PROPUESTA DE MANEJO PARA LA ATENCION DE PACIENTES VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN CONSULTA EXTERNA HOMEOPÁTICA

ADRIANA MARGARITA LOPEZ PALACIO

FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS G.PAEZ
BOGOTÁ D.C.
2016

PROPUESTA DE MANEJO PARA LA ATENCION DE PACIENTES VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN CONSULTA EXTERNA HOMEOPÁTICA

ADRIANA MARGARITA LOPEZ PALACIO

GLORIA HELENA CASAS DEL RIO
TUTORA

FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS G.PAEZ
BOGOTÁ D.C.
2016

Dedicatoria

Dedicado a todas las personas víctimas de cualquier tipo de violencia.

Agradecimientos

En primer lugar a Dios y a la Virgen.

A mi esposo Camilo José Bonilla Guevara

A mis hijos Juan Pablo Y Juan José Bonilla López

A mis padres Juan Guillermo López Gaviria y Mónica Margarita Palacio

Y a mi directora de tesis la doctora Gloria Helena Casas.

A todos y todas, mil gracias.

CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GENERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. ESTADO DEL ARTE	12
4. MARCO TEÓRICO	16
4.1 HOMEOPATÍA	16
4.1.1 Homeopatía como medicina alternativa y complementaria.	17
4.1.2 El cuestionario homeopático.	18
4.2 CARACTERIZACIÓN DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA SEXUAL	21
4.3 DEFINICIÓN Y TIPIFICACIÓN DEL ABUSO SEXUAL	21
4.4 DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	32
4.5 SIGNOS O SÍNTOMAS FÍSICOS QUE PUEDEN ESTAR ASOCIADOS A MÚLTIPLES CAUSAS, ADEMÁS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.	32
4.6 VIOLENCIA CONYUGAL	35
4.7 GLOSARIO	40
5. METODOLOGÍA	44
5.1 REVISIÓN DE LA NORMATIVIDAD	44
5.2 INVESTIGACION ACERCA DE INSTRUMENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PROPUESTA.	44
6. RESULTADOS	46
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	47

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 48

REFERENCIAS 49

BIBLIOGRAFÍA 58

ANEXO. PROPUESTA DE MANEJO PARA LA ATENCION DE PACIENTES VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN CONSULTA EXTERNA HOMEOPÁTICA 59

RESUMEN

El documento plantea un proyecto de manejo para pacientes víctimas de violencia sexual, que busca convertirse en un desarrollo en los protocolos médicos especializados que brinden consulta externa homeopática.

Dentro del proceso de habilitación instaurado por el Ministerio de Salud para las entidades e instituciones prestadoras de servicios del ramo, se obliga el cumplimiento de la Resolución 459 de 2012, referida a la adopción del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual por parte de los actores del sistema de salud, tanto del régimen contributivo como el subsidiado.

El documento plantea varias inquietudes que sobre el tema de la violencia sexual se plantea cotidianamente en los centros especializados en homeopatía.

Palabras clave:

Abuso sexual, violación, homeopatía, síntomas, anamnesis, repertorización.

ABSTRACT

The document proposes a project management for patients victims of sexual violence , which seeks to become a development in the specialized medical protocols that provide homeopathic outpatient .

Within the qualification process established by the Ministry of Health for entities and institutions providing services in the industry , compliance with Resolution 459 of 2012 undertakes, regarding the adoption of the Protocol of Comprehensive Health Care for Victims of Sexual Violence the actors of the health system , both as the subsidized contributory scheme .

The document raises several concerns about the issue of sexual violence arises daily in specialized centers in homeopathy.

Keywords:

Sexual abuse, rape, hoemopatía , symptoms , anamnesis , repertorization .

1. INTRODUCCIÓN

Según el comparativo de ONU mujeres (2012) sobre violencia sexual entre 100 países, Colombia aparece en el lugar 17 y en la cuarta posición a nivel regional solo superado por Bolivia, Perú y Brasil.

Frente a la aparente disminución del fenómeno en los últimos años, patente en la menor frecuencia de exámenes medicolegales por presunto delito sexual, Medicina Legal (2014) advierte que es posible "*estar frente a una realidad distorsionada debido al desconocimiento de la justicia de la magnitud real del evento por la falta de denuncia y/o por el desistimiento de la misma*".

En tal sentido es urgente que desde el campo médico se cuente con una propuesta de manejo diferente a la establecida por los lineamientos nacionales e internacionales para la atención de pacientes víctimas de violencia sexual en los servicios de consulta externa homeopática. La formación en la especialidad de medicina homeopática enriquece y facilita el abordaje del paciente víctima de violencia sexual al brindar un algoritmo expresado en un diagrama de flujo para la interpretación de síntomas y signos que caracterizan a estos pacientes, al tiempo que identificar una ruta para su atención.

La pertinencia científica, social y académica reside en que cada vez más personas prefieren tratamientos médicos alternativos como la homeopatía. Una encuesta del SENA (2006, p. 80) sobre la caracterización de pacientes en medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, tasó sobre una base de 99 encuestas respondidas en 20,7% la proporción de personas que prefieren la homeopatía, contra un 36% de la consulta médica general tradicional. En el país, adicionalmente se encuentran clínicas especializadas en homeopatía en 20 departamentos.

La violencia sexual es un asunto que compete al ámbito legal, médico y psicológico. En Colombia el flagelo afecta a una importante proporción de pacientes, que según cifras consolidadas de 2014 por Medicina Legal (2015, p. 281) se estima en 21.115 la suma de personas a quienes fueron practicados exámenes medicolegales por delitos sexuales.

De este total, 17.512 (74,65%) fueron mujeres, en un 72,83% niñas menores de 14 años (Medicina Legal 2015, p. 283)..

Ante tan abrumadora estadística, considerando que el fenómeno de estas agresiones es casi generalizado en el país, es pertinente preguntarse: ¿cuál debería ser el manejo del paciente víctima de violencia sexual en la consulta médica homeopática a la luz de la normatividad vigente?

Este proyecto investigativo busca formular un logaritmo que facilite la búsqueda de los signos y síntomas y de la conducta a seguir en la consulta externa homeopática en centros especializados en homeopatía cumplan los requerimientos de ley, y de conformidad con las normas vigentes y políticas públicas, disponiendo de manera eficaz y eficiente de la información en el marco la anamnesis homeopática.

Para los servicios de consulta externa homeopática se propone una guía de manejo a través de un logaritmo que permita orientar la anamnesis y búsqueda de síntomas mentales en aquellas personas víctimas de la violencia sexual

Se espera que gracias a esta herramienta brinde un apoyo al ejercicio de la homeopatía y redunde en beneficios tanto académicos como científicos y sociales, al integrar de manera eficaz e idónea la normatividad vigente y los criterios de la medicina homeopática.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta para el manejo médico a pacientes víctimas de violencia sexual en los servicios de consulta externa Homeopática.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la normatividad vigente en Colombia sobre manejo de pacientes víctimas de violencia sexual.

- Brindar un apoyo al ejercicio de la homeopatía que redunde en beneficios tanto académicos como científicos y sociales, al integrar de manera eficaz e idónea la normatividad vigente y los criterios de la medicina homeopática.

3. ESTADO DEL ARTE

La violencia sexual es una problemática mundial que aqueja a Colombia. Se trata de una violación a los derechos humanos, sexuales y reproductivos, que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad, y autonomía. Durante 2013, según Medicina Legal (2014), se efectuaron en Colombia más de 20.739 exámenes medicolegales por presunto delito sexual. Del total, el 86,34% eran menores de edad. Como puede interpretarse de la estadística, se trata de una situación tristemente extendida. El actual estado de la cuestión se refiere en su mayor parte a la reglamentación nacional, pero también tiene en cuenta aspectos regulatorios de la homeopatía y de la praxis médica.

La gravedad del fenómeno hace que se haya constituido en una problemática de salud pública, que ha conllevado a que desde finales de los años noventa en el país se vengan dando avances en materia legislativa y punitiva. A la par se han establecido acciones para el restablecimiento de los derechos de las víctimas y promoviendo una cualificación en la atención a ellas. Dentro de esta serie de reformas se enmarca la adopción de guías y protocolos de atención. Conforme a lo dispuesto en resolución 459 de 2012, que conmina a:

> *"Adoptar el modelo de atención integral del Ministerio de Salud para víctimas de violencia sexual, publicado en la página web (...) como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual, por parte de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y del régimen subisidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*" (Minsalud, 2012).

En esta investigación se pretende brindar una guía de manejo para la atención de pacientes víctima de violencia sexual en el ámbito de la homeopatía, partiendo de una anamnesis diferenciada, que puede cimentarse en los fundamentos de Hahnemann.

La violencia sexual tiene repercusiones tanto en la salud física como mental y social de las víctimas, la familia, así como de generaciones y de comunidades enteras.

En Colombia, las formas más frecuentes de violencia sexual son el abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual comercial, llegando a estimarse que las estadísticas en este momento no son confiables debido al subregistro de los casos, menciona el protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, anexo a la resolución 459 de 2012 (Minsalud, 2012).

Algunas bases para comprender la extensión del fenómeno fueron entregadas por Medicina Legal (2010), que a través de los exámenes sexológicos encontró que las niñas entre 10 y 14 años son el grupo etáreo más afectado, mientras entre en el género masculino lo son niños de 5 a 9 años.

También se encontró que entre los principales agresores se encuentran familiares como padrastros, padres, tíos/as, en un porcentaje del 34,86%, otros conocidos como vecinos y amigos en un 32.53 %, personas desconocidas en un 19,69%, y la pareja o ex pareja con un 6,12% de los casos. En cuanto a georreferenciación el sitio más común de ocurrencia fue la vivienda con un 59% de los casos.

Por su parte la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), efectuada por Profamilia (2010) encontró que el 9,7% de las colombianas (casi una de cada 10) en algún momento de su vida han sido abusadas sexualmente por su compañero o esposo, indicando además que las más afectadas en el marco de las relaciones de pareja tienen las siguientes características sociodemográficas: edad entre 40 y 49 años, uniones maritales previas, habitan en zonas urbanas y en las regiones central, Pacifica y Bogotá, carecen de educación formal o solo cuentan con la primaria. (Minsalud, 2012)

La ENDS (Profamilia, 2010, p. 386) reportó además que el 5,7% de las mujeres encuestadas entre el rango de edad de los 15 y 49 años fueron violadas por personas diferentes a su conyugue, siendo mayor esta cifra entre las mujeres de los 30 a los 39 años de edad , las que conviven en unión libre, las que estuvieron unidas anteriormente, las habitantes de zonas urbanas y las que tiene niveles mas bajos de educación. En cuanto al violador, los agresores más frecuentes son: el ex marido 18,4%, un desconocido 16%, un amigo 12%, un pariente 9,6%, el novio 5,9% y el padrastro 4.9%. En cuanto al conflicto armado también juega un

papel importante en la violencia sexual, encontrando que la encuesta de prevalencia de violencia sexual en el contexto del conflicto armado durante 2001–2009, publicada por Oxfam en 2010 (citado por Minsalud, 2012), registra que un 17,58% de las mujeres de edades de 15 a 44 años que habitaban en zonas encuestadas fueron víctimas de violencia sexual en ese lapso.

Haciendo referencia a la trata de personas y la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes, se encuentra un gran silencio e impunidad frente a estos, lo cual podría ser atribuible a la clandestinidad y las ganancias económicas que genera este delito, y no teniendo estadísticas exactas se calcula que aproximadamente en Colombia hay más de 30.000 menores de edad víctimas de explotación sexual. Esta cifra se incrementó en los últimos años debido a factores varios en los cuales cabria mencionar los desplazamientos forzosos, la agudización del conflicto armado y los índices altos de pobreza del país, calculados alrededor del 63% de la población total. (Minsalud, 2012).

Según UNICEF la cifra de niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual serian de 35.000. La trata de personas posee diferentes modalidades de explotación, entre las cuales se citan la sexual, trabajos o servicios forzados, esclavitud o practicas análogas a la esclavitud, servidumbre, explotación de la mendicidad ajena, matrimonio servil, extracción de órganos, turismo sexual (Minsalud, Ley 985 de 2005). Cabe anotar que de todas las modalidades de trata la más conocida y denunciada es la explotación sexual, estimándose que entre 45.000 y 50.000 mujeres colombianas ejercen la prostitución fuera del país. (Minsalud, 2012)

Teniendo en cuenta la magnitud del problema, se debe preparar a la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual; implementando de manera permanente acciones de información, educación dirigidas a la comunidad en las que se abarquen temas como el carácter de urgencias médica que siempre debe dársele a un caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta al sector salud.

El carácter gratuito que conlleva la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto

armado, y cualquier persona que pudiese llegar a ser victimizada). La total confidencialidad del acto médico durante la atención a una víctima de violencia sexual.

El derecho de los pacientes a recibir un trato respetuoso, digno, discreto, por parte del personal de salud, así como el que les asiste también de rehusarse a tratamientos o procedimientos que se le ofrezcan. La disponibilidad y ubicación de los servicios de salud en cada zona y la manera de cómo acceder a ellos, así como el horario de atención, haciendo énfasis en los servicios de 24 horas. Los beneficios de salud que derivan de una atención oportuna. (Minsalud, 2012).

El mismo protocolo de atención integral en salud para víctimas (Minsalud, 2012) determina que ha de prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual en poblaciones vulnerables como son mujeres y adolescentes usuarias de servicio de salud sexual y reproductiva SSR, mujeres en programas de control prenatal, atención integral ITS–VIH&SIDA, programas de atención de niños, niñas y adolescentes, escolarizados o no escolarizados, usuarios de programas de salud mental y psiquiatría, población desplazada, o habitantes de zonas de conflicto armado , personas con discapacidad, personas encarceladas, personas en situación de desastre natural, personas con diversas orientaciones sexuales o de género, poblaciones indígenas o afro descendientes, personas migrantes y refugiadas.

Teniendo como referencia que la violencia sexual ya viene enmarcada como una problemática de salud pública (Minsalud, 2012), se discriminan las afectaciones directas en la salud física y mental de las victimas incluyendo del VIH/ SIDA, ITS, embarazos no deseados dolores pélvicos crónicos, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y sueño, suicidios o intentos de suicidio , por lo cual de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se debe fortalecer la calidad de la atención con la visión terapéutica que aporta la homeopatía y el cual no es actualmente contemplado por la ley dentro del grupo de atención para estas víctimas

4. MARCO TEÓRICO

4.1 HOMEOPATÍA

El concepto de homeopatía surge a mediados a mediados del siglo XIX de la mano de Samuel Hahnemann (1775-1843), quien empleó por primera vez el término para referirse a sus investigaciones y descubrimientos.

La palabra 'Homeopatía', como anotan Avello et al. (2009) viene del término griego "humus", que significa "igual" y de la raíz "pathos", que equivale a sentimiento.

> *"Es un método terapéutico de base científica que persigue la curación de las personas a través de determinadas sustancias de origen natural. Éstas, llamadas "remedios", se prescriben conforme a la ley de la similitud. Consiste en administrar al paciente sustancias en dosis infinitesimales y que, en un sujeto sano, en dosis ponderables producirán los mismos síntomas que en enfermedad tratada (efecto paradojal)*" (Avello et al., 2009).

Avello et al. (2009) menciona como tres principios básicos de la disciplina los siguientes:

- Ley de semejanza que sugiere el poder de las pequeñas dosis en un efecto diametralmente opuesto al de grandes dosis.

- Individualización del enfermo y no de la enfermedad. Basado en el concepto de Claude Bernard. Se inspira en las patogenesias, es decir, "el conjunto de perturbaciones que la sustancia en dosis ponderables genera en el experimentador" (Avello et al., 2009).

- Dosis infinitesimales. Este principio sugiere que a través de diluciones y dinamizaciones se obtiene el remedio homeopático para curar los males del enfermo.

El método científico de la homeopatía se basa esencialmente en el pensamiento empirista "va de lo general a lo particular, es decir, los síntomas valorables en la enfermedad son los "propios" de cada enfermo, en particular" (Avello et al., 2009*). "Se considera que la totalidad del organismo es la causa de todos los cambios que en él se producen. En este sentido, la homeopatía es el modelo de una doctrina médica integradora"* (Avello et al., 2009).

Así mismo, considera que la naturaleza del ser (physys) tiene un poder latente de curación, el cual es espontáneo, autodeterminante y multidefensivo.

El método de recopilación de información por excelencia de la homeopatía es la anamnesis, definida por Rodríguez y Rodríguez (1999) como "*el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes"*. Esta recopilación de información es conocida también como historia biopatográfica y data de hechos del pasado del paciente que pueden mantener una relación con la patología motivo de la consulta.

Prebish (2002) expone las principales diferencias de la historia clínica homeopática y la alopática. Esta última está orientada a un diagnóstico de la enfermedad en un órgano o sistema, mientras que la anamnesis homeopática se dirige al diagnóstico mismo del enfermo. "Para el homeópata, la historia clínica es la parte más importante del acto médico", sostiene Prebish (2002).

4.1.1 Homeopatía como medicina alternativa y complementaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) clasifica a la homeopatía como una medicina alternativa y complementaria (MCA), a la que brinda una posición similar a la medicina tradicional (MT). La OMS diferencia tres escenarios de los sistemas de salud nacionales en los que la inclusión de la MT y la MCA se articulan.

De una parte están los sistemas integrados, en los que la MT/MCA está "oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria" (OMS, 2002), lo que conlleva que todos los fármacos de esta especie están registrados o regulados.

También se encuentra el sistema inclusivo donde la MT/MCA es reconocida pero "no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad" (OMS, 2002).

Finalmente están los países con el llamado "sistema tolerante", basados casi en su totalidad en la medicina alopática, pero donde por ley son toleradas algunas prácticas de MT/MCA (OMS, 2002).

Fernández et al. (2008) no obstante, consideran que la homeopatía no puede ser considerada solamente una medicina complementaria, sino una especialidad médica.

> *"El debate se ha circunscrito a una estéril y absurda pelea de la alopatía contra la homeopatía y viceversa, sin considerar que ésta última representa un modelo con una visión particular sobre el proceso salud enfermedad, de igual forma que otros modelos lo hacen"* (Fernández et al., 2008).

Romero y Ballesteros (2000), tras un estudio que abordó a 141 pacientes, concluyen que:

> *"Los usuarios de la homeopatía la utilizan porque les resuelve sus problemas de salud tanto agudos como crónicos a un menor costo, con una atención de calidad"* (Romero y Ballesteros, 2000).

4.1.2 El cuestionario homeopático. Como ya se ha mencionado, la anamnesis juega un papel fundamental en el diagnóstico del paciente en la homeopatía. En dicho orden de ideas, existen cuestionarios homeopáticos, que se convierten en una metodología durante la consulta por parte del profesional médico.

Los cuestionarios permiten sistematizar información sobre la tipología física y mental, así como síntomas y dolencias del paciente de cara a determinar el Simillimum o remedio concreto. Algunas de las principales herramientas de este tipo son esbozadas por Burgoa y Guerrero (2007) se relacionan a continuación:

- Cuestionario homeopático del Dr. Tomás Paschero. Considerado el más sencillo y extendido de todos. Está basado en 11 ejes:

a) Reacción del organismo a las variaciones de temperatura y climáticas
b) Transpiración – Posición - Actividad
c) Deseos, aversiones alimentarias, intolerancias y sed
d) Menstruaciones
e) Sueño
f) Periodicidad
g) Antecedentes personales, vacunaciones, tratamientos, operaciones
h) Capacidad de hemorragias, cicatrización de heridas
i) Síntomas mentales
j) Problemas de inteligencia
k) Problemas de memoria

- Cuestionario homeopático de J.T. Kent. Consta de 36 secciones y hace una exploración pormenorizada de la historia del paciente, tiene apartes exclusivos para hombre y mujer.

- Cuestionario homeopático del Dr. Jordán Hernández. Se trata de 527 síntomas, cuya ocurrencia se relaciona o matiza de acuerdo a la anamnesis con el paciente.

- Cuestionario homeopático del Dr. Pierre Schmidt. Está netamente referido a síntomas, condiciones de la enfermedad, así como aversiones y deseos alimentarios. En total maneja siete ejes: preguntas preliminares, síntomas generales, síntomas mentales, en la enfermedad, aversiones y deseos alimentarios, síntomas del sueño y síntomas sexuales.

- Cuestionario homeopático del Dr. R. Patel. Consta de 142 registros, los cuales recopilan la historia del paciente en detalle.

- Cuestionario homeopático del Foro del Dr. Akram. De nueve puntos, promueve una anamnesis general y un espacio al final para que el paciente discurra libremente sobre sus padecimientos o condiciones.

- Cuestionario homeopático general. Se atribuye su creación a Elaine Lewis D.Hom., y es compuesto por 58 preguntas abiertas.

- Cuestionario homeopático para niños. Son 39 preguntas dirigidas a los padres, las cuales discurren sobre las condiciones del pequeño al momento de la consulta, así como los las condiciones de gestación, nacimiento y crecimiento. Además incluye un aparte en el que los acudientes reportan los sucesos más importantes en la vida del menor paciente.

- Cuestionarios sistematizados. El Sistema "Duprat". Hacen carrera en medio del auge de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) diferentes aplicaciones que facilitan el trabajo profesional del homeópata. Uno de estos fue ideado por Kasparian (2004) y es uno de los más extendidos en el mundo médico homeópata hispano. Se basa en una "refundición" en profundidad del cuestionario de 278 signos clínicos (Kasparian, 2004).

Sin embargo, la simple aplicación de las preguntas no son suficientes para la anamnesis, como sostiene Prebisch (2002), quien sugiere que en el transcurso, "el médico debe evitar cuidadosamente dirigir el interrogatorio limitándose a escuchar el relato espontáneo del paciente". De acuerdo con Prebisch (2002), las únicas interrupciones que se deberían dar son para aclaraciones de palabras o expresiones.

El objetivo de la anamnesis en la profesión homeopático tiene como fin establecer con suficiente claridad los síntomas reales y subjetivos del paciente, con el fin "*mirar, escuchar, en una palabra, observar con todos los sentidos aquello que ha cambiado, que es extraño en el paciente*" (Hahnemann, 1853).

4.2 CARACTERIZACIÓN DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003, en Minsalud 2012) definen como violencia sexual "*todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona*". Con este fin se han clasificado los diferentes tipos existentes y reconocidos así:

4.3 DEFINICIÓN Y TIPIFICACIÓN DEL ABUSO SEXUAL

Para Minsalud (2012) el abuso sexual como cualquier actividad sexual entre dos personas sin consentimiento de una; puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor o incluso entre menores, como actividad sexual se incluye: cualquier tipo de penetración, roces o caricias de órganos genitales en contra de la voluntad (por lo tanto esto puede ser acoso), o toque de los órganos genitales del abusador; además cualquier acción que inste al menor a presenciar contenido sexual impropio (observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual. Es toda acción de tipo sexual impuesta a un niño por un adulto o por una persona mayor que él. Algunas de sus formas son: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actitudes sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual (violación o incesto).

"Se considera como abuso toda participación de un niño o adolescente en actividades sexuales que no está en condiciones de comprender, que son inapropiadas para su edad y para su desarrollo psicosexual, forzadas, con violencia o seducción o que transgrede los tabúes sociales", Minsalud (2012).

Morales et al. (2002) advierten que el abuso sexual no necesariamente es una violación, pero aun así el abuso sexual es uno de los delitos a los cuales puede ser sometido el ser humano, sin embargo muy pocas personas suelen denunciarlo. Solo recientemente y gracias a

las diferentes campañas para garantizar el respeto de los derechos de los menores, se ha observado un incremento de las denuncias de este tipo, no porque no existieran, sino por miedo a hacerlo. De esta forma, aunque muchos de los abusos no tienen expresiones físicas que lo demuestren no se debe dudar del testimonio de los niños, ya que se suele creer que no conocen y no saben qué es lo que está ocurriendo, de esta forma se puede llevar a la víctima a ser abusada en corto, mediano y largo plazo, razón por la cual se busca la prevención de este hecho.

La Convención de los Derechos del Niños (UNICEF, 1989) en su artículo 19, denota el maltrato infantil como "*toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo"*.

Sotelo y González (2006) retoman el tema de maltrato infantil y específicamente de abuso sexual infantil a través de la interpreatción de Perrone et al. (1997), quienes esbozan una clasificación en tres grupos de las familias aquejadas por esta problemática:

a) Familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges,

b) La familia multiparentales, se caracterizan por la separación de los padres y la presencia de una nueva unión en la cual la madre o el padre tendrán que negociar con su actual pareja el papel que desempeñaran con sus hijos, cuyas relaciones se pueden ver deterioradas por el rechazo entre los actores o acarrear roles difusos al interior de la familia.

c) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos

En Colombia, sostienen Sotelo y González (2006), que el maltrato infantil no es solo una problemática social sino de salud pública; sin embargo, y siendo fieles a las tradiciones latinas, en las diferentes regiones del país se han descubierto tradiciones que son claras ilustraciones del maltrato infantil tales como "*el incesto, la iniciación sexual, la negligencia, el trabajo infantil, y la exposición de los niños y niñas a accidentes gravosos"*.

Sotelo y González (2006) advierten que el abuso sexual se suele desarrollar en ambientes familiares lo cual hace que el hecho esté exento de ser observado por personas que puedan brindar protección al menor, y de esta forma contribuir a su revelación, ya que existen falsas creencias sobre el abuso sexual infantil, las cuales permiten la perpetuación de las acciones, el ocultamiento, el silencio de las víctimas y la legitimación del mismo.

Adicionalmente existen otra serie de mitos y creencias acerca de las víctimas de abuso sexual, por lo cual Sotelo y González (2006) manifiestan que el abuso sexual se puede presentar en lugares donde se cree que los niños y niñas están seguros, como lo es su hogar, además se presenta en todos los niveles socioeconómicos, al igual que en zonas urbanas y rurales, se cree que solo las niñas son víctimas de este tipo de delitos, sin embargo muchas de las estadísticas y casos conocidos, muestran otra realidad donde los niños también son vulnerables, este asociado a la edad donde no solo los adolescentes son víctimas sino, en general todos los niños y niñas de todas las edades.

Las consecuencias del abuso sexual tienen efectos perjudiciales para el desarrollo psicológico, sexual y social del niño o niña, (Sotelo y Gonzalez, 2006). Estos factores ponen en peligro la imagen que el niño tiene de sí mismo, ya que un niño que es abusado siente que su cuerpo ha sufrido daños que no tienen arreglo ya que sienten que nunca más volverán a ser personas normales, adicionalmente siente desconfianza, miedo, hostilidad hacia el sexo de quien agredió o hacia la familia si siente que no se protegió, vergüenza, ansiedad, culpa, fracaso escolar e ingestión de drogas, adicionalmente suelen presentar crisis emocionales de inmensas proporciones, los cuales se pueden incorporar en su personalidad y carácter, las cuales pueden llevar a la adquisición de fobias, depresión, anhedonia, disfunciones sexuales; adicionalmente puede padecerse dentro de la salud física, como problemas de salud en

general, fatiga crónica o enfermedades gastrointestinales, así como diversas adicciones tanto a las drogas ilegales, alcohol, también suele asociarse embarazos no deseados, tener múltiples parejas sin protección lo que conlleva riesgos de enfermedades de transmisión sexual, pero cada una de estas conductas inadaptativas e inadecuadas, se pueden prevenir con un buen tratamiento psicoterapéutico, brindado desde el momento en que se presentó el hecho traumático.

Varios autores han desarrollado diferentes mecanismos para evaluar a los niños y niñas víctimas de abuso sexual, por ejemplo O´Donohue y Elliot, (Morales et al., 2002), quienes plantearon el proceso de evaluación e historia de abuso sexual. Así mismo destacan autores como Wolfe y Gentile (Morales et al., 2002), quienes plantearon tres bloques respecto a lo planteado por O´Donohue y Elliot, donde el primero es la definición del contexto de evaluación, el segundo es la adaptación psicológica del niño en ese momento y el tercero son factores mediadores de impacto del abuso.

Por otra parte se encuentran Berliner y Conte,1993 (citados por Herrera y Parra, 2011), los cuales hacen una diferenciación de dos bloques para abordar la validez de las declaraciones, dentro de las cuales encontramos en primer lugar el Standard y el segundo indicadores, de esta manera, los primeros bloques se centran en guías para realizar la entrevista y la evaluación, mientras que los segundos bloques implican si las respuestas emocionales, conductuales o fisiológicas son similares a las que se conocen sobre el tema.

Dentro delos signos, síntomas y factores de Riesgo que deben alertar la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual, Minsalud (2012) plantea una clasificación de acuerdo con grupos etáreos, por géneros, sociales y étnicos. Según la recopilación, la identificación de estos factores debe generar en el sector salud, acciones de prevención en la población y seguimiento activo de los mismos para detectar posibles eventos de violencia sexual y el inicio de acciones de salud, protección y acceso a justicia.

– Niños o niñas.

a. Conductas sexuales que no son habituales para la edad y nivel de desarrollo del NNA157

b. Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.

c. Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana

d. Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal

e. Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y/o no judicializados

f. Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente

g. Quienes conviven personas que tienen dependencia o abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.

h. Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolecentes

i. Conducta suicida.

j. Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.

k. Dificultades en el aprendizaje o en el proceso de adaptación y rendimiento escolar.

l. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.

m. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

– Adolescentes.

a. Embarazos tempranos (menor de 14 años)

b. Conducta suicida

c. Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual.

d. Comportamiento bulímico

e. Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas

f. Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.

g. Aquellos aislados y con escasa red de soporte social

h. Bajo rendimiento escolar

i. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.

j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc)

k. Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja

l. Desconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

m. Con poca red de apoyo social y familiar

n. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

– Mujeres.

a. Síntomas depresivos, de ansiedad, de alteración del sueño, o de disfunciones sexuales.

b. Evidencia de otras formas violencia basada en género contra las mujeres o sufridas durante la infancia.

c. Dolor pélvico crónico sin causa aparente

d. Aquellas con dependencia económica de su pareja

e. Aquellas aisladas y con escasa red de soporte social

f. Quienes ejercen la prostitución

g. Quienes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol.

h. Usuarias de servicios de control prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales.

i. Quienes refieren antecedentes de abortos, o consultan por atención del aborto incompleto.

j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc)

k. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.

– Personas en condición de discapacidad:

a. Embarazo en menor de 14 años con algún tipo de discapacidad

b. Embarazo en adolescente o adulta con limitación cognoscitiva o con enfermedad psiquiátrica

c. Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal,

d. Menores de edad con cualquier tipo de limitación sensitiva, motora, física o cognitiva que manifiesten temor a la socialización con adultos,

e. Adultos que muestren situación de sobreprotección con menores con cualquier tipo de limitación y/o que teman dejar el menor a cargo de algún miembro específico de la familia o cercano al núcleo familiar,

f. Niño, niña o adolescente que manifieste rechazo a la evaluación por parte de profesionales de la salud,

g. Niños, niña, adolescente o adulto en condición de discapacidad con expresiones de hipersexualidad o por el contario rechazo al contacto corporal afectivo,

h. Con intentos de suicidio y depresión de aparición súbita, no relacionados con la cotidianidad alrededor de la situación de discapacidad,

i. Aquellas confinadas en hospitales mentales.

– Persona en condición de desplazamiento forzado o habitantes civiles de zonas sometidas a efectos del conflicto armado:

a. Mujer, niña o adolescente sometida a falta de garantía de satisfacción de las necesidades básicas en zona receptora de desplazados, en zona sometida a confrontación armada o con presencia activa de cualquier actor armado.

b. Mujer de cualquier edad con cualquier motivo de consulta, en especial aquellos relacionados con violencia de cualquier índole.

c. Niña, adolescente o mujer embarazada

d. Vivienda en condición de hacinamiento

e. Ejercicio de prostitución, en zona receptora de desplazados o dentro de zona con presencia de actores armados de cualquier tipo.

f. Personas LGBTI, niños, niñas y adolescentes con cualquier motivo de consulta.

g. Antecedentes de abortos, o solicitud de atención médica del aborto incompleto.

h. Embarazos no deseados

i. ITS/VIH

j. Trabajo doméstico o precario

k. Testigo de masacres o incursiones militares por parte de cualquier actor armado.

l. Testigo de combates.

m. Mujer, niña o adolescente que fue obligada a preparar alimentos o a realizar labores domésticas para cualquier actor armado dentro de una zona de combate.

n. Persona de género femenino y de cualquier edad que ha habitado dentro de comunidades sometidas a confinamiento forzado.

o. Síntomas depresivos, de ansiedad, o de alteración del sueño.

p. Signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo.

– Persona que se identifica como perteneciente LGBTI:

a. De estas personas quienes son muy pobres y/o viven en condiciones de exclusión social.

b. Quienes ejercen la prostitución

c. Quienes tienen problemas de abuso a sustancias psicoactivas o han tenido procesos de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas en condiciones no seguras

d. Personas viviendo en hoteles o piezas de pago diario

– Actores armados activos o excombatientes de cualquier fuerza.

a. Niño, niña, adolescente, o mujer combatiente o excombatiente.

b. Síntomas depresivos, de ansiedad, o de alteración del sueño.

c. Mujeres embarazadas o con abortos.

d. Conducta suicida

e. Anticoncepción con DIU o implantes de Levonorgestrel no deseados.

– Persona privada de la libertad.

a. Aquellas personas reconocidas e ingresadas como agresores sexuales.

b. Aquella que se identifica como perteneciente a la población LGBTI.

c. Ingreso reciente a la prisión o privaciones prolongadas de la libertad.

– Persona habitante o con antecedente haber habitado la calle

– Persona perteneciente a un grupo étnico indígena o afrodescendiente:

a. Usos y costumbres que validan la violencia sexual.

b. Participación de fiestas colectivas con altos niveles de alcoholización

c. Habitantes en zonas sometidas a efectos del CAIN, con presencia de cualquier tipo de actor armado.

d. Embarazos tempranos (menor de 14 años)

e. Quienes realizan trabajo doméstico particularmente niños, niñas y adolescentes

f. En situación de desplazamiento forzado o migración interna.

g. Con signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo

> *"También deben saber que no todas las molestias o signos referidos al área anogenital, ni todos los síntomas comportamentales, aunque se hayan asociado, significan violencia sexual"* Minsalud (2012).

Ante los síntomas descritos, Minsalud (2012) advierte que los clínicos tienen la responsabilidad de sospechar y detectar los posibles casos de violencia o abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, mas sin embargo esta es una labor difícil en el marco de las limitaciones del sistema de salud, donde los tiempos de consulta son limitados y por tanto se menoscaba la posibilidad de ir a fondo en la anamnesis.

Por tanto, el protocolo describe algunos síntomas, signos, problemas de salud o comportamentales asociados con la violencia sexual, pero que aisladamente tienen poco valor predictivo para sospecharla o diagnosticarla.

4.4 DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Tomando como referencia la normatividad vigente actual –Ley 360 de 1997 (Congreso de la República, 1997)–, se deben tener en cuenta además los derechos de las víctimas de violencia sexual:

a. Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o situación con fines médicos, legales o de asistencia social.

b. Ser informada acerca de los procedimientos legales que derivan del hecho punible.

c. Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades de le haya generado el delito.

d. Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:

- Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA.

- Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.

- Recopilación de evidencia medica legal

- Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito. (Congreso de la República, 1997).

4.5 SIGNOS O SÍNTOMAS FÍSICOS QUE PUEDEN ESTAR ASOCIADOS A MÚLTIPLES CAUSAS, ADEMÁS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.

a. Vulvovaginitis a repetición. La primera causa de vulvovaginits a repetición en la edad pediátrica es la vulvovaginitis inespecífica y se asocia con infecciones por gran negativos y con problemas en el aseo, la higiene genital o con variantes anatómicas. Se insiste en que la asociación de vulvovaginitis con abuso o violencia sexual, de manera aislada, es muy baja (Minprotección, 2011).

b. Dificultad para caminar o sentarse. En estos casos hay que iniciar buscando otras causas como trauma o vulvovaginitis (Minprotección, 2011).

c. Sangrado en boca. Iniciar buscando otras causas como trauma o enfermedades periodontales (Minprotección, 2011).

d. Infecciones urinarias a repetición. Hay que investigar factores predisponentes como malformaciones anatómicas, reflujo vesico-uretral o mala higiene (Minprotección, 2011).

e. Enuresis. Interrogar si es primaria o secundaria, indagar otras posibles causas: infección urinaria u otros eventos traumáticos emocionales; por ejemplo, la llegada de un nuevo hermanito(a) a la casa.

f. Encopresis y dolor al defecar. Buscar otras causas como constipación crónica funcional, disfunciones familiares severas, etc. Estos casos deben remitirse al gastroenterólogo pediatra (Minprotección, 2011).

– Signos o síntomas comportamentales que pueden estar asociados a múltiples causas, además de la violencia sexual.

a. Desórdenes de la alimentación. Hay reportes de una tasa relativamente alta de antecedentes de violencia sexual en aquellas personas con cuadros de bulimia, aunque la asociación a la anorexia nerviosa es baja. Raramente la violencia sexual en niños y niñas pequeños se expresa con alteración del apetito (Minprotección, 2011).

b. Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, etc.) y miedo a dormir solo, en especial cuando esto no se presentaba previamente. Esta situación se debe casi siempre amalos hábitos de sueño (Minprotección, 2011).

c. Regresión del lenguaje. Se deben descartar patologías del Sistema Nervioso Central en primera instancia (Minprotección, 2011).

d. Autoestima disminuida. Siempre buscar otras causas y analizar el caso dentro de su contexto, como elemento aislado es aventurado pensar en violencia sexual (Minprotección, 2011).

e. Preocupación excesiva por temas sexuales en preescolares y escolares. Se recuerda que existen comportamientos sexuales naturales y saludables que pueden incluir exploración o juegos sexuales entre niños y niñas de la misma edad. Estos encuentros son motivados por la curiosidad habitual o bien por la exposición a los medios masivos de comunicación, que incluyen la televisión, los videojuegos o el Internet, exponen a niños y niñas a imágenes de contenido sexual, especialmente a los bailes eróticos (Minprotección, 2011).

f. Consumo de alcohol y drogas. En estos casos se debe explorar, además, otras situaciones familiares (abandono, desescolarización, dificultades afectivas, etc.) (Minprotección, 2011).

g. Trastornos por somatización (dolor abdominal recurrente, cefaleas crónicas no evolutivas y otros). En la mayoría de los casos de somatización, los factores psico-emocionales desencadenantes son distintos a la violencia sexual (Minprotección, 2011).

h. Depresión con o sin ideación suicida (Minprotección, 2011).

i. Cambios repentinos en el rendimiento escolar y relaciones en la escuela (Minprotección, 2011).

j. Ansiedad e inestabilidad emocional (Minprotección, 2011).

k. Fugas de la realidad (Minprotección, 2011).

l. Pérdida de la memoria (Minprotección, 2011).

m. Neurosis y fobias (Minprotección, 2011).

n. Aislamiento social (Minprotección, 2011).

ñ. Conductas autoagresivas (Minprotección, 2011).

4.6 VIOLENCIA CONYUGAL

La Violencia se entiende como la aplicación de medios fuera de lo natural a cosas o personas para vencer su resistencia, sin embargo en las parejas se suelen desarrollar significados. De esta forma se entiende como violencia intrafamiliar o violencia doméstica a todos aquellos abusos que se presentan al interior de la familia, pero el abuso según Almonacid et al. (1996) conceptúa que la violencia conyugal debe ser entendida como u na "*conducta que por acción u omisión, ocasione daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia*". Para tal fin se necesita una verificación sobre si tiene que ver con una "*situación de abuso crónico, o periódico*".

Según Almonacid et al. (1996) la violencia conyugal tiene que ver con el "*uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológica o física, intelectual o moralmente a su pareja*".

Se ha asociado la violencia conyugal al maltrato a la mujer sin embargo esta no excluye el maltrato hacia los hombres, ya que según Gómez (2003), en una interacción violenta el comportamiento de uno sirve para justificar el del otro, ya que muchas veces la comunicación verbal y no verbal expresa significados que permiten que los mensajes sean captados e interpretados de manera diferente, de esta forma dependen del sistema de creencia y la formación cognitiva, sobre todo de la persona quien interpreta, para Whaley (2001, citado por Gómez 2003), el maltrato del hombre hacia la mujer y la permanencia de esta en dichas condiciones debe interpretarse a partir "*del sistema patriarcal de género como estructura social dominante y sus implicaciones en términos personales y sociales"*.

De esta forma, sostiene el autor, el abusador no soporta que le lleven la contraría y esto le hace pensar en que tiene el poder de maltratar y responder de manera violenta. Por otro lado

cuando se presenta el caso para educar y continuar con el patriarcado, la cultura ha permitido que este tipo de maltrato se siga produciendo, ya que *"transformar las concepciones respecto a los roles, establecidos, no permite dichos cambios, y es muy complicado educar culturas donde sus patrones de comportamiento están muy establecidas"* (Gómez, 2003).

Para tal fin el autor propone que la intervención frente al fenómeno debe ser diferente, esto *"ya que las creencias son tan fuertes, que no permiten cambios, a menos de que estos tengan consecuencias históricas, que permitan su recordación"* (Gómez, 2003).

Whaley (2001, citado por Gómez 2003), describe cree que las en las creencias de las víctimas residen "incondicionalidad, amor, poder y disminución del propio valor y del registro del malestar". En tal sentido se tiene la idea de que el agresor llegará a modificar su comportamiento en la medida en que no se le provoque. "*De esta forma confunde el amor con la sumisión y la dependencia, explicable por la disminución del propio poder, la falta de autonomía, el sentimiento de culpa y la indefensión aprendida*", añade Gómez (2003).

Gómez (2003), expone que en muchas de las familias en las que se presentan la violencia conyugal, los hijos e hijas, donde observaron que sus madres fueron maltratadas, tienen mayores posibilidades de ser maltratadores a futuro, desarrollando personalidades con baja comunicación, retraimiento y dificultad en las relaciones interpersonales. Trabajos científicos han demostrado que cuando la mujer es maltratada guarda diferentes sentimientos en su interior, y al verse en dicha situación busca descargar dichos sentimientos frente a los más débiles (los hijos), lo cual no solo lleva al trauma en las madres maltratadas sino también en los niños que son víctimas de maltrato, como reacción a lo ocurrido en torno a su núcleo familiar.

Muchas veces los comportamientos tanto del maltratador (a) como del maltratado(a) son repetitivos en diferentes miembros, lo cual permite crear un perfil de dichos individuos, por ejemplo el maltratador (a) (Gómez 2003):

- Fue víctima o testigo de malos tratos; la mayoría proceden de familias donde se han dado malos tratos, habiendo sido víctimas o cuantos menos testigos de éstos.

- Aprendió en su familia a ser violento, adoptando la violencia como una forma típica de relacionarse y de conseguir aquello que se desea.

- Aspira por medio de la violencia a ejercer poder y control absoluto sobre su pareja, no sólo en lo que hace o deja de hacer, sino también en sus pensamientos y sentimientos más íntimos.

- Se considera con derecho a saber todo sobre ella/ él.

- Considera a su mujer como una posesión suya y no como una persona con vida propia.

- Tiene baja autoestima, lo cual coexiste con sus actitudes amenazantes y omnipotentes, reforzándose y confirmándosele con cada uno de los actos de violencia.

- Suele tener una imagen negativa de sí mismo.

- Se siente fracasado y no soporta los desafíos porque se siente en desventaja, lo cual es compensado con la violencia.

- Es celoso hasta extremos patológicos; la mayoría de actos violentos se inician ante el miedo de que su mujer le vaya a abandonar.

- Es reservado; no habla de sus sentimientos.

- Es manipulador y nunca reconoce sus errores.

- Vigila y controla las actividades de cada uno de los miembros de la familia.

- Suscribe y defiende con fuerza una concepción muy rígida de los distintos papeles y estatus de los roles familiares.

- Preconiza con educación rígida, incluyendo castigos y correcciones; ejerce su poder autoritario y controlador dentro de la familia sobre normas, cuestiones económicas, decisiones.

- Tiene dificultades para expresar sus sentimientos y emociones.

- Utiliza la agresividad para conseguir sus logros.

- La sexualidad la basa en el poder del hombre y la sumisión de la mujer.

- Se comporta de maneras diferentes en lo privado y en lo público.

- Siempre busca la culpa en el otro, busca explicaciones a su conducta como motivada por la provocación, especialmente de su compañera o cónyuge.

- Desautoriza a su pareja ante los hijos/as.

- Pero los comportamientos repetitivos y característicos no son solo de los maltratadotes, sino también del maltratado(a), por ejemplo se encuentran características como:

- Fue maltratado por sus padres, bien en forma de abusos físicos, psicológicos o sexuales, o fue testigo de ellos.

- Aprendió a someterse a la voluntad del hombre, representado por la figura paterna autoritaria y punitiva; por ello adoptan un rol pasivo, de sumisión y sometimiento en sus relaciones.

- Está acostumbrada a conductas violentas pues éstas han sido su medio de vida y las ve como normales.

- No se valora como persona a causa de esa infancia traumática, e intenta adaptarse a una vida perpetua de malos tratos.

- Tiene baja autoestima y la desvalorización como persona (y como mujer en la mayoría de los casos), conducen a una vida de sumisión y obediencia.

- Tiene un concepto del amor que la lleva al sacrificio y a la dependencia absoluta de su pareja; en las relaciones de pareja la víctima lo da todo por el otro miembro, es altruista y está dispuesta a sacrificarlo todo por el otro, comportamientos que conducen a la dependencia exclusiva de su pareja.

- Necesita la aprobación de su pareja, no tienen autonomía, viven para hacer felices al otro miembro del par.

- No tolera la idea del fracaso debido a su desvalorización y baja autoestima, que hace que tenga una visión irrealista de su situación y no perciba, como tal, la humillación a la que está siendo sometida; así mismo, percibe el sufrimiento como desafío e intenta, engañándose a sí misma, convertir a su pareja en la ideal a pesar de que esto suponga culpabilizarse ella de todos los problemas.

- Como mujer, se siente inferior, física y psicológicamente, al hombre.

- Permanece silenciosa si la pareja está presente, se presenta como “anulada”, dice que es incapaz, incompetente.

- Confronta continuamente sentimientos ambivalentes de odio y amor respecto a su pareja.

- Sobre valora el rol masculino y su importancia para la familia.

- Presenta problemas de salud recurrentes: somatizaciones, dolores de cabeza, problemas de sueño, agotamiento, etc.

Como se puede observar existe una característica importante relacionada con comportamientos repetitivos, la cual hace parte del ciclo de violencia. Diferentes autores han estudiado dicho ciclo, por ejemplo Chaux, E (2003), estudio el ciclo de violencia a través de la agresión reactiva y la agresión instrumental, expone que el ciclo de violencia empieza en el entorno familiar, lo cual lleva a los continuos maltratos a los niños, para otros autores, la dinámica de la violencia Intrafamiliar existe como un ciclo que pasa por tres fases, las que difieren en duración según los casos. Estas pueden ser de días, semanas, meses o años.

4.7 GLOSARIO

Minsalud (2012) establece un marco referencial que da piso al protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

a. La Violación/Asalto sexual, definido por la OPS así: "*cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona*".

La Corte Suprema de Justicia establece que para efectos de delito contra libertad sexual, se entiende la violencia como fuerza, constreñimiento, presión física o psíquica, intimidación o amenazas, ejercidas sobre la víctima para anular la oposición o resistencia a la agresión. En la violación hay uso de fuerza y amenaza para lograr cualquier tipo de acto sexual con la víctima, pudiendo ser estas últimas de cualquier edad o sexo (Minsalud, 2012). En el código Penal se mencionan conductas como el acceso carnal violento, los actos sexuales violentos y el acceso carnal o el acto sexual cometido sobre una persona que está en incapacidad de resistir el acto, por efectos inducidos por el agresor, como uso de narcóticos, golpes u otros.

b. Abuso Sexual, se define como el aprovechamiento por parte del agresor, de situaciones que lo colocan en situaciones ventajosas con respecto a la víctima, las cuales pueden ser de del orden de superioridad manifiesta, o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, victima menor de 14 años), poder y/o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.), incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras (Minsalud, 2012). El código Penal Colombiano establece como delito cualquier conducta sexual cometida contra un niño o niña menor de 14 años.

c. Explotación Sexual, esta hace referencia a la violencia sexual en la cual un agresor convierte a la víctima en mercancía y la utiliza sexualmente, lo que según la ley colombiana (ley 985/05) se define explotación como "*El obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para si o para otra persona*".

d. Trata de personas con fines de Explotación Sexual. En la que el agresor atrae a su víctima, con una oferta, un aviso clasificado, etc., trasladándola posteriormente de ciudad, departamento o país, y finalmente la acoge con l finalidad de explotarla sexualmente. Aquí el consentimiento de la víctima no exime de responsabilidad penal al agresor, debido a que ninguna persona puede consentir su propia explotación (Minsalud, 2012).

e. Explotación Sexual de niños, niñas y adolescentes, este consiste en el abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años de edad (Minsalud, 2012), la víctima es tratada como objeto siendo vendida y comprada por adultos, en los que reproduce una forma actual de esclavitud , algunas de estas son la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, por actores armados y la asociada con el turismo.

f. Violencia Sexual en el contexto del Conflicto Armado. En esta según el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) y la ley 1448 de 2011 en concordancia con los tipos establecidos por el estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, se considera que en este contexto podrían caber varios tipos de Violencia Sexual entre los cuales se podría mencionar según Minsalud (2012):

- Acceso Carnal Violento/ Acto Sexual Violento con Persona Protegida, denominándose Persona Protegida a los integrantes de la población civil, aquellos que no participan en las hostilidades y los civiles en poder de la parte adversa, combatientes heridos, enfermos, náufragos fuera de combate, o los que hayan depuesto las armas por captura, rendición u otras causas, personal sanitario o religioso, periodistas en misión o corresponsales de guerra acreditados, y quienes se consideraron inicialmente apátridas o refugiados al inicio de las hostilidades (Minsalud, 2012).

- Esclavitud Sexual/ Prostitución Forzada, esta puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario, como un crimen de lesa humanidad, (el cometido como parte de un ataque generalizado sistemático contra una población civil y con conocimiento de ese ataque), o como un crimen de guerra, (violaciones graves de las leyes y usos aplicables en los conflictos armados internacionales o en los conflictos armados no internacionales). La prostitución forzada llega a entenderse como una forma de esclavitud sexual, cuya diferencia podría enmarcarse en el beneficio que recibe el agresor, en este orden según el marco del Derecho Internacional Humanitario se define como el acto por el cual el agresor obliga a una o más personas a realizar actos sexuales por la fuerza o por medio de amenazas de fuerza, o coacción , como la dada por temor a la violencia , la intimidación, la detención, la opresión psicológica, o el abuso de poder o aprovechándose de un entorno coercitivo o la incapacidad de las víctimas de dar su libre consentimiento (Minsalud, 2012).

- Embarazo Forzado, también es considerado un crimen de lesa humanidad dentro del marco del Derecho Internacional Humanitario, guarda además una estrecha relación con el delito de genocidio, puesto que podría cometerse con fines de destruir bien sea total o parcialmente un grupo nacional, étnico, racial, religioso o político, por razones de su pertenencia al mismo. Se entiende por este el confinamiento ilícito de una mujer a la que se deja embarazada por la fuerza, en aras de modificar la composición étnica de una población, o cometer otras violaciones no menos graves del Derecho Internacional Humanitario (Minsalud, 2012).

- Tortura en Persona Protegida, se entiende por los dolores o sufrimientos, físicos o psíquicos en una persona con el fin de obtener información de ella o terceros, o en busca de castigarla por algún acto cometido o que se sospeche, o que busque intimidarla o coaccionarla por cualesquiera razón que comporte algún tipo de discriminación. Si tales dolores o sufrimientos físicos o psíquicos son el resultado de actos de violencia sexual, se denominará Tortura Sexual (Minsalud, 2012).

- Otras Formas de Violencia Sexual descritas en el Conflicto Armado Colombiano, supondrían la regulación de la vida social , servicios domésticos forzados, esterilización forzada, y aborto forzado (Minsalud, 2012).

5. METODOLOGÍA

La propuesta de manejo para la atención de víctimas de violencia sexual en consulta externa homeopática partió de una investigación de tipo descriptiva, a partir de una aproximación del fenómeno, apuntando a la construcción de un instrumento que sirviera de guía para el profesional médico especializado y también para los pacientes. .

La ejecución del proyecto de manejo de pacientes víctimas de violencia sexual en consulta homeopática se dividió en las siguientes etapas:

5.1 REVISIÓN DE LA NORMATIVIDAD

A través de la revisión de la legislación existente desde el nivel Ejecutivo nacional (Gobierno Nacional, Ministerio de Salud), del orden Judicial (Cortes Suprema y Constitucional), con el fin de sentar las bases del proyecto de manejo para la atención de personas que refieran haber sido objeto de abuso sexual. Las leyes y jurisprudencias persiguen, entre otros fines evitar la revictimización de la persona que está siendo atendida, así como la evaluación de su situación de seguridad.

Las normas abordadas fueron la Resolución 0459 de 2012 del Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual (Minsalud, 2012), la Ley 985 de 2005 sobre la trata de personas (Minsalud, 2005) y la Sentencia T-078 de 2010 de la Corte Constitucional sobre el bloque de constitucionalidad entorno a la protección de los niños. Así mismo la Ley 1719 del 18 de junio de 2014 de la Presidencia de la República y la Ley 1146 de 2007.

5.2 INVESTIGACION ACERCA DE INSTRUMENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PROPUESTA.

Se verificaron diversos instrumentos, formulados y ejecutados en otros países de la región, para la realización de la propuesta de manejo para pacientes víctimas de violencia sexual.

Dentro de los trabajos que analizados estuvieron los de García Piña et al. (2009), Cano (2010) y Rodríguez Almada (2010).

En el mismo sentido se revisaron documentos del campo específico de la homeopatía, en especial con la anamnesis, es decir la calidad de los datos y la forma de la recopilación de estos durante la consulta médica. Aquí fueron claves los trabajos de Rodríguez y Rodríguez (1999) y Dantas (2013).

> "Tenga en cuenta que en casos de sospecha o de abuso sexual los datos resultantes de la anamnesis pueden ser la única evidencia posible de recolectarse dentro de la atención médica, por tanto, deben registrarse adecuada y detalladamente" (Minsalud, 2012, p. 114)

6. RESULTADOS

La elaboración del instrumento comprendió las siguientes bases: una presentación física, equivalente a un cuestionario de no menos de cuatro páginas, diagramadas en tamaño doble carta.

La propuesta de manejo para pacientes víctimas de abuso sexual incluyó de manera pormenorizada una serie de comportamientos y condiciones reflejada en una serie de síntomas que hacen parte de los manifestados por pacientes víctimas de abuso y/o violencia sexual. Con base en esto se da adjunta una repertorización con base en Kent, Barthel, Lippe y Boenninghausen.

Los resultados fueron sistematizados de acuerdo con el grupo etareo (menores de edad y adult@s), a tiempo que se anexó una serie de signos o evidencias de posible violencia sexual que puede analizar el profesional médico.

Se realizó el flujograma que expresa el algoritmo, el cual está adjunto al final del documento (Ver anexo), que espera responder a la pregunta de investigación frente al manejo del paciente víctima de violencia sexual en la consulta médica homeopática a la luz de la normatividad vigente.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se elaboró la propuesta para el manejo médico a pacientes víctimas de violencia sexual en los servicios de consulta externa homeopática, un instrumento de apoyo en el seguimiento de estos pacientes en la consulta externa homeopática en este tipo de situaciones, que como se ha visto tiene un alto impacto en la sociedad colombiana.

Se trata de un trabajo innovador, que puede verse replicado desde otros campos de la medicina alternativa a la alopático, que como se expuso tiene un creciente auge dentro del sistema de salud colombiano.

Los pacientes que acuden a la consulta homeopática son en su gran mayoría adultos, que durante su atención, con el tipo de anamnesis que se realiza, llegan a tocar hilos profundos de su vida que permiten una mayor fluidez en su relato de su historia biopatográfica. Se evidencia así que el abuso sexual es un evento con mayor incidencia y prevalencia de lo registrado y notificado en realidad, y que al ser identificado en la consulta homeopática en gran parte de los casos el hecho ocurrió hace un tiempo ya considerable, sin dejar de estar presente en sus mentes y siendo el precursor de muchos de sus síntomas.

Cabe anotar además que gran parte de los victimarios ya no están en el contexto de la vida de estos pacientes, bien sea porque ya han fallecido, o porque dejaron de tener una cercanía o un dominio sobre ellos, no significando por esto que dejaron de afectar, por el contrario en una parte de estos pacientes afloran aun sentimientos que llegan a traducirse en trastornos evidenciados a la hora de toma del caso, y que al llegar a dar un medicamento siillimun llegarían a ser curados.

Por lo anterior se considera que aparte del manejo establecido por la normatividad actual, la consulta homeopática es de gran relevancia a la hora del manejo integral del paciente víctima de abuso sexual.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El desarrollo de un proyecto de manejo para pacientes víctimas de violencia sexual, significa un avance en el desarrollo de protocolos médicos especializados que brinden consulta externa, enmarcado dentro de los protocolos y normatividades vigentes.

En este caso, dentro del proceso de habilitación instaurado por el Ministerio de Salud para las entidades e instituciones prestadoras de servicios del ramo, se obliga el cumplimiento de la Resolución 459 de 2012, referida a la adopción del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual por parte de los actores del sistema de salud, tanto del régimen contributivo como el subsidiado.

Como recomendación se formula la profundización en el tema de la atención a pacientes víctimas de abuso y violencia sexual, en una línea más directa con la anamnesis y la repertorización de los síntomas más recurrentes, a través de una aplicación informática.

REFERENCIAS

Afanador Contreras, María Isabel; Caballero Badillo, María Claudia (2012) La violencia sexual contra las mujeres.Un enfoque desde la criminología, la victimología y el derecho. Reflexión Política, vol. 14, núm. 27, 2012, pp. 122-133. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Disponible en: http://www.redalyc.org/ pdf/110/11023066009.pdf

Almonacid, Flavia; Daroch, Carolina; Mena, Paula; Palma, Carmen Gloria; Razeto, Mariela; Zamora Evelyn (1996) Investigación social sobre violencia conyugal. En: Revista Última Década, núm. 4, 1996, pp. 1-17. Centro de Estudios Sociales. Valparaíso, Chile. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19500414

Arévalo, M (2009). Intervención en crisis. Psiquiatría. Disponible en http://psiquiatriaymas.blogspot.com/2009/05/intervencion-en-crisis.html

Avello L, Marcia, Avendaño O, Cristian, & Mennickent C, Sigrid. (2009). Aspectos generales de la homeopatía. En: Revista médica de Chile, 137(1), 115-120. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100018

Benveniste, D. (2000). Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. Trópicos. La revista del sociedad psicoanalítica de Caracas, Vol. I. Disponible en: http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf

Bustos Ramírez, Juan; Larrauri Pijoan, Elena (1993) Victimología: presente y futuro (hacia un sistema penal de alternativas). Madrid, España. Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.

Burgoa, Mónica; Guerrero Serrano, Andrés (2007) Consulta integral de homeopatía. Disponible en: http://cihotm.blogspot.com.co/search?q=cuestionario

Caballero, Catalina; Prada, Alejandra (2007). Historia de la psicología jurídica y sus campos de aplicación en Colombia. Disponible en: http://psicologiajuridica.org/psj13.html

Cano, Jacqueline (2010) Violencia doméstica. Abordaje en el primer nivel de atención: Enfoque médico legal del diagnóstico de abuso sexual. Arch. Pediatr. Urug. vol.81, n.3. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492010000300011

Centeno, César (2013) Concepto, objeto, método, división y ubicación de la criminología. Relaciones con otras ciencias. Disponible en: http://es.slideshare.net/ric36/criminologia-28651314

Cerezo, H. (s.f). Intervención psicoterapéutica en condiciones de crisis emocional para violencia doméstica. Portal recursos para estudiantes. Disponible en: http://www.robertexto.com/archivo7/interv_psicoter_crisis.htm

Chaux, E. (2003). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. Revista de Estudios Sociales, 15, 47-58. Disponible en: http://psicologia.uniandes.edu.co/documentos/echaux/Chaux_rev15.pdf

Congreso de la República (1997) Ley 360 de 1997, por medio de la cual se modifican algunas normas del título XI del Libro II del Decreto-ley 100 de 1980 relativo a los delitos contra la libertad y pudor sexuales. Disponible en. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0360_1997.html

Congreso de la República (2005) Ley 975 de 2005. Disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones para acuerdos humanitarios. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17161

Corte Constitucional (2010) Sentencia T-078/10. Bloque de constitucionalidad entorno a la protección de los niños.

CORSI, J (2004). Maltrato y abuso en el ámbito domestico. Paidos SAICF: Buenos Aires- Argentina.

Crespo Duberty, Mario (2007) La realidad de la homeopatía. Editorial Kier. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://bit.ly/1WerLjD

Dantas (2013) Aspectos éticos y legales en el ejercicio de la homeopatía. Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático. Disponible en: www.congresoanifhom.org/Memorias_files/Aspectos%20Eticos%20y%20Legales%20en%20el%20Ejercicio%20de%20la%20Homeopatia.pdf

Durantini , Marta R. (2006) Behavior with Anatomically Detailed Dolls by Children from Buenos Aires, Argentina. En: Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2006, Vol. 40, Num. 3 pp. 341-354. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440308

Echeburúa, E.; Corral, P. (2002). Violencia en la pareja. Madrid, España. Editorial Siglo XXI.

Fernandez Perez, Jorge A; Barajas Arroyo, Guadalupe; Romano Rodriguez, Ma. del Carmen (2008) La homeopatía: Un modelo médico clínico terapéutico, no una medicina complementaria. Gaceta Homeopática de Caracas, Caracas, v. 16, n. 1, enero 2008 . Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-30802008000100004

García Piña, Corina; Loredo Abdalá, Aturo; Gómez Jiménez, Martha (2009) Guía para la atención del abuso sexual infantil. En: Revista Acta Pediátrica. México, México D.F. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2009/apm092e.pdf

Godoy Cervera, Verónica; Higueras, Lorenzo (2005) El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. En: Papeles del Psicólogo, 2005. Vol. 26, pp. 92-98. Universidad de granada. Disponible en: http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1249.pdf

Gómez, E. (2003). Violencia intrafamiliar: Causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales. Reseña sobre Jesús Alfredo Whaley Sánchez. Universidad Autónoma del estado de México. Número 32. Disponible en: http://www.journaldatabase.org/journals/182/Convergencia.html

Hernández Pérez, Norma Leticia (2011) Victimología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Disponible en: http://www.academia.edu/1241901/ Historia_de_la_Victimolog%C3%ADa

Herrera, Clemencia; Parra, Antonio (2011). Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 19, Nº 1, 2011, pp. 7-39. Disponible en: http://search.proquest.com/openview/48d80616c4120020b4 c97395f6f7c071/1.pdf?pq-origsite=gscholar

Juárez López, Josep Ramon; Mateu Vidal, Anna; Sala Berga, Eva (2007) Criterios de evaluación de la credibilidad en les denuncias de violencia de género. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada de Cataluña. Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/182690/SC-3-143-07-cas.pdf?sequence=1

Kasparian, Jean-Jacques (2004) Sistema experto "Duprat", programa de computación homeopático. París, Francia. Disponible en: http://homeoint.org/articles/kaspar/jjk2dues.htm

Lizardi, M., Molina, G. (2003). La intervención grupal como estrategia de cambio en situaciones de violencia familiar. Tercera Conferencia de Trabajo Social Forense. Disponible en: http://www.tribunalpr.org/Miscel/Conferencia/PDF/7_Lizardi_Molina.pdf

López, E. (2004). “Intervención social en la atención a las mujeres víctimas de malos tratos”. Municipalidad de Madrid. Disponible en: http://www.munimadrid.es/portal/site/munimadrid/menuitem.199479e61b01b0aa7d245f019fc08a0c/?vgnextoid=f6a34a8233d48010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnextchannel=f1aebadb6b997010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD

Martínez, C.; Alonso, C.; Castro, P.; Oviedo, C.; Ellwanger, J. (2004). Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital general. Terapia psicológica, 22 (2), 177-184. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78522209#

Martínez, E.; Mata, J. Consideraciones acerca de la víctima y su participación en el proceso penal salvadoreño. Recuperado el 6 de Febrero de 2009. Disponible en: www.alfonsozambrano.com/memorias/estudiantes/comision6/comision6(20).doc

Medicina Legal (2015) Informe Forensis 2014. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+8-+delito+sexual.pdf/b733218a-c476-4215-989d-e490635af6c6

Ministerio de Protección (2011) Detección de la violencia sexual en los servicios de salud. Disponible en: www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/saludsexual/guias-y_protocolos_vif_vs_y_vbg/modelo_de_atencion_a_victimas_vs/capitulo4.pdf

Minsalud (2005) Ley 985 de 2005, Por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas de la misma. Disponible en: http://www.ins.gov.co/temas-de-interes/Violencia%20Intrafamiliar%20y%20Sexual/LEY%20985%20DE%202005%20Trata%20de%20personas.pdf

Minsalud (2012) Resolución 0459 de 2012 por xal. Disponible en: http://historico.equidadmujer.gov.co/Normativa/Documents/prevencion-embarazo/Resolucion-0459-2012-ruta.pdf

Minsalud (2013)Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/Victor%20Hugo%20Alvarez.pdf

Morales, María Luisa; García Jiménez, Milagros; Blázquez Fernández, María Soledad (2002) Abuso sexual infantil. Credibilidad del testimonio. En revista Eúphoros, Nº. 5, 2002, págs. 37-60. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/ servlet/articulo?codigo=1181495

Muraro, Federico (1997) La victimología y el feminismo. Disponible en: http://fmuraro.tripod.com/victimologia_y_feminismo.htm

Nila Escobar, Nubia Gisela (2013) Psicología forense: Benjamín Mendelsohn. Disponible en: http://nubiapsicologiaforense.blogspot.com/2013/11/benjamin-mendelsohn.html

OMS (2002) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/4.1.html

ONU (1985) Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985. Disponible en: http://www.ohchr.org/SP/ ProfessionalInterest/Pages/VictimsOfCrimeAndAbuseOfPower.aspx

ONU (1989) Convención sobre los derechos de los niños. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf

ONU Mujeres (2012) Datos sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres: Encuestas por país. Disponible en: http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vawprevalence_matrix_june_2013_sp.pdf

Peroni, G. (2000) Abuso sexual e incesto: pensando estrategias de intervención.Ponencia presentada en el Seminario"El incesto en la Ley, la ley del incesto". Uruguay: Creagraf. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/explotacion_sexual/Lectura25 .intervencion.pdf

Perrone, Reynaldo; Nannini, Matine (1997) Violencia y abusos sexuales en la familia. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Policía Nacional (2013) Observatorio del delito. No. 7. Dirección de protección y servicios especiales. Grupo Colciencias 0117778. Disponible en: http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_tipo_Operativas/Direccion_Servicios_Especializados/area_infancia_adolescencia/red_educadores/herramientas/VIOLENCIA%20SEXUAL%20E%20INTRAFAMILIAR.pdf

Prebisch, Ricardo (2002) La historia clínica homeopática. Disponible en: http://www.homeoint.org/articles/spanish/histoclinica.htm

Profamilia (2010) Encuesta nacional de Demografía y Salud – ENDS. Violencia Contra las Mujeres y los Niños. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-13.pdf

Portillo, Nicolás (2004) Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual (2004). Disponible en: http://es.slideshare.net/sergioyruben/tratamiento-psicologico-en-nios-abusados-sexualmente-12660199

Ramirez, C; Valdez, R; Hernández, D. (2005). La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. Revista salud mental. Disponible en: http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2804/sm280466.pdf

Rodriguez Almada, H. (2010) Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil: Revisión y actualización. En: Cuad. med. Forense. Vol.16, n.1-2 [citado 2016-02-10], pp. 99-108 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-7606.

Rodríguez Cely, Leonardo Alberto (2003) Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. En: Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 2 (1): 57-70, enero-junio de 2003. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizar revista/archivos/V2N107intervencion.pdf

Rodriguez Garcia, Pedro Luis; Rodriguez Pupo, Luis (1999) Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. En: Rev Cubana Med Gen Integr. 1999, vol.15, n.4 , pp. 409-414 . Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi11499.pdf

Sarquis, L (2003) Introducción al estudio de la Pareja Humana. Ediciones Universidad Católica de Chile: Chile.

Sena (2006) Caracterización ocupacional de Medicina alternativa y terapias complementarias. Minprotección social. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/CARACTERIZACI%C3%93N%20MEDICINA%20ALTERNATIVA%20Y%20TERAPIAS%20COMPLEMENTARIAS.pdf

Sotelo Barrios, Víctor Andrés; González Rubio, Augusto (2006) Análisis de seguimiento por denuncias de presuntos actos sexuales abusivos cometidos contra niños, niñas y adolescentes. Secretaría de Gobierno, Bogotá - Colombia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000200015&script=sci_arttext

Trujano, P., Martínez, K. y Benítez, J. (2002). Violencia hacia el varón. En: Revista Psiquis, 33(4), pps. 5-19.

Viñas, B.; Fernández, T. (2007). Atención psicológica que reciben mujeres Víctimas de maltrato conyugal en organismos de Tijuana. Enseñanza e investigación en psicología, 12 (002), 327-341. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/ src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29212208#

BIBLIOGRAFÍA

Hahnemann, Samuel (1853) Órganon del arte de curar. Editorial Miraguano. Madrid, España.

ANEXO. PROPUESTA DE MANEJO PARA LA ATENCION DE PACIENTES VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN CONSULTA EXTERNA HOMEOPÁTICA

PROPUESTA DE MANEJO PARA LA ATENCION DE PACIENTES VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN CONSULTA EXTERNA HOMEOPÁTICA

CUESTIONARIO HOMEOPÁTICO DE TOMÁS PASCHERO

A) Reacción del organismo a las variaciones de temperatura y climáticas

¿Qué tiempo es el más desagradable para Ud? ¿Frío o calor?

_____

¿Soporta corrientes de aire? ¿Diferencias de temperatura?

_____

¿Cómo soporta Ud el calor ambiente? ¿El calor de la cama, de la habitación, la calefacción o las estufas?

_____

¿Tiene Ud el hábito de llevar mucha ropa en invierno?

_____

¿Se tapa Ud mucho por la noche en la cama?

_____

¿Le molestan generalmente las vestimentas?

_____

¿Es Ud sensible a las temperaturas extremas?

_____

¿Busca Ud el aire libre o se siente mejor en un espacio cerrado?

_____

¿Es Ud sensible al frío en general? ¿O más particularmente en alguna parte de su cuerpo: cabeza, espalda, rodillas...?

_____

¿Tiene Ud la costumbre de enfriarse frecuentemente?

_____

¿Cómo son sus enfriamientos?

_____

¿Está Ud peor con tiempo seco o con tiempo húmedo?

_____

¿Cómo se siente Ud cuando está mojado o si se moja alguna parte de su cuerpo?

_____

¿Qué efecto tiene el sol sobre Ud?

_____

¿Sufre Ud de insolaciones?

_____

¿Qué efectos tiene el viento sobre Ud?

_____

¿Cómo se siente Ud antes, durante y después de la tormenta?

_____

¿Qué clima no puede soportar y dónde pasa mejor el verano?

_____

B) Transpiración – Posición - Actividad

¿Cuándo suda Ud? El día, la noche, después de comer, bajo los efectos del dolor, cuando está ansioso...

_____

¿Cómo es su transpiración? ¿Fría, con olor?

_____

¿Se siente Ud mejor o no después de transpirar?

_____

¿Tiene o ha tenido en su vida una supresión de la transpiración?

_____

¿En qué momento del día se siente Ud peor en general?

_____

¿Cómo se siente al despertar por la mañana?

_____

¿Qué posición del cuerpo no soporta Ud? ¿De pie, sentado, acostado, arrodillado...? ¿Qué siente Ud?

_____

¿Lleva Ud una vida activa?

¿Practica Ud deportes o es Ud sedentario?

¿Está Ud peor cuando se pone en movimiento? ¿Cómo y por qué?

¿Cómo soporta Ud los baños fríos y calientes? ¿Y los baños de mar?

¿Le molestan las vestimentas ajustadas: cuello, cinturón, cinturón de lana, ropa de lana?

C) Deseos, aversiones alimentarias, intolerancias y sed

¿Cómo se siente Ud antes, durante y después de comer?

¿Qué experimenta Ud?

¿Come Ud mucho o poco y cuándo tiene más apetito?

¿Qué alimentos no le gustan?

¿Cuáles le sientan mal y por qué?

¿Tiene Ud sed? ¿Qué bebe Ud y cuándo?

D) Menstruaciones

¿A qué edad tuvo Ud la regla?

¿Cómo estaba usted entonces/ cómo se sentía entonces?

¿Cada cuánto tiempo tiene la menstruación?

¿Cómo son: cantidad, color, consistencia, olor, aspecto y manifestaciones dolorosas?

¿En qué momento y a qué hora disminuyen?

¿Cómo se siente antes, durante y después de las reglas, tanto psíquica como físicamente?

E) Sueño

¿Tiene Ud un sueño profundo o ligero?

¿Duerme Ud mucho o poco?

¿Qué posición escoge para dormir?

¿Cómo sitúa su cabeza, sus brazos, sus piernas?

¿Qué hace durante el sueño?

¿Tiene Ud pesadillas?

¿Grita Ud?

¿Habla Ud?

¿Llora Ud?

¿Ríe Ud?

¿Se mueve Ud?

¿Da vueltas en la cama?

¿Se despierta bruscamente?

¿Rechina Ud los dientes?

¿Tiene Ud los ojos abiertos o cerrados? ¿Duerme Ud con la boca abierta?

_____

¿A qué hora del día está Ud somnoliento? ¿Por qué?

_____

¿A qué hora se despierta?

_____

¿Por qué causas tiene Ud insomnio?

_____

¿Cuáles son las preocupaciones, conflictos o problemas con los que se debate en ese momento?

_____

¿Cuáles son los temas más frecuentes en sus sueños?

_____

F) Periodicidad

¿Con qué periodicidad de horas, semanas, épocas del año vuestros trastornos se manifiestan o se agravan?

_____

G) Antecedentes personales, vacunaciones, tratamientos, operaciones

¿Qué enfermedades agudas ha tenido Ud en su vida?

_____

¿En qué momento?

_____

¿Cuánto tiempo duró y qué tratamiento llevó?

_____

¿Ha tenido Ud alguna intervención quirúrgica?

_____

¿Qué circunstancias familiares o personales (sucesos, emociones, accidentes) coincidieron con vuestras enfermedades, con la aparición de ciertos síntomas, o cambios en vuestro estado general?

_____

¿Qué vacunas le pusieron? ¿Algún efecto secundario?

_____

H) Capacidad de hemorragias, cicatrización de heridas

¿Sangran mucho sus heridas?

_____

¿Cómo cicatrizan?

_____

I) Síntomas mentales

¿Qué contrariedades, disputas, emociones, penas o alegrías ha tenido Ud en su vida?

_____

¿En qué condiciones familiares vive Ud?

_____

¿Cómo soporta Ud las dificultades y las penas de la vida cotidiana?

_____

¿Se siente Ud deprimido, desesperado, impaciente, ansioso, agitado, abandonado, indiferente, encolerizado?¿Cuáles son sus deseos en la vida? ¿Qué es lo que no le gusta?

_____

¿Se molesta (se molesta fácilmente)?

_____

¿Llora fácilmente?

_____

¿Qué es lo que le hace llorar?

_____

¿A qué hora del día siente ganas de llorar?

_____

¿Cómo reacciona cuando llora o cuando está triste o deprimido y alguien se acerca a consolarle?

_____

¿Prefiere Ud vivir solo o en compañía?

_____

¿Cuándo y por qué tiene Ud miedo?

_____

¿Tiene Ud miedo a la muerte, a la enfermedad, a la noche, a la oscuridad, a los ladrones, a la soledad?

_____

¿Tiene miedo a que se le acerquen? ¿miedo de la muchedumbre, del diablo, de los fantasmas?

_____

¿Tiene Ud miedo de que le llegue una maldición, de la locura, de la ruina, de la pobreza, de la adversidad?

_____

¿Tiene Ud sensaciones especiales: fobias o miedo de cualquier cosa determinada?

_____

¿Las sirenas de la policía le afectan mucho?

_____

J) Problemas de inteligencia

¿Le fatigan los ejercicios mentales?

_____

¿Tiene Ud dificultades para concentrarse, para comprender?

_____

¿Se siente Ud confuso?

_____

¿Como y cuando?

_____

¿Comete Ud errores hablando o escribiendo?

_____

K) Problemas de memoria

¿Olvida Ud los nombres propios?

_____

¿Lo que quiere decir?

_____

¿Lo que quiere hacer?

_____

¿Lo que ha pensado?

_____

¿Ciertas palabras?

_____

¿Lo que ud va a escribir ?

_____

Referencias familiares: comportamiento, conducta, gastos

_____

¿Es Ud alegre o excitado? ¿Deprimido o inquieto?

_____

¿Se niega a comer?

_____

¿Desea Ud huir?

_____

¿Desea esconderse?

_____

¿Hace Ud gestos?

_____

¿Se aísla Ud?

_____

¿Es Ud imaginativo?

_____

¿Tiene Ud exaltaciones imaginativas?

_____

¿Tiene Ud algún comportamiento infantil? ¿Sigue siendo un niño?

_____

¿Es Ud orgulloso, negligente, poco atento?

_____

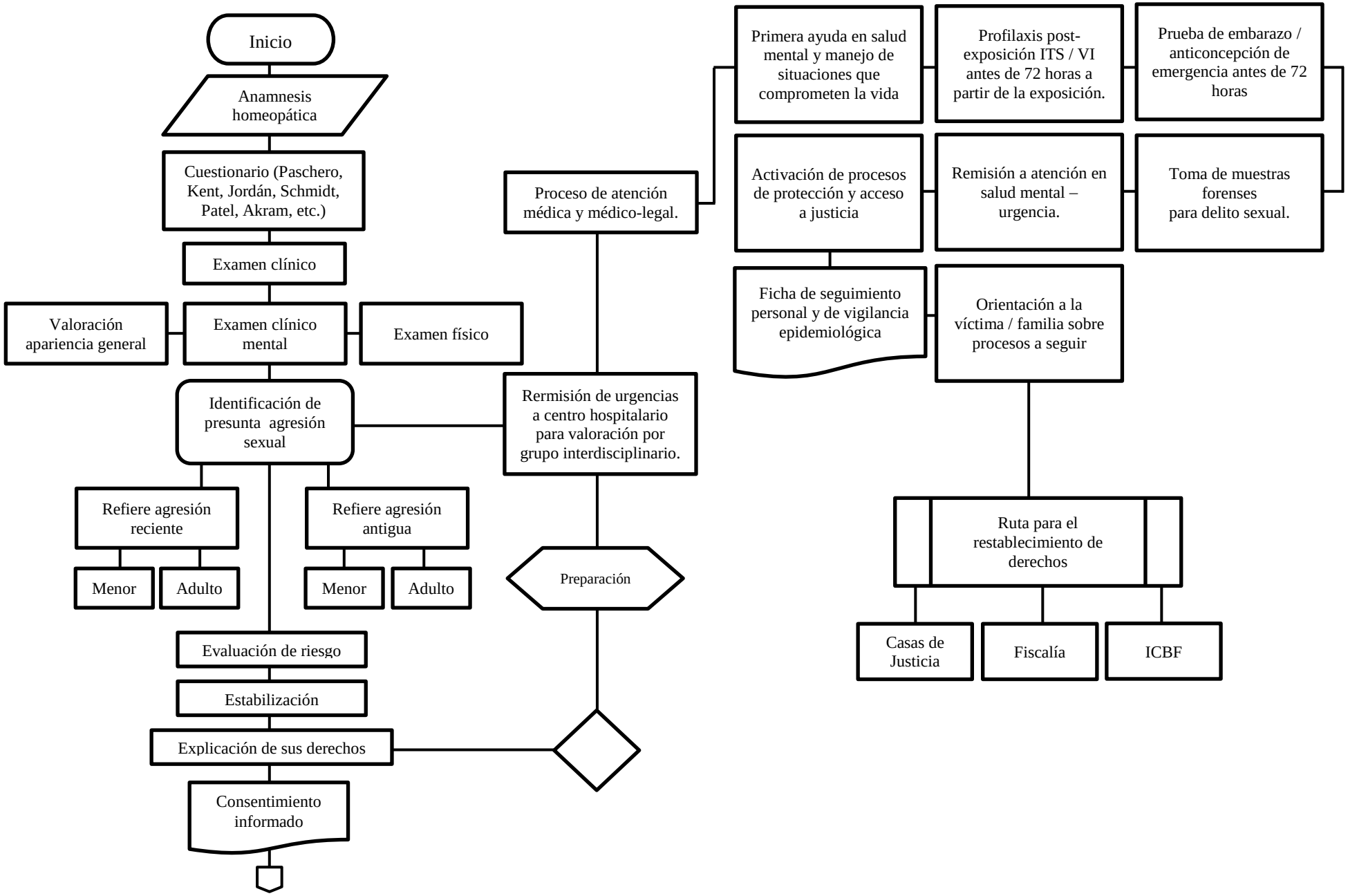
¿Es Ud nostálgico?

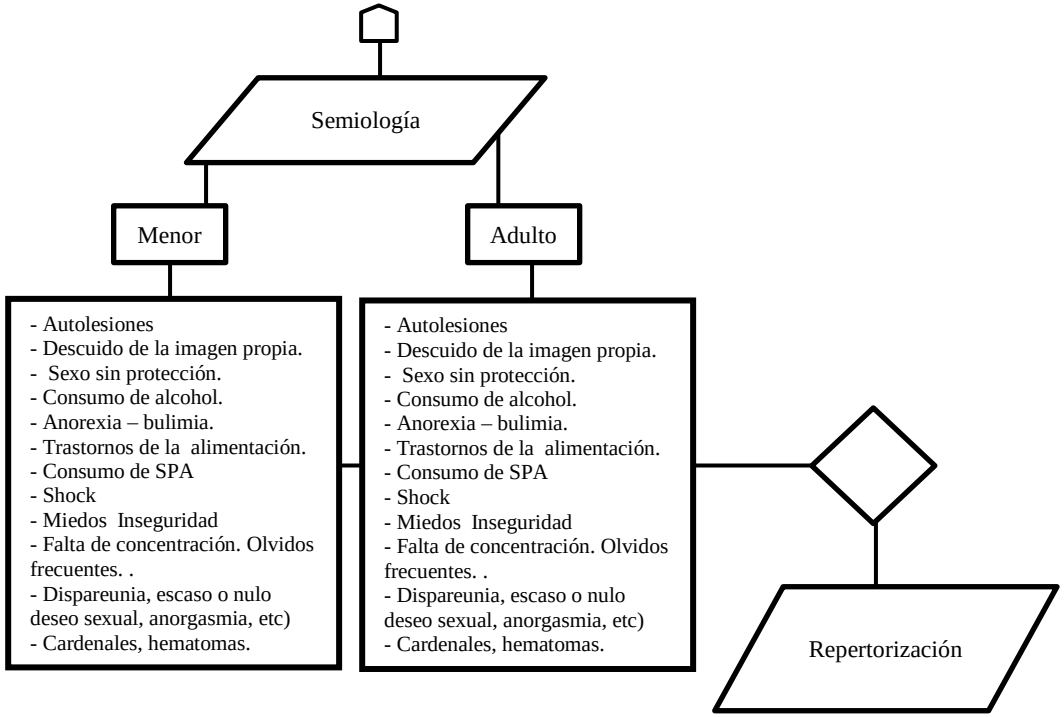
_____

	Condiciones, conductas y síntomas	Signos	Repertorización – (con base en Kent, Barthel, Lippe y Boenninghausen)
Menores de edad	Embarazos tempranos (menor de 14 años)		
	Conducta suicida Conductas autoagresivas.	Autolesiones Descuido de la imagen propia.	Acon. Agar. Aml-n. Am-m. Ant-t. Arg-n. Ars. Ars-i. Bar-c. Bar-m. Brom. Bry. Calc. Camph. Cann-s. Canth. Carb-v. Cham. Chel. Chin. Cic. Cocc. Coff. Colch. Con. Cupr. Dig. Euph. Ferr. Ferr-ar. Ferr-i. Ferr-p. Guaj. Ign. Iod. Ip. Laur. Lob. Lyc. Merc. Mez. Mosch. Mur-ac. Nat-m. Nux-v. Ph-ac. Phos. Plat. Plb. Puls. Rhus-t. Sabad. Sabin. Sec. Seneg. Sep. Stann. Staph. Stram. Sul-ac. Sulph. Teucr. Thuja Verat. Zinc.
	Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual.	Sexo sin protección. Consumo de alcohol.	Apis Bar-c. Bar-m. Carbn-s. Con. Elaps. Helon. Iod. Plb. Plat.
	Comportamiento bulímico	Anorexia – bulimia. Trastornos de la alimentación.	Abies-c. Agar. Alf. All-s. Ang. Ant-c. Ars. Aur. Bry. Calc. Calen. Carb-v. Chin. Cina Cocc. Euph. Ferr. Ferr-s. Fl-ac. Glon. Graph. Hell. Hep. Ign. Iod. Kali-c. Kali-m. Lyc. Merc. Mur-ac. Nat-c. Nux-m. Nux-v. Petr. Phos. Plat. Sabad. Sacch. Sec. Sep. Spig. Spong. Squil. Stann. Staph. Sulph. Thuja Verat. Zinc.
	Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas	Consumo de SPA	Acon. Agar. Ars. Aur. Bell. Bry. Calc. Canth. Carb-v. Caust. Cham. Chin. Coff. Colch. Croc. Cupr. Dig. Dulc. Euph. Ferr. Graph. Hep. Hyos. Ign. Ip. Lach. Lyc. Merc. Mosch. Nat-c. Nat-m. Nit-ac. Nux-m. Nux-v. Op. Ph-ac. Phos. Plat. Plb. Puls. Rhus-t. Seneg. Sep. Staph. Sulph. Valer. Verat. Zinc.
	Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.	Shock	Acon. Am-c. Arn. Bell. Camph. Caps. Carb-v. Cham. Cic. Cocc. Coff. Cupr. Gels. Hyper. Ip. Lach. Merc. Op. Psor. Puls. Ran-b. Sec. Staph. Stront-c. Sulph.
	Aislamiento familiar y social.	Miedos Inseguridad	Alum-sil. Anac. Anh. Ars. Bar-c. Bry. Caps. Chel. Gels. Kali-p. Nux-v. Sil.
	Bajo rendimiento escolar	Falta de concentración. Olvidos frecuentes. .	Agn. Lach. Nux-m. Ph-ac.
	Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica.	Dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc)	Aeth. Agn. Alum. Ambr. Am-c. Anac. Anh. Anthraci. Arg-met. Bar-c. Bell. Berb. Borx. Camph. Cann-s. Carb-an. Caust. Ferr. Ferr-p. Graph. Helon. Hep. Kali-bi. Kali-i. Lec. Lyc. Mag-c. Mur-ac. Nat-m. Onos. Ph-ac. Phos. Rhod. Sep. Sil. Stront-c. Sulph. Ther.
	Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc,	Cardenales, hematomas.	Remitir a especialista. Informar de los DSR. Notificación a Sivigila.
Adultos	Síntomas depresivos, de ansiedad, de alteración del sueño, o de disfunciones sexuales.	Abatimiento, frigidez.	All-c. Ambr. Anac. Arg-n. Aur. Aur-m. Bell. Bry. Caust. Cham. Coloc. Ign. Lyc. Lyss. Merc. Nat-m. Nux-v. Op. Pall. Ph-ac. Plat. Puls. Rhus-t. Seneg. Sep. Staph. Stram. Sulph. Verat.
	Dolor pélvico crónico sin causa aparente	Dolor pélvico crónico	Coloc.
	Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc)	Frigidez, anorgamia, ninfomanía	Aeth. Agn. Alum. Ambr. Am-c. Anac. Anh. Anthraci. Arg-met. Bar-c. Bell. Berb. Borx. Camph. Cann-s. Carb-an. Caust. Ferr. Ferr-p. Graph. Helon. Hep. Kali-bi. Kali-i. Lec. Lyc. Mag-c. Mur-ac. Nat-m. Onos. Ph-ac. Phos. Rhod. Sep. Sil. Stront-c. Sulph. Ther.
	k. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.	Infección urinaria, Cistitis, Desgarro vaginal Infección por levaduras.	Acon. Aesc. Agar. Aloe Alum. Ambr. Anag. Ant-c. Anth. Aphis Apis Apoc. Arg-n. Ars. Asc-c. Aur-m. Bapt. Bar-c. Bell. Benz-ac. Berb. Bov. Bry. Cact. Calad. Calc. Calc-f. Calc-p. Calc-s. Camph. Cann-i. Cann-s. Canth. Caps. Carb-an. Carbn-s. Carb-v. Caust. Cedr. Cham. Chel. Chim. Chin. Chinin-s. Clem. Cob. Coc-c. Colch. Con. Cop. Crot-t. Cub. Cupr. Cupr-ar. Cur. Dig. Dulc. Echi. Equis. Erig. Ery-a. Eug. Eup-pur. Ferr. Ferr-ar. Ferr-i. Ferr-p. Fl-ac. Gels. Glon. Graph. Grat. Hell. Helon. Hep. Hydr-ac. Ign. Ip. Kali-ar. Kali-bi. Kali-c. Kali-n. Kali-p. Kali-s. Lach. Laur. Lil-t. Lob. Lyc. Mag-c. Mang. Med. Merc. Merc-c. Mez. Mur-ac. Nat-ar. Nat-c. Nat-m. Nat-p. Nat-s. Nit-ac. Nux-m. Nux-v. Op. Ox-ac. Par. Pareir. Petr. Petros. Ph-ac. Phos. Pic-ac. Pip-m. Plb. Psor. Ptel. Puls. Raph. Rat. Rhod. Rhus-t. Sabad. Sabin. Sars. Sec. Sel. Seneg. Sep. Sil. Staph. Sul-ac. Sulph. Tab. Tarent. Ter. Thuja Uran-n. Uva Verat. Viol-t. Zinc.
Otros signos de posible violencia sexual	Vulvovaginitis a repetición. La primera causa de vulvovaginits a repetición en la edad pediátrica es la vulvovaginitis inespecífica y se asocia con infecciones por gran negativos y con problemas en el aseo, la higiene genital o con variantes anatómicas. Se insiste en que la asociación de vulvovaginitis con abuso o violencia sexual, de manera aislada, es muy baja.	Vaginosis Candidiasis Tricomoniasis Vulvitis	Coc-c. Lac-c. Chin. Croc. Lyc. Plat. Sulph. Berb. Sabin. Staph. Calc-p. Thuja
	Dificultad para caminar o sentarse. En estos casos hay que iniciar buscando otras causas como trauma o vulvovaginitis.	Endometriosis	Aloe Apis Asaf. Aur. Bar-c. Berb. Brom. Calc-p. Carb-an. Caust. Coc-c. Con. Eupi. Graph. Kali-c. Kreos. Lac-c. Lil-t. Lyc. Merc-c. Phos. Plat. Sec. Sep. Staph. Thuja Urt-u. Zinc.
	Infecciones urinarias a repetición. Hay que investigar factores predisponentes como malformaciones anatómicas, reflujo vesico-uretral o mala higiene	Necesidad urgente y frecuente de orinar. Picazón o quemazón . Enrojecimiento de la vulva y picor vagina.l Dolor al orinar y en las relaciones sexuales.	Acon. All-c. Am-c. Ant-t. Apis Arg-n. Arn. Ars. Aspar. Bals-p. Bar-m. Bell. Benz-ac. Berb. Borx. Bov. Cact. Calad. Calc. Camph. Cann-i. Cann-s. Canth. Caps. Carb-ac. Caust. Cham. Chim. Chinin-s. Clem. Colch. Coloc. Con. Cop. Cub. Dig. Dulc. Equis. Ery-a. Eup-per. Ferr-p. Gels. Hell. Hydr. Hyos. Junc. Kali-ar. Kali-bi. Kali-c. Kali-chl. Lach. Lil-t. Lith-c. Lyc. Lyss. Med. Merc. Merc-c. Murx. Myrt-c. Nat-c. Nat-s. Nit-ac. Nux-v. Pareir. Petr. Petros. Ph-ac. Phys. Pip-m. Pop. Prun. Puls. Rhus-a. Rhus-t. Sabal Sabin. Sars. Senec. Seneg. Sep. Squil. Staph. Stram. Sulph. Tarent. Ter. Thuja Uva Verat-v.

	Condiciones, conductas y síntomas	Signos	Repertorización – (con base en Kent, Barthel, Lippe y Boenninghausen)
Otros signos de posible violencia sexual	Enuresis. Interrogar si es primaria o secundaria, indagar otras posibles causas: infección urinaria u otros eventos traumáticos emocionales; por ejemplo, la llegada de un nuevo hermanito(a) a la casa	Mojar la cama.	Acon. Aesc. Agar. Aloe Alum. Ambr. Anag. Ant-c. Anth. Aphis Apis Apoc. Arg-n. Ars. Asc-c. Aur-m. Bapt. Bar-c. Bell. Benz-ac. Berb. Bov. Bry. Cact. Calad. Calc. Calc-f. Calc-p. Calc-s. Camph. Cann-i. Cann-s. Canth. Caps. Carb-an. Carbn-s. Carb-v. Caust. Cedr. Cham. Chel. Chim. Chin. Chinin-s. Clem. Cob. Coc-c. Colch. Con. Cop. Crot-t. Cub. Cupr. Cupr-ar. Cur. Dig. Dulc. Echi. Equis. Erig. Ery-a. Eug. Eup-pur. Ferr. Ferr-ar. Ferr-i. Ferr-p. Fl-ac. Gels. Glon. Graph. Grat. Hell. Helon. Hep. Hydr-ac. Ign. Ip. Kali-ar. Kali-bi. Kali-c. Kali-n. Kali-p. Kali-s. Lach. Laur. Lil-t. Lob. Lyc. Mag-c. Mang. Med. Merc. Merc-c. Mez. Mur-ac. Nat-ar. Nat-c. Nat-m. Nat-p. Nat-s. Nit-ac. Nux-m. Nux-v. Op. Ox-ac. Par. Pareir. Petr. Petros. Ph-ac. Phos. Pic-ac. Pip-m. Plb. Psor. Ptel. Puls. Raph. Rat. Rhod. Rhus-t. Sabad. Sabin. Sars. Sec. Sel. Seneg. Sep. Sil. Staph. Sul-ac. Sulph. Tab. Tarent. Ter. Thuja Uran-n. Uva Verat. Viol-t. Zinc.
	Encopresis y dolor al defecar. Buscar otras causas como constipación crónica funcional. En caso de disfunciones familiares severas, etc. Estos casos deben remitirse al gastroenterólogo pediatra.	Incontinencia fecal. Estreñimiento.	Abrot. Agar. Aloe Alum. Am-c. Anan. Ang. Apom. Aster. Bell. Borx. Calc. Calc-f. Calc-p. Calc-s. Calc-sil. Carbn-s. Carb-v. Chim. Chin. Chinin-ar. Chinin-s. Chion. Chr-ac. Cimx. Clem. Coll. Coloc. Con. Cop. Cor-r. Croc. Crot-c. Crot-h. Crot-t. Cub. Cupr. Cycl. Daph. Eup-per. Ferr. Ferr-ar. Ferr-i. Ferr-p. Fil. Fl-ac. Form. Gamb. Ger. Graph. Guaj. Hell. Hep. Hydrc. Hyos. Hyper. Ign. Iod. Iris Jab. Jac-c. Jatr-c. Kali-ar. Kali-bi. Kali-br. Kali-c. Kali-chl. Kali-i. Kali-m. Kali-p. Kali-s. Kali-sil. Kreos. Lac-d. Lach. Lact-ac. Laur. Led. Lycps-v. Mag-c. Mag-m. Mag-p. Mag-s. Manc. Mang. Med. Meli. Meny. Merc. Merc-i-f. Mez. Morph. Myric. Nicc. Nux-m. Nux-v. Oena. Olnd. Pall. Petr. Ph-ac. Phos. Phyt. Plat. Plb. Podo. Polyp-p. Psor. Ptel. Puls. Pyrog. Raph. Rat. Rhus-t. Rob. Sars. Sec. Sel. Seneg. Sil. Spong. Stann. Staph. Stront-c. Stry. Sul-ac. Sulo-ac. Sulph. Sumb. Sym-r. Syph. Tab. Tann-ac. Tarent. Tell. Ter. Ther. Thuja Tor. Tril-p. Tub. Urt-u. Ust. Vario. Verb. Vesp. Wye. Zinc.
	Desórdenes de la alimentación. Hay reportes de una tasa relativamente alta de antecedentes de violencia sexual en aquellas personas con cuadros de bulimia, aunque la asociación a la anorexia nerviosa es baja. Raramente la violencia sexual en niños y niñas pequeños se expresa con alteración del apetito	Fluctuación de peso Deshidratación. Desvanecimientos.	Abies-c. Agar. Alf. All-s. Ang. Ant-c. Ars. Aur. Bry. Calc. Calen. Carb-v. Chin. Cina Cocc. Euph. Ferr. Ferr-s. Fl-ac. Glon. Graph. Hell. Hep. Ign. Iod. Kali-c. Kali-m. Lyc. Merc. Mur-ac. Nat-c. Nux-m. Nux-v. Petr. Phos. Plat. Sabad. Sacch. Sec. Sep. Spig. Spong. Squil. Stann. Staph. Sulph. Thuja Verat. Zinc.
	Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, etc.) y miedo a dormir solo, en especial cuando esto no se presentaba previamente. Esta situación se debe casi siempre a malos hábitos de sueño.	Difícil conciliación del sueño. Cortos periodos de sueño.	Ambr. Arn. Ars. Bell. Bry. Carb-an. Caust. Cocc. Cupr. Kali-i. Laur. Lyss. Mag-c. Mag-m. Merc. Nat-c. Nat-m. Nux-v. Rhus-t. Stram. Sulph. Thuja
	Regresión del lenguaje. Se deben descartar patologías del Sistema Nervioso Central en primera instancia.	Trastornos del lenguaje. Afasia.	Agar. Anac. Anh. Arg-n. Arn. Bar-c. Bar-s. Cact. Cann-i. Carbn-s. Cham. Cimic. Cocc. Con. Crot-h. Cupr. Dulc. Ham. Hell. Kali-br. Kali-c. Kali-p. Lach. Lil-t. Lyc. Lyss. Med. Nat-m. Nux-v. Ph-ac. Plb. Puls. Rhus-t. Sulph. Thuja
	Autoestima disminuida. Siempre buscar otras causas y analizar el caso dentro de su contexto, como elemento aislado es aventurado pensar en violencia sexual.	Depresión. Ensimismamiento. Dolor psicológico.	Act-sp. Arn. Aur. Calc. Fl-ac. Lach. Lyc. Med. Merc. Nux-v. Pall. Par. Plat. Plb. Sil. Sulph.
	Trastornos por somatización. En la mayoría de los casos de somatización, los factores psico-emocionales desencadenantes son distintos a la violencia sexual.	Dolor abdominal recurrente, cefaleas crónicas no evolutivas y otros-	Agar. Am-c. Aur. Bry. Calc. Cann-s. Caust. Chel. Chinin-s. Cina Cist. Cob. Coca Crot-t. Eup-per. Ferr. Fl-ac. Ham. Jac-g. Kali-c. Lyc. Lyss. Merc-i-r. Nat-m. Nicc. Petr. Phos. Rumex Sep. Stann. Staph.
	Depresión con o sin ideación suicida	Fantasías suicidas.	Calc-p. Puls.
	Cambios repentinos al nivel académico.	Bajo rendimiento escolar.	Agn. Anac. Anh. Ars. Bar-c. Bry. Caps. Chel. Gels. Kali-p. Lach. Nux-m. Nux-v. Ph-ac. Sil.
	Ansiedad e inestabilidad emocional.	Irritabilidad. Transtorno Obsesivo Compulsivo.	Calc-p. Con. Kali-c. Nat-m. Sep. Staph.
	Fugas de la realidad.	Desconcentración. Disociación. . .	Abrot. Acon. Bapt. Bar-c. Bar-m. Bar-s. Brom. Bry. Calc. Calc-ar. Calc-sil. Carbn-s. Caust. Cent. Cham. Chel. Chin. Cimic. Cinnb. Coff.Coloc. Con. Corn. Dros. Dulc. Elaps Ery-a. Euphr. Fago. Ferr. Ferr-ar. Ferr-i. Gels. Glon. Graph. Grat. Huc. Mag-m. Mang. Med. Meli. Merc. Merc-c. Merl. Mez. Mosch. Mur-ac. Nat-ar. Nat-m. Nat-p. Nux-m. Nux-v. Ol-an. Olnd. Onos. Op. Orig. Ox-ac. Petr. Ph-ac. Phos. Phys. Pic-ac. Pip-n. Pitu. Plat. Plect. Ptel. Puls. Ran-s. Raph. Rhod. Rhus-r. Rhus-t. Rhus-v. Sabad. Sang. Sanic. Sarr. Sars. Sec. Sel. Senec. Seneg. Sep. Sil. Sin-a. Spig. Squil. Stann. Staph. Stict. Stram. Sul-ac. Sulph. Ter. Thuja Til. Tub. Verat. Verb. Viol-o. Zinc.
	Pérdida de la memoria.	Amnesia temporal. Olvidos recurrentes.	Abies-n. Acon. Aeth. Agn. Alum. Ambr. Asar. Bar-c. Bar-m. Bell. Carbn-s. Caust. Cham. Coff. Corn. Dros. Fago. Hell. Kali-bi. Kali-c. Lach. Mur-ac. Nat-c. Nat-p. Nux-v. Ox-ac. Pic-ac. Spig. Sulph. Syph. Zinc-p.
	Neurosis y fobias	Falta de autocontrol- Ideaciones fantasiosas. Extremismo. Codependencia. Impaciencia.	Acon. Alum. Am-c. Am-m. Anac. Ant-c. Ant-t. Ars. Aur. Bar-c. Bell. Berb. Bry. Calad. Calc. Calc-s. Canth. Carbn-s. Caust. Chel. Chin. Chinin-ar. Chinin-s. Cic. Cina Clem. Cocc. Coff. Cupr. Dig. Dros. Dulc. Ferr. Ferr-ar. Ferr-p. Graph. Hell. Hep. Hyos. Ign. Kali-ar. Kali-c. Kali-i. Kali-n. Kali-p. Kali-s. Kreos. Lach. Lyc. Mag-c. Manc. Mang. Meny. Merc. Mez. Nat-ar. Nat-c. Nat-m. Nat-p. Nicc. Nit-ac. Nux-m. Nux-v. Onos. Phel. Phos. Plat. Psor. Puls. Rat. Rhus-t. Ruta Sabin. Samb. Sec. Sep. Spig. Spong. Staph. Stront-c. Sulph. Tab. Thuja Til. Verat.

– Algoritmo para la atención a pacientes víctimas de abuso sexual en consulta externa homeopática.





Fuente: La autora con base en Minsalud (2012)