

3

CONTENCIÓN
EMOCIONAL
EN EL ABUSO
SEXUAL.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL APOYO EMOCIONAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Dra. Fernanda Lozano¹

Psic. Clínica Wanda Oyola²

¹Dra. en Medicina. Especialista en Medicina Legal. Máster en Medicina Forense. Máster en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Violencia de Género. Integrante del Comité Nacional del SIPIAV y Equipo Central de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE

²Psicóloga Clínica. Equipo de Salud Mental Jardines del Hipódromo. Equipo Central de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE

Contenido

Respuestas de las víctimas ante evento traumático como violencia sexual.....	5
Recomendaciones para la contención emocional de las víctimas de violencia sexual, en los servicios generales de salud	6
Recomendaciones ante el relato de violencia sexual.....	11
Intervención en crisis.....	12
Bibliografía consultada	18

Respuestas de las víctimas ante evento traumático como violencia sexual

Ante un suceso traumático, no todas las personas reaccionan de manera similar. La forma de vivir la experiencia traumática y su evolución dependerá de factores objetivos vinculados con el tipo de evento (gravedad, carácter inesperado, responsable del mismo, riesgo vital, daño físico, dolor), así como factores individuales y subjetivos vinculados a sus recursos psicológicos, y del apoyo social con los que cuente. Todo esto determinará posteriormente si se desarrollarán síntomas psicopatológicos postraumáticos. Habitualmente ante eventos traumáticos la capacidad de respuesta y afrontamiento se ve desbordada dificultando la adaptación y desarrollando sentimientos de impotencia, desesperanza y malestar emocional, lo que es más acentuado en casos de intencionalidad, como las situaciones de violencia y particularmente la violencia sexual, abuso y trata.

Las consecuencias de la violencia sexual pueden ser muy negativas a corto y largo plazo, especialmente cuando el abusador es una figura de confianza y en los casos de agresión sexual aguda.

Recomendaciones para la contención emocional de las víctimas de violencia sexual, en los servicios generales de salud

En urgencia y emergencia, la prioridad es poder brindar contención, atención a sus consecuencias e implementar medidas de protección según el nivel de riesgo y daño. Ello requiere obtener determinada cantidad de información necesaria en vistas a la primera intervención. Es importante tener en cuenta que las situaciones de violencia crónica, y en particular la violencia sexual como el abuso sexual hacia niños/as y adolescentes es muy difícil de poder verbalizar, por eso frecuentemente la información recabada en los servicios de urgencia y emergencia debe ser la mínima necesaria para definir el manejo inicial de la situación, para que luego personal entrenado realice las entrevistas correspondientes. No obstante en algunas oportunidades el médico de guardia (no especialista en salud mental) obtiene un relato espontáneo en dichos servicios, y es necesario que éste conozca algunos pilares básicos del manejo de la entrevista y contención emocional necesaria para evitar revictimización, así como realizar un interrogatorio que carezca de valor o tenga un efecto negativo en el proceso por la forma en que se realiza.

El primer aspecto a tener en cuenta está vinculado a las condiciones en que se da la entrevista. La misma debe ser en un lugar privado para hablar, especialmente si se encuentra en presencia de presuntos agresores como acompañantes. En los

servicios de urgencia y emergencia puede ser difícil encontrar un consultorio específico para tal fin, pero podría ser suficiente con un sector de enfermería o cualquier otro lugar que garantice que no se interrumpa el relato por la presencia o intromisión de terceros. La actitud de los profesionales es determinante a la hora de realizar la entrevista, debiendo ser sumamente cuidadosos con el lenguaje paraverbal, evitando poner gestos de asombro, asco, incredulidad u otras emociones.

Se recomienda hablar de temas generales para luego ir al tema concreto brindando la suficiente confianza para escuchar el relato sin interrupción. Es importante hacer saber a la persona sobre la obligación de privacidad en cuanto a la información que está manifestando y en el caso de niños/as y adolescentes, explicarles que será necesario buscar ayuda con otros integrantes del equipo.

En algunas oportunidades, en mujeres adultas en situación de violencia de pareja, estas no advierten determinadas conductas como parte de la violencia interpretándolas como parte de su deber o rol como pareja, por ejemplo negativa al uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales forzadas o prácticas sexuales que no desea. En esos casos puede ser necesario ayudar a la víctima al reconocimiento de una posible conducta abusiva.

En todas las situaciones se impone escuchar sin interrupción el relato de la situación vivida, siendo en un primer momento más importante escuchar que hablar.

El personal no puede permitir que sus valores, creencias, vivencias personales o afectación emocional por la situación interfieran en el abordaje. En caso de identificar alguno de estos factores deberá garantizar la continuidad de la atención con otro profesional.

Es fundamental evitar revictimizar y culpabilizar a la persona que acude en busca de ayuda. De ahí la importancia que los equipos de salud reconozcan que ninguna conducta de la víctima justifica la violencia.

Una vez que inicia la entrevista, se promoverá el relato espontáneo de lo ocurrido, evitando preguntas cerradas. Es fundamental poder acceder a la entrevista a solas con la víctima. En caso de NNA no es recomendable que se aborde el tema de la violencia desde el servicio de emergencia en presencia de adultos que puedan ser quienes los agreden. El equipo de salud deberá buscar la oportunidad para realizar la entrevista de la mejor manera, incluyendo una instancia a solas con el NNA.

Es necesario respetar el momento emocional por el que atraviesa la víctima como también lo que expresa en su relato, evitando generar una situación de apremio así como detalles mórbidos al sólo efecto de obtener información. Luego de la entrevista se debe registrar el relato sin interpretaciones o resignificación del contenido, utilizando las mismas palabras empleadas por la víctima entre comillas.

Dependiendo del tipo de situación de violencia y las características de la víctima, en la entrevista inicial o en las

siguientes se prestará atención a indicadores de daño psíquico, lo que se abordará con la misma rigurosidad que se abordan los signos físicos.

Las entrevistas permitirán evaluar la existencia de factores de riesgo, que siguiendo el esquema del Modelo de Atención del SIPIAV pueden dividirse en factores de la víctima, de la persona que ejerce violencia, de la situación y del contexto.

Finalmente en caso de personas adultas es importante informarles acerca de sus derechos y que existen mecanismos para protección y garantía de los mismos, entre los que se incluye la realización de la denuncia, informándole lo que implica.

En caso de niño/as y adolescentes el relato espontáneo y con determinadas características es un indicador altamente específico. El proceso de revelación es gradual, complejo y en algunas oportunidades se minimiza o niega. El abuso sexual aparece fragmentado en la psiquis, lo que se traduce en las características del discurso. Puede ser accidental o voluntario y suele darse en forma tardía. A su vez puede ser confuso incluso del punto de vista cronológico por las características del funcionamiento del pensamiento en la niñez. Y es importante tener en cuenta los fenómenos psicológicos que inciden en el mismo como la ambivalencia o la falta de correlación entre la expresión de emociones con los hechos relatados (disociación), lo cual no debe interpretarse como que es mentira. Finalmente dado la dinámica característica del abuso sexual, es posible que luego de diversas estrategias del abusador o del entorno, la víctima se retracte minimizando o incluso negando lo ocurrido.

De ahí la importancia que el relato de niño/as o adolescentes sea recabado por personal entrenado, lo que no se contradice con que el personal de guardia que toma contacto con la situación realice una entrevista básica dilucidando aspectos necesarios para el manejo inicial de la situación. Se remite a la lectura de la ficha correspondiente sobre el testimonio de niños/as.

En caso de víctimas adultas, se evaluará el tipo de violencia, su data, antecedentes previos de la intervención en caso de violencia crónica, perpetrador de violencia (extraño o conocido), número de agresores, tipo de actos cometidos en caso de violencia sexual (con o sin penetración, empleo de objetos), uso de medidas de sujeción, empleo de drogas de sumisión, amenazas, actos realizados por la víctima previo a la consulta, entre otros.

Ante situaciones de violencia hacia personas con discapacidad intelectual se seguirán los mismos criterios, empleando un lenguaje comprensible, teniendo en cuenta que si las personas sin discapacidad tienen dificultades para el relato, en esta población las limitaciones se acrecientan, debiendo estar atentos a posibles relaciones sexuales en contexto de coercibilidad.

Recomendaciones ante el relato de violencia sexual

Escuchar atentamente sin interrumpir, no realizar preguntas que induzcan respuesta, ni preguntar detalles mórbidos, no realizar preguntas culpabilizantes

Trasmitir comprensión, confianza, credibilidad y desculpabilizar

Resaltar lo valiente que ha sido por consultar y relatar lo ocurrido

Cuidado con el lenguaje verbal y no verbal

Habilitar que exprese sus emociones

Informar sobre sus derechos

Prestar atención a si menciona haber contado o pedido ayuda a otra persona, en vistas a las redes de soporte.

Explicar claramente los pasos a seguir

Manejar la información con especial cuidado, respetando la confidencialidad

Registro en la historia clínica respetando las palabras utilizadas (registro textual entre comillas)

Intervención en crisis

La crisis es definida por Slaikeu como un *“estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”* (Slaikeu, 1988). La crisis desborda los mecanismos de afrontamiento generando ansiedad, confusión, desorganización, inestabilidad que es vivida como una amenaza o pérdida y la afecta en distintos ámbitos de su vida (familiar, social, laboral, educativo, relacional, salud, entre otros).

Puede ser consecuencia del ciclo vital o inesperada - circunstancial, como es el caso de las situaciones de violencia. Cuando se produce un evento traumático de la magnitud de una agresión sexual aguda o violencia en forma crónica, las víctimas pueden sufrir daño psíquico que incluye un amplio espectro de manifestaciones que van desde síntomas disociativos, depresión, ansiedad en sus diversas formas, fobias, trastorno de estrés postraumático, afectando en los distintos aspectos de su vida.

La intervención en crisis es definida como *“un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas sociales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades en la vida, más opciones de vida) se incremente”* (Slaikeu, 1988). Implica ayudar a la persona a movilizar sus propios recursos para afrontar y superar el problema.

Ante crisis circunstanciales, como las vinculadas a episodios de violencia sexual aguda, se puede identificar una serie de fases. Inicialmente la víctima presenta ansiedad y en shock emocional, lo que explica algunas reacciones como la falta de concurrencia inmediata a los servicios de salud, baño y eliminación de la vestimenta que llevaba puesta, entre otras. Esta etapa inicial puede durar días o semanas. Luego comienza a adaptarse, retomar sus rutinas y hablar del tema. Finalmente si cuenta con los recursos y apoyos adecuados podrá integrarlo y resolverlo.

La intervención durante la crisis tiene el objetivo de brindar seguridad a la víctima, apoyo, evaluar y promover las estrategias de afrontamiento y redes de apoyo. Es necesario brindar una primera contención psicológica en forma inmediata que permita evaluar si se requiere un abordaje posterior.

Esa contención inicial debería ser llevada a cabo por cualquier profesional que toma contacto con la situación, incluyendo personal de enfermería, médicos de guardia, trabajo social, entre otros. Es lo que algunos autores denominan primeros auxilios psicológicos y tiene la finalidad de pesquisar personas en riesgo, evaluar si se requiere otro tipo de apoyo psicológico y prevenir el desarrollo de síntomas postraumáticos. Se pretende satisfacer las necesidades básicas, contactar a la víctima con su apoyo social, restitución del estado físico, aliviar angustia y sufrimiento emocional, mostrando algunas estrategias de afrontamiento al estrés.

En este momento algunas acciones que pueden llevarse a cabo ante una víctima de violencia podrían ser:

- escucharla y permitirle expresar libremente lo ocurrido y sus emociones,

- contactarla emocionalmente con alguna situación positiva vivida previo al episodio de violencia que genera la consulta (para “correrla” de la imagen del trauma),
- preguntarle si previamente tuvo algún problema importante y a quien recurrió (para evaluar sus recursos y las redes) y cómo lo resolvió,
- reforzar sus aspectos positivos,
- preguntar si desea apoyo para hablar con sus familiares,
- explicarle que aunque no quiera contar lo ocurrido igual puede compartir tiempo con su familia o pares,
- informarle respecto al deber de confidencialidad y que si no lo desea no se informará de lo ocurrido (salvo en caso de niño/as o adolescentes en que esté justificado por el interés superior y necesidad de protección)
- informarle sobre los protocolos existentes para evitar infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado,
- informarle sobre los sentimientos que normalmente experimentará y cómo lidiar con ello;
- explicarle ejercicios y técnicas de relajación para disminuir el estrés,
- ofrecerle la posibilidad de cambiarse de ropa e higienizarse en privado,
- ofrecerle algo de beber, incluso alimentos si lo desea,
- ofrecer si requiere realizar alguna llamada telefónica o contactar a quien sea su referente,
- ayudarla a trasladarse si lo desea y es posible,
- animarla a retomar actividades que le generen relajación y satisfacción,
- promover un patrón de sueño saludable,

- desestimular la automedicación, consumo de alcohol o drogas,
- enseñarle a identificar sintomatología emocional que requiera valoración,
- enseñar técnicas de relajación y control del estrés, entre otras.

Además deberá evaluarse la presencia de sintomatología de alarma que requiera valoración urgente por psiquiatra, el riesgo suicida y de autolesiones, y actuar en consecuencia.

Es importante recordar que no toda víctima requiere de terapia para superar el suceso traumático, y como expresan autores como Echeburúa, De Corral y Guerricaechevarría en algunos casos es suficiente con involucrarse en actividades estimulantes. No obstante en la evolución en algunas víctimas puede estar indicado un abordaje psicológico temprano con la finalidad de evaluar si hay daño psíquico y factores predisponentes y determinantes del mismo, forma de afrontamiento y realizar una intervención en crisis en caso de síntomas inmediatos, prestando atención a las conductas basales y reintegro a actividades cotidianas lo antes posible.

En caso de factores de riesgo para presentar sintomatología en forma crónica (luego del mes del evento), si las vivencias interfieren negativamente en distintos aspectos de su vida cotidiana, o si carece de redes de soporte se recomendará una intervención a más largo plazo.

Dicho abordaje podrá incluir el manejo de las creencias distorsionadas, fobias, culpa, vergüenza, promover red de soporte social y vínculos de confianza, fomentar autoestima y

cuidados de la salud, estimular para realizar actividades gratificantes, evitar conductas de riesgo y revictimización, así como tratar la psicopatología en caso de que exista.

También ante la presencia de determinada sintomatología puede ser necesaria la evaluación por psiquiatra. Se prestará especial atención a sintomatología depresiva, así como sugestiva de trastorno de estrés postraumático (rememoración y reexperimentación, conductas evitativas de situaciones evocadoras del evento traumático, sensación permanente de peligro, ansiedad).

El objetivo no es erradicar el suceso traumático de la memoria de la persona, sino poder integrarlo como un antecedente que no genere reacciones negativas ni síntomas psicopatológicos, ni que se recurra a mecanismos de afrontamiento inadecuados como el uso problemático de drogas, automedicación, o pluriconsultas en servicios de salud que pueden terminar en medicalización de los síntomas.

En ocasiones la medicación es necesaria para el control de los síntomas, pero no puede ser una medida terapéutica aislada, sino parte de un abordaje integral, y su prescripción debe individualizarse.

En situaciones de violencia basada en género y generaciones incluyendo la explotación, violencia sexual, maltrato entre otras formas, los equipos deben revalorar el riesgo y chequear la seguridad de la víctima en forma constante, aún en estas intervenciones a más largo plazo.

Echeburúa y De Corral describieron una serie de factores predictores de la recuperación tras el evento traumático, que se exponen a continuación:

- Positivos Negativos
- Recuperación de conductas basales
- Comienza a expresar verbalmente sus sentimientos
- Reaparecen gestos de afecto
- Implicación en actividades lúdicas cotidianas
- Establecimiento de nuevas metasInestabilidad emocional anterior al suceso
- Duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos
- Embotamiento afectivo (anestesia emocional) y reacciones postraumáticas agudas muy intensas
- Pérdida de capacidad de atender y responder emocionalmente a su entorno habitual
- Ingreso u hospitalización por lesiones por el trauma
- Antecedentes de trastornos de ansiedad o depresión
- Antecedentes de victimización con mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones en la vida anterior

Es importante que los equipos de salud realicen un abordaje integral de este tipo de situaciones prestando similar atención a los aspectos psicosociales como a los orgánicos, para contribuir a la resolución de la situación de la forma más saludable, brindando una atención adecuada a las buenas prácticas.

Bibliografía consultada

Autores varios. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA. Bogotá, 2008

Borland M, Zimmerman C. Asistencia a personas objeto de trata pautas para proveedores de atención de salud. Organización Internacional para las Migraciones. Buenos Aires. 2013.

Claramunt M. Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Serie Género y Salud Pública Mujeres Maltratadas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo – PAHO/WHO. Costa Rica. 1999.

Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. Behavioral Psychology / Psicología Conductual 2011; 19 (2); 469-486

Echeburúa E, de Corral P. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?. Psicología Conductual, Vol. 15, Nº 3, 2007, pp. 373-387

Fondo de Población de Naciones Unidas, Autores varios. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. UNFPA, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Gobierno de la Ciudad, Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá, 2008.

Martín Zurro A. Atención primaria. Elsevier. Barcelona. 2014.

Organización Mundial de la Salud. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra. 2003.

Peroni G, Prato J. Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente. SIPIAV, Andenes, UNICEF. 2012.

Pineda C, López W. Atención Psicológica Postdesastres: Más que un “Guarda la Calma”.Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. Terapia Psicológica, 2010; 28 (2): 155-160

Salazar I, Caballo V, González D. La intervención psicológica cognitivo-conductual en las crisis asociadas a desastres: una revisión teórica. Psicología Conductual 2007; 15 (3): 389-405

Slaikeu K. Intervención en crisis. Manual Moderno. México. 1988.

U.S. Department of Justice. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents. Office on Violence Against Women. 2004.