



Cuadernillo Afirmativo #5



Protocolo de atención

psicosocial a personas víctimas de
violencia por orientación sexual,
identidad de género y/o expresión
de género



¿Quiénes somos?

La Corporación Caribe Afirmativo nace en el Caribe colombiano en el año 2009, como respuesta de movilización ante la impunidad y exigibilidad de justicia por el asesinato del líder, locutor y profesor Rolando Pérez en la ciudad de Cartagena, para exigir el respeto y reconocimiento de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI) en la región. Somos una organización plural que trabaja en una perspectiva de construcción de paz regional, de derechos y de género.

Finalidad

Estamos adelantando agendas conjuntas de investigación, formación, asesoramiento, defensa, movilización y promoción de los derechos humanos de las personas LGBTI, que aborda de manera transversal ejes de posconflicto y la construcción de paz para las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Nuestro principal foco de acción es el fortalecimiento de la integración social y la generación de liderazgos de las personas LGBTI en las agendas políticas en el entorno del posconflicto, la investigación de las afectaciones realizadas por los actores armados y la realización de acciones afirmativas para garantizar el acceso a las reparaciones integrales establecidas en la ley.

Propósito

Nuestro propósito es incidir en la construcción y posicionamiento de agendas de diversidad sexual y de género en el Caribe, que permitan el reconocimiento de los derechos y el acceso a la justicia de las personas LGBTI en un escenario de posconflicto. Apostamos a una región y una sociedad en la que se garantice el reconocimiento de la diversidad sexual y las identidades de género, para que las personas LGBTI alcancen una vida digna y ejerzan su ciudadanía plena.

Corporación Caribe Afirmativo
Mercedes García Escallón
Psicóloga

Claudia Ayola Escallón
Psicóloga

Wilson Castañeda Castro,
Director.

María Fernanda Ferrer,
Coordinadora de Casas de Paz

Ludwin Cabas,
Coordinador Casa de Paz
Soledad (Atlántico)

Omar Meza Domínguez
Coordinador Casa de Paz
El Carmen de Bolívar

Ilder Orozco,
Coordinador de Casa de Paz
Ciénaga (Magdalena)

Jusmingrid Sandoval,
Coordinadora de Casa de Paz Maicao (La Guajira)

Diseño
Oscar Santana

www.caribeafirmativo.lgbt
infocaribeafirmativo.lgbt
twitter: @caribeafirmativ
facebook: /caribeafirmativo

Personas LGBTI Constructoras de Paz

1. ¿Por qué un protocolo para la atención de personas víctimas de violencia por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género?

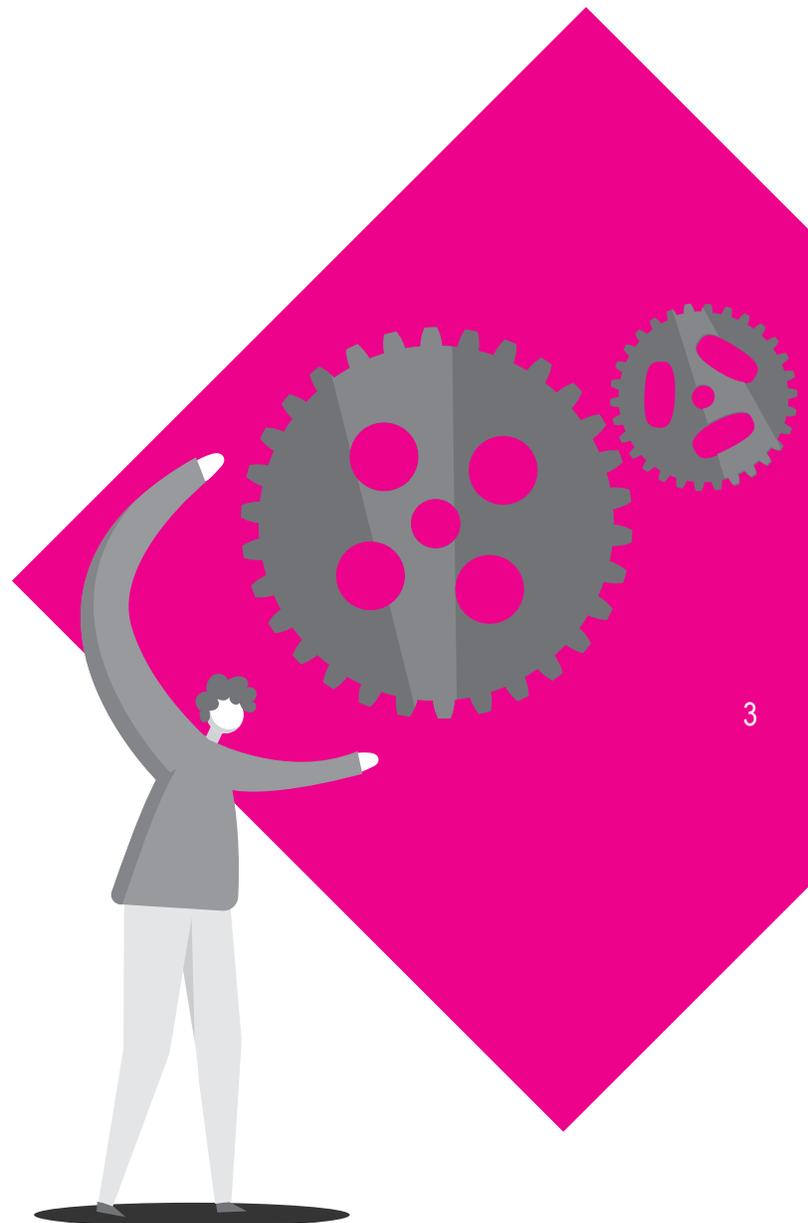
Ni la orientación sexual ni la identidad y/o expresión de género representan, por sí solas, una condición de vulnerabilidad psicológica que implique tratar problemas de manera especial. La razón para hacer un protocolo específico sobre el tema obedece a la necesidad de comprender la existencia de violencias particulares sobre personas LGBT y las afectaciones que tienen dichas violencias, las debilidades en el sistema, los sesgos que existen en algunos profesionales y la necesidad de generar procesos de atención que no repliquen estereotipos heteronormativos o discriminen a las personas por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género.

2. Sobre las violencias contra personas por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género.

El marco de violencia a las personas por razón de su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género es amplio porque se relaciona con la violación de distintos derechos. La discriminación a las personas LGBT en las diferentes esferas se traduce en múltiples formas de violencia. Intentar comprender las dimensiones que la configuran es necesario para establecer lo que enfrenta la persona, el daño emocional o físico, el riesgo latente y las estrategias para buscar garantías.

Según el tipo de violencia el evento puede ser:

- Física
- Sexual
- Psicológica



Según la intensidad del evento se puede tratar de violencia:

- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema

Así mismo pueden clasificarse según la cronicidad del evento en:

- Aguada
- Crónica

Por la frecuencia

- Si se trata de un evento único
- Si ha ocurrido en otra ocasión
- Si ocurre con regular frecuencia

Adicionalmente, se debe especificar el escenario en el que se presenta el evento violento:

- Familiar
- En la relación de pareja
- Laboral
- En el sistema de salud
- En el sistema de educación
- En el espacio público
- En condiciones de privación de la libertad
- En un establecimiento (bar, restaurante, centro comercial)

Identificar si la violencia se da en situaciones que puedan significar mayor vulnerabilidad

- Violencia en el marco del conflicto armado.
- En condición de migrante
- En el marco de trata de personas
- En condiciones de extrema pobreza.
- Si obedece, además, a violencia por discriminación étnico/racial o por el hecho de ser mujer
- Si obedece, además, a violencia política o por pertenecer a un grupo religioso o un credo determinado
- Si además la persona está en condición de discapacidad.
- Si supone, además, discriminación por vivir con VIH/Sida o porque el agresor cree que la persona vive con VIH/Sida u otra infección que pueda estar asociada o percibida como “contagiosa”
- Si se trata de violencia relacionada con la mal llamada “limpieza social”
- Si es violencia perpetrada por fuerzas policivas o militares del Estado

Por las características de la persona agresora

- Si es una persona o un grupo de personas.
- Si se trata de persona(s) conocida(s) o cercanas a la víctima.
- Si se trata de persona(s) desconocida(s).

Por quién es la víctima directa

- Si la persona es víctima directa de la agresión.
- Si la persona es víctima indirecta. Si es testigo o presenciado violencia sobre otra persona (conocida o desconocida)

da) por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género o si la agresión le ocurrió a otra persona cercana con la que comparte espacios, como una compañera de trabajo o la persona con la que comparte la vivienda, por ejemplo. En ocasiones se desestiman estos eventos porque no actúan directamente sobre la persona, pero sí generan consecuencias psicológicas que pueden ir desde temores hasta trastorno de estrés posttraumático.

La orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género -en un ambiente de discriminación y prejuicios propios de los estereotipos heteronormativos- pueden ser utilizadas por los agresores o terceros (autoridades policivas, operadores de justicia, servidores públicos y sociedad civil) como justificación para la violencia; lo que significa una doble victimización. Es posible, incluso, que operadores de justicia consideren que la víctima merecía la agresión solo por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género.

3. Sobre la relación con la persona profesional que presta la atención psicosocial.

La persona profesional idónea para coordinar la atención psicosocial a una persona víctima de violencia por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género es un(a) psicólogo(a) con formación o experiencia en violencia basada en género y derechos sexuales, y que tenga formación sobre diversidad sexual y de género.

La atención psicosocial debe permitir la relación entre distintas personas profesionales (trabajadoras sociales, equipo médico, psicólogas, asesoras jurídicas), pero la persona profesional en psicología resulta más idónea para coordinar dicha atención. La razón se explica porque la atención psicosocial tiene un fuerte componente en salud mental, relacionado con el abordaje – tanto evaluativo como en la intervención – del malestar psíquico del trauma. A diferencia de las personas trabajadoras sociales y otras profesionales en ciencias sociales, las(os) psicólogas(os) están formadas(os) para identificar criterios de salud mental (síntomas depresivos, signos psicóticos, ideación suicida estructurada, ataques de pánico, estrés posttraumático) y tienen la capacidad de remitir a la atención psiquiátrica cuando sea necesario. Adicionalmente, la persona profesional en psicología establece relaciones con la profesional en trabajo social o con otras personas profesionales en ciencias sociales que aborden más la dinámica comunitaria y social, los distintos entornos de la víctima, las redes de apoyo y las intervenciones psicoeducativas.

Las personas profesionales de psiquiatría manejan especialmente los trastornos mentales y tienen experiencia en el manejo fármaco terapéutico. La mayoría de las víctimas de violencia por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género no presentan trastornos mentales, salvo situaciones específicas en las que se requieran las remisiones a psiquiatría.

Es importante que las personas profesionales que trabajan en la atención psicosocial de personas víctimas de violencia por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género no sean ajenas a esta población, ya sea porque han tenido experiencias laborales previas con personas LGBT, porque tengan cercanía con esta comunidad en su vida personal o porque se identifican como persona LGBT. La atención psicosocial de personas LGBT víctimas de violencia no puede, de ninguna manera, ser una experiencia de aprendizaje sobre diversidad sexual. Todo esto con el propósito de evitar revictimización en la persona que requiere la atención.

El profesional de salud mental que presta la atención requiere tener habilidades terapéuticas básicas para:

- Establecimiento de rapport o confianza
- Evaluación inicial
- Intervención en crisis cuando sea pertinente
- Procesos diagnósticos iniciales de síntomas, síndromes y trastornos
- Enfoque de género, perspectiva de derechos humanos y enfoque de resiliencia

Si la persona profesional de salud mental que proporciona la atención inicial será el mismo que continuará la intervención, además debe tener habilidades terapéuticas para:

- Intervención clínica de síntomas, síndromes y trastornos (En especial de trastornos de estrés post traumático, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad)
- Manejo de terapias grupales
- Estrategia de resolución de conflictos y afrontamiento

Más allá de la formación y la experiencia, es un imperativo que la persona profesional de salud mental que proporcione la atención cumpla con otros requisitos:

- Sea capaz de desprenderse de sesgos sexistas propios del patriarcado heteronormativo que tienden a asignar roles o a esperar respuestas determinadas en las mujeres y en los hombres
- No tenga prejuicios sexistas de ninguna índole respecto a la diversidad sexual, ni por orientación sexual ni por identidad de género y/o expresión de género

Lo recomendable es que la persona profesional de salud mental, por un ejercicio ético de su profesión, identifique si efectivamente sus funciones pueden estar afectadas por sus prejuicios. De ser así, debe remitir a la persona que requiere la atención a otro profesional idóneo para esta intervención.



4. Sobre el enfoque: El peligro de patologizar lo que no es una patología.

El enfoque de las personas profesionales que adelanten la atención psicosocial de personas víctimas de violencia por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género debe tener en cuenta lo que ha dicho la Asociación Americana de Psicología:

“Los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental concuerdan en que la homosexualidad no es una enfermedad, un trastorno mental ni un problema emocional. Más de 35 años de investigación científica objetiva y bien diseñada han demostrado que la homosexualidad, en sí misma, no se asocia con trastornos mentales ni problemas emocionales o sociales. Se creía que la homosexualidad era una enfermedad mental porque los profesionales de la salud mental y la sociedad tenían información tendenciosa.

En el pasado, los estudios sobre personas gay, lesbianas y bisexuales incluían sólo aquellos bajo terapia, creando así una tendencia en las conclusiones resultantes. Cuando los investigadores examinaron los datos sobre dichas personas que no estaban bajo terapia, se descubrió rápidamente que la idea de que la homosexualidad era una enfermedad mental no era cierta.

En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría confirmó la importancia de una investigación nueva y mejor diseñada y suprimió a la homosexualidad del manual oficial que detalla los trastornos mentales y emocionales. Dos años después, la Asociación Americana de Psicología promulgó una resolución apoyando esta supresión. Durante más de 25 años, ambas asociaciones solicitaron a todos los profesionales de la salud mental que ayuden a disipar el estigma de enfermedad mental que algunas personas todavía asocian con la orientación homosexual” (Más información en <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>).

6 En este sentido, el profesional de salud mental debe tener claro que cualquier intervención dirigida a la atención psicosocial de personas víctimas de violencia por su orientación sexual o identidad de género, debe estar encaminada a prestar soporte emocional y restablecer las afectaciones psicosociales derivadas de la violencia y no a tratar la orientación sexual o la identidad de género como si fuera un problema o una enfermedad. El problema es la discriminación, los prejuicios y la violencia homofóbica y transfóbica.

ACÁ, ¿DÓNDE ACABA LA CITA?

5. Lo primero: Medidas de seguridad.

En algunas ocasiones el agresor puede seguir significando un riesgo vital para la persona que, paradójicamente, se puede exacerbar frente a la solicitud de apoyo. Antes de cualquier proceso de atención psicosocial es importante identificar el riesgo y activar las medidas de seguridad que se requieran.

Algunas medidas implican informar a algún familiar o amigo, ampliar las redes de apoyo, tomar distancia del agresor, no asistir a determinados lugares hasta que la situación se normalice, movilizarse con acompañamiento o cambiar el barrio o el sector de residencia. Se trata de medidas de protección que se toman ante el riesgo vital o cuando peligran la integridad personal.

Para esto la persona profesional que presta la atención psicosocial debe estar en capacidad de valorar el tipo de violencia y las características del agresor, el nivel de exposición de la persona víctima de violencia, la vulnerabilidad y los factores de riesgo. También es necesario establecer si puede existir riesgo sobre la persona víctima de violencia por el hecho de poder reconocer al agresor.

6. Establecimiento de la confianza

El establecimiento inicial de las técnicas de enganche terapéutico requiere iniciar el proceso con el establecimiento del rapport con un ambiente cálido y de confianza. Esta parte de la intervención psicosocial es importante para cualquier tipo de población, pero se hace mucho más necesaria en personas que han vivido situaciones traumáticas, que enfrentan riesgo vital o que son víctimas de discriminación y violencia.

El establecimiento de la confianza es muy importante en personas que enfrentan con frecuencia situaciones de discriminación en los servicios sociales y servicios de salud. En esta etapa debe pactarse las condiciones de confidencialidad, la relación cálida y las posibilidades de soporte emocional que ofrece la atención.

Es esta la ocasión para establecer cómo quiere ser llamada la persona que recibe la atención o si prefiere ser identificado(a) como mujer u hombre, o si tiene alguna otra preferencia respecto al trato con relación a su identidad de género y/o expresión de género.

7. Identificación del caso

Es importante comprender que, pese a las cláusulas de confidencialidad de la atención psicosocial, el proceso debe estar debidamente documentado porque eventualmente podría ser solicitado en un proceso judicial por tratarse de un caso de violencia. Para



ello los datos de identificación deben ser lo más precisos y completos que se pueda (Nombre completo, datos de contacto, fecha de nacimiento, documento de identidad, dirección). Se debe insistir en el respeto por la identidad de género y/o expresión de género de la persona, así como cómo prefiere que sea nombrada.

La identificación del caso ayuda a realizar procesos de seguimiento y permite la ubicación de las víctimas cuando, por algún motivo, se pierde contacto con ella. Además de los datos de identificación, los datos generales deben proporcionar información sobre personas cercanas a la víctima, tipo de seguridad social, si se identifica con alguna etnia específica, si tiene alguna condición que represente vulnerabilidad (víctima de la violencia del conflicto armado, en situación de desplazamiento, población privada de la libertad – carcelaria-, alguna condición de discapacidad)

8. Evaluación

El proceso evaluativo pretende configurar un mapa de los recursos y los factores de riesgo que tiene la persona víctima de violencia por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género, tanto en su historia personal, su historia familiar, características de su personalidad y procesos de aprendizaje, redes de apoyo y alternativas. Se trata de realizar una valoración tanto de la vida pasada como de la vida actual de la persona a la que se le brinda la atención psicosocial.

- Con relación a su historia: Información relacionada con su desarrollo, historia personal y familiar. Información relacionada con historia de su salud física y mental. Si ha tenido algún diagnóstico médico o una intervención importante, en especial para determinar si existen condiciones biológicas que puedan exacerbar síntomas psicológicos.
- Con relación a su situación actual: Es necesario establecer cómo se siente la persona que requiere la atención psicosocial, qué percepción tiene de sí misma y de su entorno y con qué redes de apoyo cuenta. Se debe indagar por sus relaciones familiares, sociales y laborales, así como relaciones afectivas y de pareja. El profesional que brinda la atención psicosocial debe hacer un inventario de síntomas (teniendo en cuenta fecha de inicio de síntomas, descripción e intensidad. La valoración debe estar dirigida a hallar posibles síntomas que se relacionen con trastornos del estado de ánimo, trastornos ansiosos y trastorno de estrés post traumático (Se recomienda es-

tablecer criterios diagnósticos con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales).

Si durante el proceso evaluativo o antes se identifica ideación suicida estructurada, el profesional de salud mental debe considerar valoración inmediata por psiquiatría y la remisión para identificar criterios de hospitalización.

Es importante identificar la forma como la persona suele reaccionar a los eventos estresantes y cómo son sus mecanismos de afrontamiento.

8.1. Características del hecho victimizante

Durante el proceso evaluativo se requiere establecer a qué tipo de evento violento ha sido expuesta la persona por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género. Se recomienda remitirse al numeral dos de este protocolo para describir el hecho y relacionarlo con el contexto de la víctima de acuerdo a todos los hallazgos que arroja la evaluación. Las características del evento violento permiten establecer, una vez más, la presencia de riesgo actual y si es necesario tomar una medida de protección. Se debe indagar, a través de preguntas abiertas, en información que permita conocer qué ocurrió, dónde, cómo reaccionó al evento traumático.

La intensidad de la violencia y las otras características, sin embargo, no explican en su totalidad el daño psicológico o la afectación emocional de la víctima. Existen valoraciones subjetivas que ponderan más alto o más bajo el tipo de daño o afectación. Así mismo, las herramientas, mecanismos de afrontamiento, redes y los factores de Resiliencia, crean respuestas en las personas ante un evento similar. De cualquier modo, se debe respetar la valoración que la víctima le asigna al evento, salvo aquellos casos en los que se identifiquen inadecuados mecanismos de negación del evento violento (El caso de personas que ante la violencia sexual dicen “No pasó nada”). En estos casos se debe comprender la manera cómo la persona procesa el evento violento y la intervención psicosocial debe estar encaminada a mejorar los mecanismos de afrontamiento.

De ninguna manera el profesional que brinda la atención psicosocial debe restarle gravedad a un evento violento por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género. Todos los eventos violentos pueden ser traumáticos, pero se debe entender que las personas LGBT enfrentan con frecuencia ambientes hostiles que aumentan la percepción negativa de sí mismos, el entorno y el futuro; y que generan desesperanza aprendida en muchos de los casos. La valoración subjetiva del evento violento debe ser tenida en cuenta dentro del proceso terapéutico.

8.1.1. Violencia Psicológica

La violencia psicológica, aunque no produce daño físico, sí produce sufrimiento y daño psíquico. La persona profesional que brinda la atención psicosocial debe entender sus nocivos efectos sobre el mundo emocional de la víctima y no desestimar su gravedad. No se trata de un tipo de violencia menos significativa. Sus consecuencias pueden incluso llevar a la muerte a la persona que está siendo víctima de violencia por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género. Es el caso del suicidio de jóvenes por el acoso escolar y la discriminación en ambientes escolares homofóbicos.

Es un tipo de violencia que suele acompañar a la violencia física y sexual, pero se usa para determinar eventos en los que no existe ningún daño físico directo y en los que tampoco el evento representa ataque sexual.

8.1.2. Violencia física

La violencia física implica daño físico que puede ir de leve a extremo, según los criterios establecidos. En el inicio de la atención psicosocial es necesario considerar la atención médica para estos casos, para su valoración y tratamiento. En especial hay que tener en cuenta eventos en los que el daño físico no es visible y pueden pasar desapercibidos para quienes no tienen formación médica (Una persona que recibe un golpe en la cabeza o que es arrollada por un carro podría tener daños físicos internos que pueden pasar inadvertidos).

La persona profesional que brinda la atención a personas víctimas de violencia por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género debe tener en cuenta cómo opera la sevicia en los actos violentos por homo/lesbo/bi/transfobia. Los llamados crímenes de odio son descritos por excesiva, intensa y repetitiva violencia física contra el cuerpo (múltiples heridas con arma cortopunzante, múltiples golpes y traumas con objetos contundentes, mutilaciones y cuerpos quemados). Esta sevicia incorpora

elementos dramáticos de sufrimiento psíquico, más allá del daño físico evidente, que es importante tener en cuenta en los sobrevivientes o en las personas cercanas a la víctima mortal.

La tortura física también es frecuente en formas de violencia

8.1.3. Violencia sexual

La violencia sexual corresponde a aquellos actos violentos que implican fuerza física o psíquica con el propósito de reducir a una persona a condiciones de inferioridad para forzar un acto sexual contra su voluntad. Produce daño psíquico y, muchas veces, produce daño físico. Requiere atención médica en algunos de los casos, en especial para adelantar protocolos de prevención y atención a infecciones de transmisión sexual y posibles embarazos.

La persona profesional que brinda la atención no puede considerar este tipo de violencia necesariamente más grave que los otros tipos, pero sí debe ser consciente de que tiene complejidades, por tal razón este protocolo le dedica un capítulo de manera exclusiva con información para tener en cuenta en el proceso inicial de la atención.

9. Consideraciones especiales sobre la violencia sexual

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia sexual se describe por actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación por medio de fuerza física.

La violencia sexual por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género puede estar asociada a la idea de castigar a un cuerpo por no entrar en lo que consideran aceptado por los patrones heteronormativos. También está asociada con la idea de corregir lo que se considera "anormal" o con la idea de instrumentalizar un cuerpo que se considera de inferior condición por estar ligado a lo femenino y no corresponder a los estereotipos machistas del patriarcado.

Estas ideas de castigo, corrección o instrumentalización del cuerpo están acompañadas de sevicia, sentimientos de odio y desprecio. El agresor se asume en un lugar de superioridad y desde esa posición deshumaniza a la



víctima. El ataque directo a la sexualidad produce dolor emocional, en muchos casos acompañado de sentimientos de culpa y vergüenza.

Durante la atención psicosocial se debe tener en cuenta que, en ocasiones, las víctimas de violencia sexual no desean hablar del tema, se muestran resistentes o evasivas. Pueden sentir que si hablan del tema no les creerán o les harán sentir mayor culpabilidad. Se requiere ofrecer un espacio cálido y muy confiable que facilite el proceso. La persona que ha sido víctima de violencia por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género no debe sentirse obligada a hablar de detalles del evento si no lo desea, más aún si se trata de un evento que involucra un acto sexual.

9.1. Remisión protocolo de atención médico en casos de violencia sexual.

En los casos de violencia sexual en los que se presente contacto físico en el acto sexual, es necesario remitir a un servicio de atención médica para identificar infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazos, y darles el manejo profiláctico adecuado según se requiera. Los servicios de salud deben estar en capacidad de hacer toma de muestra, manejo de cadena de custodia, descripción médica de las lesiones y ofrecer el tratamiento oportuno.

10. Herramientas psicométricas

Se recomienda usar instrumentos psicodiagnósticos en la fase evaluativa. Se sugiere, sin embargo, no hacerlo en la primera sesión en las que la prioridad debe ser el establecimiento de rapport y la confianza. Una vez avance la fase evaluativa, el profesional que brinda la atención puede considerar:

- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-traumático (EGS): Consiste en una entrevista estructurada que permite evaluar la presencia, la gravedad y la intensidad de síntomas clínicos presentes en el trastorno de estrés posttraumático según criterios del DSM IV TR en víctimas de hechos traumáticos.

- Cuestionario de Experiencias Traumáticas (T.Q) Se trata de un instrumento que facilita la identificación de eventos traumáticos que la persona haya experimentado y que puedan incidir o tener relación con el malestar psicológico actual.

- Inventario de Depresión de Beck. Es un cuestionario conformado por ítems que evalúan síntomas depresivos, desesperanza, culpa o pensamientos de estar siendo castigado y síntomas físicos relacionados con cuadros depresivos. Es de fácil aplicación y de fácil interpretación.

- Test de la persona bajo la lluvia. Es un test proyectivo que permite evaluar ansiedad, la indefensión de la persona y mecanismos de afrontamiento. La aplicación es fácil, pero la interpretación puede ser más demandante.

11. Intervención psicosocial

La intervención psicosocial de personas que han sido víctimas de violencia por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género debe ser interdisciplinaria. Como se ha dicho antes en este protocolo, la atención debe ser coordinada especialmente por un(a) profesional en psicología. Las razones para esta recomendación están relacionadas con la necesidad de identificar síntomas y criterios diagnósticos que se presentan en los eventos traumáticos, y proporcionarles el manejo terapéutico apropiado.

La persona psicóloga que realiza el abordaje debe manejar la escuela psicológica en la que tenga formación y experiencia, sin embargo, se reconoce acertado el enfoque cognitivo conductual en el manejo de síntomas y trastornos asociados, como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés post traumático. Se reconoce el éxito, igualmente, terapias sistémicas, humanistas y existencialistas en manejar crisis existenciales y proporcionar herramientas terapéuticas para el trauma.

Las personas profesionales de salud mental, además, deben estar en capacidad de identificar síntomas psicóticos que en ocasiones pueden presentarse en los casos de violencia severos o extremos, en los que la afectación psíquica puede producir sintomatología psicótica transitoria producto del trauma. En estos casos es necesario solicitar valoración por psiquiatría. Se sugiere remitirse al DSM V para tener presente los criterios diagnósticos de cuadros psicóticos.

La posibilidad de contar con un equipo interdisciplinario permite abordar el problema en distintas esferas. La persona profesional de trabajo social debe hacer acompañamiento en procesos de toma de decisiones, intervención en crisis, abordaje familiar o comunitario, apoyo en ampliación de redes de apoyo, acompañamiento para desarrollar estrategias preventivas de la violencia, apoyo en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, entre otros.

11.1 Intervención en crisis

Las técnicas de intervención en crisis deben ser manejadas por todos los profesionales que hacen parte del proceso de atención a personas víctimas de violencia por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género. No son de manejo exclusivo de las personas profesionales de salud mental. Incluso se recomienda que

personas que han sido víctimas y que se han adelantado en el proceso, puedan aprenderlas para implementarlas en grupos de apoyo.

Son intervenciones que se realizan de primera instancia. Son inmediatas y de corta duración. La intervención en crisis está especialmente dirigida a personas que han sido impactadas por un incidente crítico, con el propósito de reducir riesgos de suicidio o autolesiones y reducir el sufrimiento inicial a partir de apoyo y enlace con los recursos existentes.

Es importante tener en cuenta que la intervención en crisis, pese a que es un proceso de intervención, no da espera a finalizar un proceso de evaluación.

11.2 Resiliencia

Como ya hemos dicho, se espera que la intervención terapéutica se realice con base en la experiencia formativa que tiene la persona psicóloga, y que se reconozca los resultados de terapias cognitivo conductuales, existencialistas, sistémicas y humanistas. Sin embargo, todo el equipo interdisciplinario que participe en la atención de personas víctimas de violencia por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género debe manejar enfoque de resiliencia.

La atención basada en la resiliencia busca favorecer los factores protectores que hacen que las personas afronten de mejor manera una situación traumática y que incluso puedan transformar su vida positivamente a partir del trauma. En este sentido la atención de personas víctimas de violencia por orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género debe estar basada en:

- Generar condiciones de confianza en el equipo de trabajo que realiza la atención, confianza en otras personas y aumentar la confianza en sí misma(o). Este aspecto puede manejarse identificando personas de confianza en el entorno de la víctima y generando nuevas redes a partir de grupos de apoyo y espacios organizativos con otras personas.
- En muchas ocasiones la violencia genera baja autoestima y la autoestima es uno de los factores promotores de la resiliencia. Para ello es importante fortalecer la estima de las personas que han pasado por procesos traumáticos y violentos. Se recomienda ayudar a la persona a reconocer sus propios logros y a aceptarse a sí misma. Es muy importante enlazar este aspecto con la desculpabilización

de la persona que, como se ha dicho anteriormente, algunas formas de violencia producen sentimientos de culpa en la víctima.

- Promover la creatividad. La resiliencia aumenta con la capacidad de crear y de narrarse a sí misma(o). Es recomendable promover espacios relacionados con el arte, la música y la creación, la escritura y otros procesos narrativos.
- El sentido del humor y la posibilidad de desarrollar la risa en medio de la tragedia. Los procesos lúdicos y el juego.

11.3 Terapias grupales y procesos colectivos

Más allá del manejo de síntomas que pueden resultar de los eventos violentos, los grupos de apoyo, las terapias grupales y los procesos colectivos permiten fortalecer las redes de apoyo, encontrar la propia historia traumática en otras historias y encontrarse con otros y otras que han encontrado distintas formas de afrontamiento.

Los procesos colectivos revisten mayor importancia cuando se trata, como el caso, de grupos de personas que han tenido que enfrentar la discriminación y la exclusión por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género.

12. Garantías de no repetición

Las personas víctimas de violencia por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género pueden volver a ser víctimas por la misma razón dado que las condiciones de discriminación, exclusión y los prejuicios siguen operando y reproduciendo patrones violentos. Por esta razón es importante coordinar la atención psicosocial con cambios psicoeducativos en los entornos de la persona. Algunas veces es necesario coordinar estrategias jurídicas para buscar garantías en este sentido. El equipo interdisciplinario debe contar con la asesoría jurídica para este propósito y para garantizar la protección de la persona, el restablecimiento de sus derechos y las garantías de no repetición.





Cuadernillo Afirmativo #5

