a ser solo “*por ahora*” y cuáles realmente, van a estar en tu vida “*para siempre*”

FORMATO NO. 1, EJEMPLO.

Problema o preocupación	Por ahora	Para siempre
Ayudar a mis hijos a hacer las tareas.	x	
Pagar el arriendo	x	

Fuente: Ejercicio tomado y adaptado de Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009)

EJERCICIO 2

¿CUIDADO O CONTROL?

Objetivo: Distinguir cuáles de los comportamientos de su pareja están motivados por el cuidado y cuáles por el control.

Modalidad: Remota o Presencial. En este ejercicio cobra importancia la habilidad verbal de la responsable.

Materiales: Hoja, Lápiz o bolígrafo.

EN LA ATENCIÓN REMOTA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO CON LA INFORMACIÓN QUE LA SOBREVIVIENTE LE PROPORCIONE.

Procedimiento

En ocasiones, las sobrevivientes presentan profundas dificultades para reconocer en sus parejas los comportamientos de control, los cuales, por la propia dinámica de la relación, tienden a ser justificados e ignorados.

El ejercicio *¿Cuidado o Control?* Se desarrolla a través del diligenciamiento del formato No. 2 (*ver ejemplo*) en el que se pretende que la sobreviviente:

- Identifique cuáles de los comportamientos de su pareja están motivados por el cuidado y cuáles por el control.
- Inicialmente, se le pedirá a la sobreviviente que en la primera columna señale los comportamientos de su pareja que son percibidos por ella como controladores desde la perspectiva patriarcal y los diferencie de algún comportamiento que pueda ser considerado un comportamiento sano y no disfrazado de micromachismo.
- Posteriormente, la sobreviviente deberá clasificar, en la segunda y tercera columna, el grado de control y cuidado que se relaciona con estos comportamientos; para ello, podrá usar puntajes entre uno (1) y 10.
- Una vez la sobreviviente haya dado su calificación a los comportamientos señalados, se realizará conjuntamente el análisis comparativo entre las dos columnas.

FORMATO NO. 2, EJEMPLO.

Comportamiento de tu pareja	Nivel de cuidado	Nivel de control
“Me revisa el celular “	2	8
“No deja que me vea con mis amigas”	4	7
“Me llama varias veces al día para saber cómo estoy y que estoy haciendo”	6	5
“No me deja que vea a mis familiares”	2	8
“Llega de sorpresa a lugares en los que estoy”	3	7
“Me pide el dinero que gano para administrarlos mejor “	2	8
“Me pide mis extractos financieros”	2	7

Fuente: Ejercicio tomado y adaptado de Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009)

Después de diligenciar dicho formato (con las indicaciones de la persona sobreviviente), el equipo de atención psicosocial y la persona sobreviviente tendrán una conversación para analizar los números asignados a los comportamientos del agresor. En este espacio de “debriefing” se deberá discutir cuáles comportamientos pueden ser justificados como protectores, pero en realidad son parte del plan de poder y control ejercido por el agresor vs cuáles son simplemente actos explícitamente controladores.

EJERCICIO 3

¿ESTÁS LISTA PARA ALGUNOS CAMBIOS?

Objetivo: Aumentar la motivación

Modalidad: Remota o Presencial. En este ejercicio cobra importancia la habilidad verbal de la responsable.

Materiales: Hoja, Lápiz o bolígrafo.

EN LA ATENCIÓN REMOTA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO CON LA INFORMACIÓN QUE LA SOBREVIVIENTE LE PROPORCIONE.

Procedimiento

¿Estás lista para algunos cambios? Es un ejercicio de reestructuración cognitiva que busca aumentar la motivación de la sobreviviente hacia el cambio. En este caso, se reconoce cómo cada persona difiere de los demás con respecto al nivel de angustia que le producen sus problemas, qué tan apto se ve para solucionarlos y el nivel de esfuerzo que invierte en ello. Así, en un principio, el responsable del equipo psicosocial le pedirá a la sobreviviente que:

- Identifique y señale una situación problemática que desee cambiar.
- Posteriormente, con base en la situación mencionada por la sobreviviente, se diligenciará el Cuestionario No. 1, el cual está compuesto por siete (7) preguntas dirigidas a valorar las diferentes percepciones de la sobreviviente frente a los elementos básicos del cambio. Cada interrogante tiene siete opciones de respuesta que varían según el objetivo en cuestión. La primera pregunta se relaciona con el nivel de angustia subjetiva asociada al problema. En este caso, es importante tener en cuenta que a mayores niveles de angustia se espera un mayor esfuerzo por parte de la persona para solucionar la situación. La segunda pregunta es similar a la primera y aborda la sensación de impotencia y falta de control relacionada con los problemas. Por su parte, la tercera pregunta se relaciona con el sentido de anormalidad o incomodidad causado por el problema; verse a sí misma fuera de la situación genera un mayor nivel de malestar. La siguiente pregunta se relaciona con el nivel de confianza de la sobreviviente en el proceso. Por último, las tres preguntas restantes evalúan la valoración subjetiva de la sobreviviente en relación con su compromiso con el cambio y su capacidad percibida para llevarlo a cabo.
- El patrón de respuesta de la sobreviviente es relevante y provee un insumo importante para el afrontamiento a través de la revaloración cognitiva. Por ejemplo, si el problema es medianamente angustiante, los esfuerzos por solucionarlo van a ser menores. Por otra parte, si la situación es demasiado agobiante, pero la sobreviviente no experimenta desesperanza o la sensación de falta de control, hay una inconsistencia que puede ser procesada con la sobreviviente a través de diferentes interrogantes (ver recuadro).

Ejemplo

“¿cómo esta situación te puede molestar tanto, si solo te sientes un poco indefensa?”

“¿cómo es que esta situación te molesta tanto, si te sientes en control?”

La confianza en el proceso y la autoeficacia percibida para el cambio son áreas de intervención particularmente importantes, pues el problema puede ser muy angustiante y contribuir a un gran nivel de desesperanza, pero si la sobreviviente duda de la efectividad del proceso, es muy probable que no se generen los cambios deseados. Por último, es importante tener en cuenta que la sobreviviente puede tener malestar, sentirse desesperanzada, tener confianza en el proceso, pero el cambio puede llegar a ser difícil porque, no cree en sus habilidades.

CUESTIONARIO ¿ESTÁS LISTA PARA ALGUNOS CAMBIOS?

Mi problema es: _____

Señale un número.

Me molesta (señale un número)						
1 En Absoluto	2	3	4 Más o menos	5	6	7 Mucho
Me siento fuera de control y impotente por eso						
1 En absoluto	2	3	4 Más o menos	5	6	7 Mucho
Yo creo que personas de mi edad tienen este tipo de problemas						
1 No muchas	2	3	4 Algunos	5	6	7 Totalmente
Estoy seguro de que este proceso va a ayudar						
1 En absoluto	2	3	4 Más o menos	5	6	7 Totalmente
Quiero cambiar mis pensamientos, sentimientos y comportamientos						
1 No	2	3	4 Más o menos	5	6	7 Totalmente
Estoy tratando de cambiar mis pensamientos, sentimientos y comportamientos						
1 No	2	3	4 Más o menos	5	6	7 De verdad
Pienso que estoy listo para cambiar mis pensamientos, sentimientos y comportamientos.						
1 No	2	3	4 Más o menos	5	6	7 De verdad

Fuente: Ejercicio tomado y adaptado de Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009).

EJERCICIO 4

CONVERSACIÓN NEUTRA

Objetivo: Generar respuestas a los pensamientos automáticos negativos producidos en los diálogos internos.

Modalidad: Remota o Presencial. En este ejercicio cobra importancia la habilidad verbal de la responsable.

Materiales: Hoja, lápiz o bolígrafo.

EN LA ATENCIÓN REMOTA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO CON LA INFORMACIÓN QUE LA SOBREVIVIENTE LE PROPORCIONE.

Procedimiento

La “Conversación Neutra” es una técnica práctica de reestructuración cognitiva en la que se pretende que la sobreviviente genere respuestas adaptativas a los pensamientos automáticos negativos producidos por aquellos diálogos internos angustiantes.

- En este caso, el operador del equipo de atención psicosocial le pedirá a la sobreviviente que mencione algunas de las cosas negativas que se dice a sí misma en situaciones difíciles.
- Posteriormente, con base en ello, la sobreviviente, con el apoyo del responsable del equipo de atención psicosocial, construirá respuestas a los pensamientos negativos, anteriormente identificados.

Responsable: Laura, ¿Tú sabes lo que son las conversaciones negativas?

Laura: No.

Responsable: cuando alguien está molesto, por ejemplo, dice cosas que no siente para generar malestar, tristeza, rabia o miedo. Es normal, aunque no lo parezca que seamos nosotros mismos, en ocasiones, quienes nos decimos cosas que nos lastiman.

Laura: mmm, ok.

Responsable: ¿te suena familiar?

Laura: sí, algo...

Responsable: Bueno, pues ahora es el momento de responder a estos pensamientos.

Vamos a escribir ese tipo de comentarios negativos que te dices a ti misma. ¿Me podrías dar un ejemplo?

Laura: mmm, no sé, “no hago nada bien; no sirvo para nada”.

Responsable: Ese es un mensaje bastante fuerte que te está enviando tu mente. Vamos a responderle.

Laura: no sé cómo, la verdad. Muéstrame.

Responsable: Yo sé que es difícil probar cosas nuevas, más aún, porque es algo con lo que todos hemos luchado durante mucho tiempo. Pero, es mejor si a pesar de lo difícil que es, tú eres quien toma la determinación de responder.

Laura: no sé lo que quieras que diga.

Responsable: Cualquier cosa que tú creas que puede aliviar un poco el malestar de ese comentario.

Laura: Nunca hago nada bien.

Responsable: ¿eso funciona para tranquilizarte?

Laura: No, en realidad.

Responsable: Tal vez, puedo ayudarte a empezar. Qué tal algo como: *“yo soy más que mis debilidades y aunque, no siempre las cosas salgan como yo quiero, puedo hacer lo que sea que me proponga”*

Laura: Ok, entiendo.

FORMATO NO. 2, EJEMPLO.

Diálogo interno	Respuesta
no hago nada bien; no sirvo para nada.	<i>“yo soy más que mis debilidades y aunque, no siempre las cosas salgan como yo quiero, puedo hacer lo que sea que me proponga”</i>

Fuente: Ejercicio tomado y adaptado de Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009).

EJERCICIO 5

BÁLSAMO PARA LA RABIA

Objetivo: Modificar percepciones interpersonales inadecuadas.

Modalidad: Remota o Presencial. En este ejercicio cobra importancia la habilidad verbal de la responsable.

Materiales: Hoja, lápiz o bolígrafo.

EN LA ATENCIÓN REMOTA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO CON LA INFORMACIÓN QUE LA SOBREVIVIENTE LE PROPORCIONE.

Procedimiento:

Las dinámicas propias de las relaciones de pareja llevan, en ocasiones, a que las sobrevivientes se vean a sí mismas como deliberadamente agredidas y heridas generando respuestas pasivo-agresivas que están motivadas por, además de la rabia, profundos sentimientos de tristeza. En este sentido, el ejercicio *“bálsamo para la rabia”* pretende disminuir las experiencias de malestar de las sobrevivientes, a través de la revaloración de sus pensamientos.

- Para ello, se utiliza el formato No. 3 en el que, en las cuatro primeras columnas la sobreviviente deberá registrar la fecha, la situación, la intensidad de la rabia sentida y las atribuciones que da a la situación en cuestión.
- Posteriormente, se continuará con el proceso de elaboración del “bálsamo” en el cual, se le enseña a la sobreviviente a cuestionar las percepciones interpersonales inexactas que dan forma al comportamiento agresivo, a través de una serie de preguntas (ver recuadro).
- Para ello, el responsable del equipo de atención psicosocial le realizará a la sobreviviente las preguntas que considere pertinentes de acuerdo con la situación específica de la sobreviviente.
- Una vez se haya diseñado el “bálsamo”, éste se escribirá en la quinta columna. Así, en la última columna, se escribirá el nuevo nivel de intensidad con la intención de comparar si el nivel de malestar disminuyó después del procesamiento realizado.

PREGUNTAS

¿Estoy confundiendo algo que pasó por accidente con algo hecho a propósito?

¿Qué tan segura estoy de que mis suposiciones sobre las acciones de las personas son ciertas?

¿Estoy confundiendo las cosas que son injustas con las cosas que simplemente no suceden como yo quiero?

¿Esto solo me pasa a mí o le pasa a todo el mundo, de vez en cuando?

¿Espero que los demás sigan siempre todas mis reglas?

¿Los demás saben lo que yo espero?

¿Qué tan indulgente estoy dispuesta a ser cuando la gente rompe mis reglas?

¿Estoy viendo a la gente de una sola forma?

¿Cómo acepto mis propios sentimientos negativos? ¿Creo que debo deshacerme de estos sentimientos?

¿Me estoy deshaciendo de mis propios sentimientos indeseados al herir a otras personas?

¿Cómo defino el poder y el control? ¿Confundo autocontrol con controlar a otras personas?

¿Qué tan indefensa estoy en la situación?

¿Cuál es mi responsabilidad por lo que me pasa?

Fuente: Ejercicio tomado y adaptado de Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009).

EJERCICIO 6

ORGANIZA TUS PREOCUPACIONES

Objetivo: Disminuir la sobreestimación de la magnitud y la probabilidad de los peligros anticipados.

Modalidad: Remota (Presencial). En este ejercicio cobra importancia la habilidad verbal de la responsable.

Materiales: Hoja, lápiz o bolígrafo.

EN LA ATENCIÓN REMOTA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO CON LA INFORMACIÓN QUE LA SOBREVIVIENTE LE PROPORCIONE.

Procedimiento:

Como es sabido, uno de los principales impactos de la violencia de género es el surgimiento de una serie de indicadores psicosociales asociados a la ansiedad, entre los que se encuentran la sobreestimación de la magnitud y la probabilidad de ocurrencia de situaciones que pueden generar malestar en la sobreviviente. Así pues, el ejercicio “*Posiciona tus preocupaciones*” pretende probar las estimaciones de las sobrevivientes sobre las situaciones que les preocupan, así como, la probabilidad de su ocurrencia y la magnitud que tendrían para su bienestar en caso de que sucedan. Para ello, se realiza un proceso escalonado que cuenta con varias fases en las que, entre otras cosas, se realizan algunos cuestionamientos simples.

- Así, en la fase uno, el responsable del equipo de atención psicosocial le pide a la sobreviviente que mencione y enumere las preocupaciones y los miedos que le generan malestar.
- En la fase dos la sobreviviente debe puntuar qué tan malo sería el evento si llegase a ocurrir;
- En la fase tres, la sobreviviente debe clasificar la probabilidad de que realmente ocurra la situación temida.
- El desarrollo escalado en las fases 2 y 3 establece el proceso de reestructuración y simultáneamente reevalúa las distorsiones de la sobreviviente, dando como resultado que empiece a ver sus preocupaciones en un continuo.
- Al final, la sobreviviente evaluará sus respuestas en relación con la magnitud y la probabilidad de ocurrencia del evento temido, para, posteriormente con el apoyo del responsable, dar una conclusión al respecto.

Responsable: Bueno, ya hemos diligenciado el formato con la información que me diste.
Daniela: Sí, te dije bastantes preocupaciones.
Responsable: Sí, ¡muy bien! vamos a revisarlos... ¿te sientes preparada?
Daniela: Sí...
Responsable: Bueno, con todas estas preocupaciones dentro de tu cabeza, no es raro que te sientas cansada y abrumada. Ahora, veamos qué tan probable es que ocurran estas cosas (preocupaciones señaladas por la sobreviviente) ¿a cuántas de las preocupaciones calificaste con un número superior a cinco (5) en la columna de probabilidad?

Daniela: A cinco.
Responsable: Ok. Y ¿cuántas tienen menos que cinco, en la columna de probabilidad?
Daniela: Diez
Responsable: ¿cuáles son más? ¿Las que clasificaste como muy probables o los que para ti son poco probables que ocurran?
Daniela: las menos probables...
Responsable: ¿qué piensas de eso?
Daniela: que muchos de mis miedos no son factibles.
Responsable: Ok, ahora veamos las dos columnas simultáneamente. En cuanto a las preocupaciones que consideras realmente horribles, las que clasificaste con 7 o más. ¿Cuántas hay?
Daniela: mmm, 10.
Responsable: Ok... ahora de esas 10, ¿cuántas son mayores que cinco (5), en la columna de probabilidad?
Daniela: ¿ninguna?
Responsable: Eso parece. En cuanto a las preocupaciones menos nocivas para ti, ¿qué tanta probabilidad hay de que ocurran?
Daniela: ¡Todas!
Responsable: ok... ¿qué piensas de eso?
Daniela: que, todos mis miedos más terribles son poco factibles; mientras que, los que veo más probables son al mismo tiempo los que considero menos preocupantes.

FORMATO NO. 3, EJEMPLO.

Preocupación	¿Qué tan malo es?	¿Qué tan probable es que ocurra?

Fuente: Ejercicio tomado y adaptado de Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009).

EJERCICIO 7

SANÁNDOME/RECUPERÁNDOME INTERNA Y EXTERNAMENTE

Objetivo: Recuperar hábitos sanos que me permitan ir sanando y recuperándome interna y externamente

Modalidad: Remota (Presencial). En este ejercicio cobra importancia la habilidad verbal de la responsable.

Materiales: Hoja, lápiz o bolígrafo.

EN LA ATENCIÓN REMOTA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO CON LA INFORMACIÓN QUE LA SOBREVIVIENTE LE PROPORCIONE.

Procedimiento:

Este ejercicio está basado en la auto-observación; se trata de llevar a la sobreviviente a estar alerta de sí misma. Recordemos que la mayoría de las sobrevivientes vive en alerta por las situaciones negativas que viven diariamente.

- Este es un ejercicio para que logren centrar la atención en ellas diariamente y logren fortalecerse a sí mismas.
- Se les invita a que lleven este recordatorio de actividades, puede ser éste o elaborarlo en conjuntos con el operador de atención psicosocial. A continuación, el formato que se puede trabajar con la sobreviviente.

Actividades	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sab	Dom
Pienso positivamente							
Me digo cosas positivas							
Utilizo la respiración que he aprendido							
Hago ejercicio							
Llevo mi registro de actividades							
Busco hablar con alguien positivo							
Hablo con mi operador psicosocial							
Trato de comer a tiempo							
Hago algo que me divierta							
He podido decir no cuando no quiero hacer algo							

Fuente: Adaptado de Black, C., (2003).

EJERCICIO 8

PASANDO EL PUENTE, VENCIENDO OBSTÁCULOS

Objetivo: Identificar situaciones complejas relacionadas con el proyecto migratorio y evaluar resiliencia y capacidad de afrontamiento.

Modalidad presencial y remota

Materiales: Figura de un puente, hoja de papel, y lápiz para que anote el operador psicosocial, y guarde el resultado en el archivo de caso.

Procedimiento

Por favor decirle a la sobreviviente, que recuerde las veces que ha pasado un puente. Cuáles son las alternativas:

- 1) que logre pasar sin novedad,
 - 2) que se presenten obstáculos en el tránsito del puente.
- Haga con ella un listado de posibles obstáculos. Y al lado cómo lo solucionaría.
 - Mencione que piense en el puente como en el proyecto migratorio, de esta manera se puede hablar de cómo ella ha tenido múltiples recursos para resolver situaciones.
 - Muéstrela la capacidad que tiene y lleve a la persona a que ella proponga soluciones. Si no lo hace, usted como operador/a puede poner ejemplos y pregúntele cuáles cree que son las ventajas de esta solución y cuáles las desventajas. Así se pueden analizar que todo tiene solución.

Obstáculos	Soluciones

EJERCICIO 9. LA SOMBRILLA

APRENDIENDO A COMPRENDER LO QUE ESTÁ FUERA DE NUESTRO CONTROL PERO NOS HACE DAÑO. (UNA ALTERNATIVA PARA MANEJAR LA DISCRIMINACIÓN Y XENOFOBIA).

Materiales: hoja en blanco para anotaciones

Modalidad: remota y presencial

Procedimiento: En muchas ocasiones estamos expuestas a situaciones que son desagradables e incómodas pero que no controlamos porque dependen de las actitudes y comportamientos inadecuados de otras personas. Sin lugar a duda, esto hace daño como cuando es alguien es rechazado y aislado por su condición de migrante o extranjero en un país determinado que se ha seleccionado de destino. O cuando te hacen comentarios negativos por tu apariencia, nacionalidad género u orientación. En este punto debemos aprender varias cosas:

- Que no somos responsables de lo que otros hagan
- Que con sentirnos mal no vamos a cambiar a otros
- Que es necesario aprender a qué hacemos personalmente con lo que otros hacen
- Que no debemos tomarlo personal
- Que nos ponemos una sombrilla encima o un gabán para que nos resbalen los comentarios y actitudes de otros.

Y que podemos hacer lo siguiente:

- Aprendiendo a poner afuera lo que otros dicen: Hacer un listado de experiencias negativas en un papel y decirle a la persona que ponga en una cajita y los ponga en el refrigerador, así esos comentarios negativos se congelan.
- Dejar que se pierdan esas situaciones negativas. Decirle a la persona que imagine un lago donde va a ir a botar todas aquellas experiencias, para que se pueda desprender de ellas. Que me resbale lo que otros dicen o piensan, se debe asegurar que se ha llevado a cabo los ejercicios de autoestima para afianzar la identidad. Recordemos que en población migrante y refugiada es una de las áreas más afectadas.
- Buscando ayuda y confiando en las redes de apoyo social: hacer el listado de posibles personas e instituciones donde podemos pedir apoyo, compañía y ayuda. Es importante fortalecer la capacidad de establecer vínculos sostenibles que permitan a las migrantes y refugiadas la integración en las comunidades de acogida en los países de destino.
- Fortaleciendo mi identidad y autoestima, en este sentido se invita a la sobreviviente a enunciar dos o tres frases que hagan alusión a sus cualidades, para que las escriba en una cartulina y las ponga en su mesa de noche, para que todos los días en la mañana repita estas cualidades y se diga a sí misma estas afirmaciones. Se le invita también a hacerlo frente a un espejo en el cuarto de baño para que sea parte de su ejercicio cotidiano. Se le invita a que no se diga cosas negativas, ya que las palabras determinan estados emocionales.

10.8 GENERALIZACIÓN Y TRANSFERENCIA

En este capítulo es de suma importancia enfatizar en que la mayoría de los aprendizajes que se desarrollan en los encuentros, tienen mayor sostenibilidad y efectividad si se le solicita a la sobreviviente algún ejercicio para hacer en casa después de que el encuentro ha finalizado. Esto permite que haya transferencia de aprendizajes y desarrollos en la cotidianidad y que se trabaje la posible dependencia de la relación con el operador psicosocial. Pueden ser pequeños pasos de una tarea, alguna meta pequeña de fácil cumplimiento, relacionada con las metas a corto término que se pactaron desde el contacto inicial.

EJEMPLO

Fecha / Sesión	Actividades	Contexto de aplicación
Diciembre 2/20 Sesión 6	Ejercicio de respiración trabajado en la sesión con la operadora de atención psicosocial	Casa antes de dormir

11. CIERRE Y SEGUIMIENTO

Una vez se hayan completado las sesiones correspondientes a la atención psicosocial focalizada, estructurada, no especializada y se hayan articulado con las acciones propias de la Gestión de casos, se debe hacer una sesión de cierre y una sesión de seguimiento para garantizar que la sobreviviente esté segura y protegida.

OBJETIVO DE LA SESIÓN DE CIERRE

Identificar conjuntamente con la sobreviviente los aprendizajes y avances que se lograron en su proceso de atención psicosocial.

Se realiza con una entrevista semi estructurada. Se recomienda que el operador de atención psicosocial contraste las metas de corto plazo intervención para evaluar el grado de cumplimiento, desde la perspectiva de la sobreviviente. Es interesante analizar en conjunto un antes y un después de la intervención. **NO** debe llevar un protocolo predeterminado, es importante que se analicen los logros en cada una de las áreas que se propusieron en el plan de atención.

EN CUANTO A LOS CRITERIOS DE CIERRE ESTOS SE ENFOCAN EN DOS VÍAS:

- 1) La reducción de indicadores psicosociales asociados con el malestar emocional (culpa, vergüenza, desesperanza) (ver tabla de indicadores psicosociales asociados al empoderamiento, el afrontamiento y la sanación).
- 2) La recuperación de áreas de funcionamiento psicosocial que se habían perdido o debilitado a causa de la exposición a las situaciones de VBG.

El cierre del caso se podría hacer cuando se cumplen los siguientes criterios

- Hay evidencia de la reducción de la ocurrencia de los indicadores psicosociales
- La sobreviviente muestra menos irritabilidad y comportamiento agresivo
- La sobreviviente muestra menos angustia al hablar y narrar algo relacionado con su experiencia
- Vuelve a disfrutar actividades que usualmente había evadido
- Se siente más motivada a hablar con otros
- Siente menos rabia
- Busca más ayuda
- Manifiesta menos síntomas somáticos

Si estos indicadores no han mostrado mejores niveles en 4 a 6 sesiones se deben llevar a cabo las siguientes acciones:

Remitir a servicios especializados. Si no se cuenta con ellos se deben seguir las siguientes acciones, siempre y cuando sea un profesional autorizado en el país para llevarlas a cabo.

- Evaluar con entrevistas en profundidad,
- Utilizar herramientas psicológicas especializadas
- Identificar lo siguiente:
 - Frecuencia: presencia y recurrencia de los indicadores psicosociales
 - Severidad: intensidad de los indicadores psicosociales (severo, moderado y leve)
 - Momento del periodo de vida en el cual se encuentra la sobreviviente
 - Interferencia con las áreas de funcionamiento
 - Nivel del manejo del mecanismo de afrontamiento

(Parte de esta propuesta fue elaborado por Ramírez, 2019, para el programa de MHPSS En IOM Cox's Bazar, Bangladesh.)

Otros indicadores de mejoría tienen que ver con el fortalecimiento de los recursos personales, que pueden ser evaluados en estado inicial en las seis sesiones de la intervención son:

- Intentar tener un significado en la vida
- Mostrar momentos en los que puede sentir felicidad
- Mostrar algún intento de tener esperanza en el futuro
- Iniciar el mejoramiento en las relaciones interpersonales efectivas
- Iniciar con la búsqueda de un entorno adecuado y seguro
- Inicio del desarrollar de habilidades para la vida que le permitan afrontar los riesgos

Objetivo de la sesión de seguimiento

- Identificar conjuntamente con la sobreviviente su estado psicosocial. Esa sesión se debe programar uno o dos meses después del último encuentro.
- Se identifica la sostenibilidad de los aprendizajes, se evalúa si hay alguna recaída.
- La referencia son siempre las metas de la intervención que se definieron desde la primera sesión.

REFERENCIAS

- Amarís, M. M. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 123-145.
- Black., C. (2003) *Depression strategies*, Mac publishing, Washington.
- Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice*. Guilford Press.
- International Organizations for Migration. (2018). *INSTITUTIONAL FRAMEWORK FOR ADDRESSING GENDER-BASED VIOLENCE IN CRISES*. Geneva: IOM.
- Labrador, F. P.-V. (2004). *Mujeres víctima de la violencia doméstica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Leahy, R. L. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Second Edition Guilford Press.
- Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Rev. Esp. Med. Legal*, 139-145.
- Organización internacional para las Migraciones. (2019). *Informe mundial sobre las migraciones*. Ginebra: OIM.
- Warren, M. (2011). *From Trauma to transformation*. Walles: Crown House Publishing.
- World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2019). *Clinical Management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings*. Geneva: WHO.
- Inter-Agency Standing Committee. 2015. *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery*. guide, Washington: IASC Protection cluster.
- IOM. 2018. *Institutional framework for addressing gender-based violence in crisis*. Guide, Geneva: IOM.
- IOM. 2019. *IOM Handbook on protection and assistance for migrants vulnerable to violence, exploitation and abuse*. Guideline, Geneva: IOM.
- IOM. 2019. *Manual on Community- based on mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*. Guide, Geneve: IOM.
- Inter-Agency Standing Committee. 2015. *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery*. guide, Washington: IASC Protection cluster.
- IOM. 2018. *INSTITUTIONAL FRAMEWORK FOR ADDRESSING GENDER-BASED VIOLENCE IN CRISIS*. Guide, Geneva: IOM.
- IOM. 2019. *IOM HANDBOOK ON PROTECTION AND ASSISTANCE FOR MIGRANTS VULNERABLE TO VIOLENCE, EXPLOITATION AND ABUSE*. Guideline, Geneva: IOM.
- IOM. 2019. *Manual on Community- based on mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*. Guide, Geneve: IOM.
- UNFPA. (2020). *Guía técnica de servicios remotos de atención psicosocial especializada para sobrevivientes de VBG*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

ANEXOS

PRESERVAR LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSICOSOCIAL

Guía de implementación

ANEXO 1

Modelo de consentimiento informado

<p>NOMBRE DE LA PERSONA DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN</p>	<p>ATENCIÓN PSICOSOCIAL SESIÓN #</p>
<p>FECHA: DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____</p>	

NOTA: Tenga en cuenta que esta autorización es esencial en todos los países para ofrecer un servicio de atención psicosocial, se debe tener el consentimiento informado de parte de las personas, que va a recibir un servicio. En este consentimiento, ud. debe leer todos los riesgos que puede tener por el servicio. En la modalidad remota se debe obtener verbalmente, si es posible puede ser enviado firmado a través de un correo electrónico, si existe la disponibilidad. Teniendo en cuenta los lineamientos técnicos del uso de la tecnología para atención remota.

Yo (nombre de la persona que requiere el servicio) _____ mayor de edad, identificado con CC. N° (si tiene documentación)⁴⁴ si no tiene, no será necesario, ocasionalmente vale la pena para registro y seguimiento, pero por razones de seguridad, si es problemático es preferible utilizar un código para llevar la organización de las consideraciones éticas.

Autorizo a **XXXX**, a llevar a cabo sesiones de atención psicosocial conmigo, teniendo en cuenta que he sido informado/a claramente sobre los procedimientos y riesgos que se pueden presentar.

- Le debe explicar la naturaleza y propósito del proceso de atención psicosocial que se va a efectuar.
- Le debe aclarar todas las dudas e inquietudes que susciten.
- Ejemplo: Buenas tardes.... Mi nombre es XXXX y trabajo con XXX, para que podamos continuar hablando necesito que me autorice para llevar a cabo estas sesiones y poder ofrecerle la atención
- Vamos a tener una serie de entrevistas principalmente vía telefónica, WhatsApp o correo electrónico, dígame si esto está bien para usted. Le informo que esto tendrá un manejo seguro y que en todo momento se tendrá en cuenta su seguridad
- Que luego de evocar las diferentes situaciones de riesgo, puede presentar tristeza, ansiedad, pesadillas o malestar emocional, puesto que se han movilizado cargas emocionales traumáticas que pueden manifestarse en cambios emocionales y de conducta, que es importante que se comunique con el operador de atención psicosocial a fin de programar un encuentro lo más pronto posible.
- Se le debe informar a la persona que toda la información será de carácter confidencial.
- Se le debe informar que todas las intervenciones realizadas serán consignadas en informes de sesión, informes escritos, etc.
- Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Al firmar o aceptar este consentimiento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización de las sesiones a que haya lugar en este proceso y firmo a continuación o doy mi autorización verbal

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

44 Si no tiene documento, informe que igual recibirá el apoyo

ANEXO 2

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS PARA SOBREVIVIENTES DE VBG

LISTA DE CHEQUEO DE INDICADORES PSICOSOCIALES INSTRUMENTO DE TAMIZAJE.⁴⁵

Adaptado por: Clemencia Ramírez, M.A. PhD – IOM Consultant /2019

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada afirmación a las personas que está entrevistando y marque si o no. Usted puede aplicar la escala o identificar la presencia o ausencia de cada una de estas posibilidades a partir de la narración que le hace la persona. Como es un instrumento de valoración y básicamente de tamizaje usted podrá identificar la clase de indicador psicosocial que se asocia y que puede estar presente. (cognitivo, ©, fisiológico (f), emocional, (e), comportamental (b) se marcó b para no confundir con cognitivo. Es únicamente para hacer un barrido del funcionamiento o estado psicológico actual.

Adaptado de Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2nd ed. New York, United States. Guilford press.

Afirmación	SI	NO
1.Le produce miedo pensar en el evento c)		
2.Se pone tenso o molesto como respuesta al recordar lo sucedido o los problemas que tiene actualmente c), e)		
3.Ve imágenes intrusivas y oye sonidos relacionados con el evento c)		
4.Evita cualquier recuerdo del evento©		
5.Ha bajado su interés en actividades (b)		
6.Evita ponerse en contacto con sus sentimientos©		
7.Teme repetir ese evento c), e)		
8.Se le ha reducido su control de impulsos b)		
9.Tiene pensamientos intrusivos acerca del evento©		
10.Está nerviosa y como que se altera fácilmente (f) (e)		
11.Demuestra muy poco afecto (e)		
12.Se siente muy sola© (e)		
13.Sueña con lo que le ha sucedido© (e)		

⁴⁵ El presente instrumento se adaptó para la consultoría contratada por el Programa de MHPSS- IOM Bangladesh (2019). El instrumento esta originalmente en inglés, es el resultado de la consulta de varios instrumentos disponibles de diferentes autores. Es de uso interno para el trabajo de los operadores de atención psicosocial el resultado de varios.

Afirmaciones	SI	NO
14.Tiene sueños que la alteran ©		
15.Se le ha afectado el sueño (f)		
16.Tiene pesadillas (f)		
17.Se siente culpable (e)		
18.Tiene problemas de salud (b)		
19.Le cuesta trabajo poner atención© (e)		
20.Tiene quejas somáticas (f), e)		
21.Llora sin razón identificada (b), e)		
22. Se siente irritable y molesta la mayor parte del tiempo (b) (e) (c)		
23.Es agresiva física y verbalmente (b)		
24.Tiene temor por separarse de alguien €		
25.Es hiperactiva, no se puede quedar quieta (b)		
26. Se considera con síntomas de depresión c), b), e)		
27.Se ha aislado voluntariamente de su grupo de amigos (b)		
28. Ha pensado en que no quiere vivir c), e)		
29.Tiene tendencia a pensar que se quiere suicidar c), e)		
30.Tiene fantasías de muerte c), e)		

#TOTAL SI POR ESCALA – #TOTAL NO POR ESCALA

PROMEDIO CON EL NÚMERO TOTAL DE ITEMS POR ESCALA

ANEXO 3.

Modelo de formulación para análisis psicosocial de casos de VBG

(Versión adaptada de Ramírez, 2002, 2016)

I. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre completo: no es necesario, pero si es posible puede cambiarse por un código
Número documento: no es requisito, puede ser sustituido por un código para el registro
Edad:
Fecha de nacimiento:
Escolaridad:
Ocupación:
Atención psicosocial anterior:
Fecha de inicio de la atención
Número de sesiones:

- A. Informe del Contacto y de la Valoración Inicial
Resumen de la información recolectada a través de la entrevista y los ejercicios

- B. Resumen de la problemática
Análisis general del caso

Problemas Identificados	Indicadores		
	Físicos	Cognitivos	Emocionales

Interpersonal/relacional	Comportamentales

II. CONTEXTO PROXIMAL

- A. Familia inmediata (eventos relacionados con la problemática actual)
- B. Contexto Laboral/Ocupacional/Educativo
- C. Factores predisponentes/precipitantes

III. CONTEXTO DISTAL

- A. Familia extensa
- B. Comunidad
- C. Factores predisponentes/precipitantes

IV. ANÁLISIS FUNCIONAL

SITUACIÓN (ANTECEDENTE)	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS

V. FACTORES INTRAPERSONALES

- A. Biológicos
- B. Psicológicos
- C. Procesos de aprendizaje (Mecanismos)
- D. Factores predisponentes/precipitantes

VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN



Plataforma de Coordinación
Interagencial para Refugiados
y Migrantes de Venezuela

R4V.INFO