

## Aproximación narrativa a las intervenciones en salud para mujeres y niñas supervivientes de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá, 2003-2004

Saúl Franco Agudelo<sup>1</sup>  
Zulma Urrego Mendoza<sup>2</sup>  
Paola Andrea Tejada<sup>3</sup>  
Liliana Báez Quintero<sup>4</sup>

### Resumen

*Introducción:* Esta investigación buscó dar cuenta de las características de la atención en salud a las víctimas de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá desde la perspectiva de los protagonistas, develando sus narrativas, la atención recibida y las recomendaciones para mejorar tales servicios. *Métodos:* Investigación social de segundo orden, con análisis narrativo y paradigmático de entrevistas en profundidad y equipos reflexivos. La muestra fue estructural y no probabilística, de 11 personas (4 pacientes, 4 terapeutas, 2 referentes de salud mental comunitaria y 1 familiar de la víctima) pertenecientes a los servicios de atención en salud de Fontibón, Bosa, Kennedy y Puente Aranda, en Bogotá. *Resultados:* Los lineamientos de política distrital en el tema y la calidad humana de los trabajadores de la salud involucrados son las principales fortalezas. Como aspectos negativos, la deficiente cobertura de atención en salud mental, barreras de acceso, abandono del tratamiento, cobro por la prestación de servicios, poca intervención de redes sociales, deficiente captación temprana del caso. *Conclusiones:* La riqueza conceptual sobre el tema exhibida por los entrevistados debería aprovecharse en planeación participativa de políticas y servicios sanitarios. Debe prevalecer el carácter urgente e integral de estas intervenciones sobre cualquier barrera administrativa entre la usuaria y el restablecimiento de sus derechos en salud.

.....  
<sup>1</sup> Médico cirujano, Universidad de Antioquia, Colombia. Doctor en Medicina Social, Universidad Central de México. Ph. D. en Salud Pública, Universidad de Río de Janeiro, Brasil. Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Médica psiquiatra, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Psicología Clínica y de Familia, Universidad Santo Tomás, Colombia. Especialista en Epidemiología, Universidad de Antioquia, Colombia. Candidata a Ph. D. en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Médica psiquiatra, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia. Candidata al Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

**Palabras clave:** violencia sexual, salud mental, narración, salud sexual y reproductiva.

**Title: Narrative Approaches to Health Interventions of Women and Girl Survivors of Sexual Assault in Bogotá's "Southwestern Network", 2003-2004**

#### **Abstract**

*Introduction:* The purpose of this study is to describe the characteristics of health care offered to victims of sexual violence in the Southwestern of Bogotá, Colombia. The characterization is made from the perspective of those directly involved, based on their description of their individual experiences, the quality of the services received and their recommendations for the improvement of these services. *Method:* We employed narrative and paradigmatic analysis of interviews and group meetings. Sampling was structural and not probabilistic. It included 11 subjects (4 patients, 4 therapists, 2 community mental health providers and 1 victim's family member) from health care institutions in the district of Fontibón, Bosa, Kennedy and Puente Aranda, in Bogotá. *Results:* Our analysis suggests two positive aspects: the presence of a government-based citywide policy on this subject and the humane qualities of the healthcare workers involved. Negative aspects include the lack of mental health coverage, access barriers, discontinuity of treatment, lack of intervention by social networks and deficient early detection of cases. *Conclusions:* The individuals exhibited a degree of conceptual richness in the topic of sexual violence that could be used in the process of planning policies and services in this area. Interventions in sexual violence should be considered urgent and administrative barriers between victims and interventions should be overcome.

**Key words:** Sexual violence, mental health, narration, sexual and reproductive health.

## **Introducción**

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como relaciones sexuales bajo coacción efectuadas por el cónyuge, el ex cónyuge o el novio; violaciones por parte de extraños; violaciones sistemáticas durante conflictos armados; acoso sexual; abuso sexual de menores; prostitución forzada; matrimonios a temprana edad, y actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como mutilación genital o inspecciones de virginidad (1).

En general, las mujeres son las más afectadas por esta modalidad de violencia (1-2). De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el 2005 fueron realizados en Colombia 18.474 dictámenes sexológicos; el 84% correspondió a mujeres, de los cuales el 71% eran menores de 18 años, de quienes las más afectadas (42%) eran las niñas entre 10 y 14 años de edad. La tasa nacional para delitos sexuales denunciados fue de 40,1 casos por cada 100.000 habitantes. En la ciudad de Bogotá, la tasa fue de 53 casos por cada 100.000 habitantes (3).

En la población general colombiana, el *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*, realizado en 1993, mostró que de cada 100 familias, el 0,8% poseía niños o niñas víctima de abusos sexuales y el 1,4% de las mujeres reportó abuso sexual. Pro-familia ha encontrado que el 11% de

las mujeres colombianas han sido agredidas sexualmente alguna vez (10,7% en Bogotá) (4-5). Para el Distrito Capital, el sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar (Sivim) recibió un 13,6% de notificaciones relacionadas con violencia sexual entre 1998 y 1999 (6).

Pese a la magnitud del problema, a su gran impacto sobre la salud de las mujeres (1,7-8) y a la importancia de estudiar aquellas estrategias que desde el sector salud puedan contribuir a su control, se ha explorado poco el impacto de los diferentes tipos de intervenciones utilizadas (9-10). En relación con los trabajadores de la salud que se dedican a la atención tanto de supervivientes de violencia sexual como de sus agresores, se ha descrito con frecuencia el desarrollo de una traumatización vicaria (estrés postraumático secundario), expresada en cambios persistentes que ocurren a tales personas, como resultado de su trabajo, entre ellos alteraciones en el sentido del sí mismo, en su espiritualidad, en su manera de ver el mundo, en su conducta y en sus relaciones interpersonales (11).

Un antecedente de importancia para la configuración de programas de atención integral para víctimas de violencia sexual es la formulación de la Constitución Política colombiana de 1991, que incluyó artículos que refuerzan desde lo nacional los compromisos internacionales adquiridos por el país en relación con la Convención para la Eliminación de todas las Formas

de Discriminación contra la Mujer. Dentro de tal marco constitucional, el gobierno desarrolló en 1992 las pautas para una política integral para las mujeres colombianas, que establecen para el sector salud la necesidad de implementar la Convención mencionada (12).

En el ámbito nacional, la Política de Salud Mental, emanada del Ministerio de Salud (hoy en día Ministerio de la Protección Social), en 1998, se orienta hacia el fortalecimiento de investigaciones relacionadas con el fenómeno de la violencia, desde una perspectiva de género y con un enfoque comunitario (9). Durante el período en estudio, en el territorio local el Plan de Desarrollo Económico y Social de Obras Públicas para Bogotá, 2001-2004: "Bogotá, para vivir todos del mismo lado", estableció múltiples planes, programas y proyectos prioritarios relacionados con el tema, orientados a la detección temprana, a la atención oportuna y al restablecimiento pleno de los derechos vulnerados a las víctimas (13-14). En tal contexto se desarrollaron las diversas intervenciones en salud prestadas por las instituciones, a las cuales acudieron las supervivientes entrevistadas para el estudio.

Desde un punto de vista de la clínica en salud mental, los diversos tipos de intervenciones terapéuticas diseñados para ayudar a las víctimas de violencia sexual pueden ubicarse dentro de dos grandes grupos (15):

- Los enfoques construidos desde el modelo de deficiencia, que considera a las personas agredidas sexualmente como víctimas que resultan dañadas inevitablemente por el abuso sufrido, susceptibles de algún grado de mejoría sólo si se someten a seguir las indicaciones de un terapeuta experto, cuyo tratamiento tiene como objetivo central la comprensión de las dinámicas del abuso y la inducción de un conjunto de experiencias catárticas o correctivas, capaces de producir un cambio benéfico para la paciente.
- Los enfoques centrados en el modelo de recursos, para el cual las pacientes son supervivientes que se encuentran oprimidas por los efectos del abuso y en lucha constante contra ellos. Estas mujeres poseen tanto las fuerzas como la experticia en su propia vida, suficientes para lograr controlar las influencias nocivas que les han sido impuestas por la violencia, de modo que el terapeuta simplemente desempeña un rol de acompañante y colaborador durante un proceso orientado a la promoción de una autopercepción de competencia, que le permita a la paciente empoderarse y seleccionar rutas para armonizar su vida, y así superar los efectos de la agresión sufrida.

Aunque los lineamientos de política pública vigentes en Bogotá privilegian las perspectivas basadas en recursos, el enfoque de género y el

de restauración de derechos (14,16), no existe una implementación uniforme de tales recomendaciones por parte de todos los prestadores de servicios de salud que brindan atención en la ciudad a las supervivientes de violencia sexual.

Los enfoques terapéuticos basados en los recursos buscan potenciar aquellas fortalezas individuales y características contextuales que permitirán a las personas resignificar la agresión sufrida, descubrir y desplegar recursos internos y externos para superarla y continuar libremente con su desarrollo vital. La resiliencia, entendida como aquella capacidad para afrontar la adversidad y salir fortalecido por la experiencia, es una de las metas privilegiadas por las intervenciones terapéuticas basadas en la promoción de recursos.

Dado que la posibilidad de resiliencia tras una agresión sexual depende en gran medida de la calidad de las reacciones que el entorno despliega ante la persona afectada (14,17-18), se comprende que las características del conjunto de las intervenciones en salud proporcionadas a las pacientes resultan fundamentales para reforzar en ellas la capacidad de resiliencia o, por el contrario, facilitar su revictimización permanente.

En el marco de todo lo anterior, este trabajo se planteó como objetivo general caracterizar la atención integral a víctimas de violencia sexual, ofrecida dentro de la Red Suroccidental de Bogotá D. C., du-

rante los años 2003 y 2004, desde la perspectiva de usuarias, familiares, terapeutas y referentes de salud mental. Para ello, exploró el modo en que cada tipo de actor participante experimentó el problema de la violencia sexual motivo de atención, la manera como han vivenciado los servicios de ayuda prestados desde el sector salud, lo que piensan de la atención brindada y lo que sugieren para mejorarla.

### **Materiales y métodos**

*Tipo de estudio:* se trató de una investigación social de segundo orden, desarrollada dentro del paradigma sistémico-constructivista-construccionista.

*Población y muestra:* a partir de los registros clínicos y epidemiológicos de la totalidad de los casos femeninos atendidos en la Red Suroccidental de Salud de Bogotá por violencia sexual durante el período en estudio y de registros de los trabajadores de salud a cargo, se seleccionó una muestra no probabilística, de tipo estructural, correspondiente a once personas: terapeutas (cuatro), pacientes (cuatro), referentes de salud mental (dos) y familiares (una madre de familia).

Se buscó la inclusión de casos típicos, pertenecientes a las cuatro localidades cubiertas por la Red, atendidos en entidades tanto públicas como privadas del sector salud, correspondientes a casos de violencia intrafamiliar, perpetrada por desconocidos, así como asaltos y abusos sexuales.

*Estrategia metodológica general:* se obtuvieron observaciones cualitativas tanto de primer orden como de segundo orden, empleando en ambos casos múltiples sistemas observantes.

*Técnicas para la recolección de la información:* fueron empleadas, en momentos sucesivos del estudio, tanto entrevistas detalladas como equipos reflexivos. Las entrevistas se condujeron a partir de un formato semiestructurado, diferenciado según el tipo de entrevistado.

*Instrumentos:* se emplearon cuatro tipos de guía para la entrevista detallada, según el tipo de persona a quien estaba dirigida.

*Técnicas para el análisis de la información:* como técnica principal se empleó el análisis narrativo de los relatos brindados por los informantes en torno a los ejes de indagación planteados por el estudio, que se complementaron secundariamente con su respectivo análisis paradigmático, de acuerdo con los planteamientos de Brunner (19-21). El análisis narrativo de equipos reflexivos y de entrevistas fue manual, mientras para el análisis paradigmático de entrevistas se empleó el programa ATLAS-ti, versión 5.0.

*Estrategias para asegurar el rigor de la investigación:* fueron utilizadas la triangulación (de fuentes y métodos), la autorreferencia y la validación cara a cara.

*Definición de conceptos clave en lo metodológico:* se asumió por narrativa, como objeto de análisis, las pautas y las formas de construir sen-

tido a partir de acciones temporales personales, que emplean la descripción y el análisis de datos biográficos y la reconstrucción de experiencias que dan significado a lo vivido. Esto es entendido y vivido por otro, dentro de un enfoque de investigación, como un relato que recoge una cualidad estructurada de la experiencia de los directos protagonistas (19).

Tales narrativas son susceptibles tanto de un análisis que busca verdades contingentes y conexiones particulares entre sucesos particulares, llamado *análisis narrativo de las*

*narrativas*, en el cual los resultados constituyen un nuevo relato en que las versiones de los protagonistas se entrelaza con las de los investigadores-observadores, como de un análisis encaminado a buscar verdades universales y conexiones generales entre los fenómenos expuestos en la narrativa, denominado *análisis paradigmático*, mediante el cual se busca identificar categorías analíticas, sus frecuencias y relaciones (22). La Tabla 1 resume y contrasta las características de los dos tipos de técnica analítica empleados.

*Tabla 1. Características generales de las formas de conocimiento científico paradigmático y narrativo, aplicadas al estudio de las narrativas como acciones humanas comunicativas, según Brunner*

| <b>Tipo de análisis de la narrativa</b> | <b>Paradigmático</b>  | <b>Narrativo</b>  |
|---|---|---|
| Caracteres                              | Construcción proposicional, dentro de cánones propuestos por las comunidades científicas  | Construido de modo literario-narrativo. Saber popular   |
| Método de verificación                  | Argumento: procedimientos y métodos establecidos por la tradición académica   | Relato: hermenéutico, interpretativo y narrativo  |
| Discursos                               | Discurso de la investigación: enunciados objetivos, no valoración, abstracto, busca la generalización   | Discurso de la práctica: expresado en intenciones, deseos, acciones e historias particulares                                |
| Tipos de conocimiento                   | Conocimiento formal, explicativo por causas-efectos, certidumbre, predecible  | Conocimiento práctico, que representa intenciones y significados, verosímil, no transferible                                |
| Formas                                  | Proposicional: categorías, reglas, principios. Desaparece la voz del investigador y del investigado   | Narrativo: particular y temporal, metáforas e imágenes: quedan representadas las voces de actores e investigadores          |
| Presentación de resultados              | Tablas, gráficas, descripciones y relaciones entre categorías analíticas seleccionadas y procesadas acorde con las tradiciones académicas de base | Una nueva narrativa, en que se mezclan perspectivas particulares expresadas por protagonistas y observadores-investigadores |

**Fuente:** modificado a partir de Antonio Bolívar (19).

*Consideraciones éticas:* se obtuvo consentimiento informado escrito de la totalidad de las y los participantes en el estudio. Todos eran mayores de edad en el momento de aceptar su inclusión. Se contó con consentimiento de los comités de ética o de quien hiciera sus veces, en las respectivas instituciones de salud involucradas. Los resultados obtenidos fueron socializados con los participantes y las instituciones y en todos los casos se aseguró la confidencialidad de aquellos quienes participaron tanto en entrevistas como en equipos de discusión.

## Resultados

Dado que el análisis narrativo fue elegido como la técnica principal para el procesamiento y análisis de la información, en el artículo se privilegiaron estos resultados sobre los obtenidos mediante el análisis paradigmático, pues este último tuvo dentro del estudio tan sólo el carácter de una técnica complementaria. Con tal matiz, se presentan de manera conjunta ambos tipos de resultados, según los actores entrevistados, y se pone el relieve en la narrativa surgida a partir del entrelazamiento de relatos de entrevistadas e investigadores por sobre la descripción de categorías paradigmáticas emergentes y sus relaciones.

Sólo algunas de estas se presentaron en tablas, siempre y cuando cumplieran funciones de reforzamiento e ilustración del rela-

to en puntos que los investigadores consideraron relevantes. Los ejes temáticos a lo largo de los cuales se organizó la presentación corresponden a los objetivos del estudio.

### *El ave Fénix: reconocimiento de la perspectiva de las víctimas*

En general, la agresión fue vivida por las pacientes, en un primer momento, como un evento profundamente estresante y culpabilizante, que sólo con el tiempo lograba ser resignificado, con mayor o menor éxito, según cada caso. Así mismo, como una vulneración profunda de sus derechos y su reconocimiento como personas: “Los niños tienen derechos, y los padres, pero... ¿Uno?... Una mujer violada no tiene derecho a nada... De pronto queda la libertad de expresarse sobre lo que pasó... Y nada más” (Elena, 61 años).

La reflexión ofrecida por otra entrevistada nos permite resaltar que el tipo de interacción instaurado por cada superviviente con los sistemas de ayuda disponibles, tanto formales como informales, resulta determinante del modo como el evento traumático es asumido por las mujeres y sus familias, de modo más o menos resiliente:

*El doctor de urgencias me atendió muy bien... De todas maneras, él brinda la palabra, y a pesar de que me regañó por no ir más rápido a consultar, pues esperé unos días después de la violación, lo coge a él [al esposo de la paciente], lo lleva*

*a un cuarto y le explica... Y él deja de decirme que la culpable era yo... A mí me hizo entender que no era la única... Eso me dio fuerzas para remontarme de las cenizas, como el ave Fénix... Y salvó mi matrimonio... (Clara, 30 años)*

Aunque fue habitual la resignificación de la agresión como “prueba por superar” y como ocasión de “fortalecimiento y renacimiento” a partir de la adversidad, no en todos los casos se consiguió un resultado así. Esto llama la atención en torno a la necesidad de hacer hincapié en la desculpabilización y la promoción de la resiliencia y el empoderamiento, desde todos los contextos de ayuda con los cuales tome contacto la paciente. La Tabla 2 presenta aquellos aspectos de la intervención recibida que fueron percibidos como promotores de resiliencia por las propias pacientes.

Fue especialmente significativo el papel desempeñado por los trabajadores de la salud de primer contacto, como mediadores entre la paciente y otros sistemas de apoyo social. La revictimización por parte de la familia, el compañero o incluso otros prestadores de servicios pudo ser, en muchos casos, modulada a partir de la calidad de la atención inicial en salud.

Algo similar ocurrió en relación con la autopercepción de la paciente sobre sí misma y sobre la agresión sufrida, que en muchos casos se encontró determinada de manera importante por las vivencias relacionales instauradas durante el contacto inicial con un servicio de ayuda: “Esas cosas pasan así uno no quiera. No creo que se puedan prevenir, ni que uno se pueda recuperar con un tratamiento de salud... Ahora asisto a un grupo de mujeres del barrio... Eso sí me sirve” (Laura, 24 años).

*Tabla 2. Características de la intervención en salud que promovieron resiliencia en las entrevistadas*

| Aspecto/categoría  | Fundamentación (NUA) |
|--|----------------------|
| Generar conciencia sobre no haber sido “ni las únicas ni las últimas” mujeres agredidas  | 12                   |
| Facilitar el reconocimiento de que habían experimentado y superado previamente otras situaciones traumáticas   | 3                    |
| Promover la utilización para superar la situación actual de los aprendizajes obtenidos en otras actividades que las empoderaron en torno al tema de género | 2                    |
| Fomentar el empleo de aprendizajes previos para el enfrentamiento de otras dificultades  | 4                    |
| Poder acceder a una intervención en salud, independientemente de sus características   | 1                    |

**NUA:** número de unidades de análisis (palabras o frases) que se ubicaron bajo dicha categoría durante el análisis paradigmático, y que permiten sustentarla.



Por desgracia, junto con las experiencias positivas, las pacientes también registraron vivencias de revictimización dentro del propio contexto de atención en salud, relacionadas con obstáculos para el acceso a los servicios, demoras injustificadas en la elaboración del correspondiente diagnóstico de violencia basada en género y retraso subsiguiente en la instauración de una terapéutica oportuna. Este tipo de experiencias desafortunadas facilitaron el abandono del tratamiento, con todos los riesgos de revictimización y cronificación de la situación traumática que se pueden desprender de ello: “Si uno va al médico es por algo, no para que lo hagan esperar y no hagan nada” (Sara, 19 años).

En los relatos brindados por las pacientes sobre la atención en salud recibida, sobresale que aun cuando ellas consideraron que el impacto más grande del evento traumático ocurrió en la esfera de su salud mental, paradójicamente también resultó notorio que este fue el tipo de atención en salud prestado con menor frecuencia y consistencia a las entrevistadas:

*Después de haber pasado por eso, tuve una crisis nerviosa. Me aterraba salir a la calle, no podía salir... El médico me mandó a psicología. Allí tuve sólo dos citas, porque el servicio no cubría eso, o mi ARS no lo cubría. Las dos primeras citas eran gratis, pero ya después tocaba pagar por parte de nosotros, y somos*

*personas de bajos recursos... Si tenemos para la comida, no tenemos para otras cosas. Con esa situación, me desanimé mucho... No pude volver. (Clara, 30 años)*

Esto pone en evidencia la poca claridad existente, en el ámbito nacional, en torno a las prestaciones de este tipo a las que tienen derecho las supervivientes de violencia sexual, situación que se ve agravada por la contradicción al respecto, expresada por diversas normas vigentes en el tema, como la Ley 100 de 1993 (restrictiva en servicios de salud mental) y la Ley 360 de 1997 (que garantiza el acceso gratuito de las víctimas a todo tipo de servicios de salud necesarios para recuperarse). Las inconsistencias legales suelen ser resueltas por las aseguradoras en salud de forma desfavorable para las usuarias, quienes se quedan sin poder recibir servicios de los cuales necesitan para recuperar su salud, tal como lo corroboran otros relatos escuchados:

*Yo asistía a unas psicoterapias por ahí [en consulta privada], pero en la medida en que no podía pagar, no seguí asistiendo. Tengo EPS por parte de mi mamá, pero allá también me cobraban la atención... Entonces el apoyo me lo dio mi mamá, porque no seguí asistiendo a eso. (Laura, 24 años)*

*Llevé una carta de Medicina Legal, y con eso el cajero no me cobró al principio. Ni las citas médicas, ni*

*los exámenes. Pero después, cuando fui a sacar cita por psiquiatría, entonces me dijo: “Tiene que pagar”. También tengo que pagar por los medicamentos. (Elena, 61 años)*

*La doctora me mandó unos exámenes, pero nunca fui, porque no tenía presupuesto. (Sara, 19 años)*

En relación con los lineamientos para atención integral a víctimas de violencia sexual, en todos los casos se cumplió con la solicitud de exámenes de laboratorio, aunque no se establecieron cuáles en cada caso. De las dos pacientes en edad fértil que sufrieron asalto sexual, sólo a una se le prescribió anticoncepción de emergencia, de tipo farmacológico. Del mismo modo, sólo dos recibieron terapia antibiótica profiláctica.

Cabe resaltar como aspecto positivo que en todos los casos se recomendó a las pacientes acudir a un servicio de salud mental, aunque finalmente no se consiguiera dicha atención. Todas las mujeres

mencionaron que las intervenciones que más las impresionaron de forma positiva fueron aquellas en las cuales, según la expresión de una entrevistada, el trabajador de la salud “brindó la palabra” para tratar de aliviar el malestar emocional de las víctimas. En cuanto a los seguimientos, sólo fueron realizados a dos de las pacientes, con características que no corresponden exactamente a lo recomendado.

Los aspectos más positivos y negativos identificados dentro de la atención en salud recibida, según las respuestas de las usuarias, se listan en las tablas 3 y 4. Llamó la atención la ausencia de intervenciones desde el sector salud encaminadas a conseguir la inserción de las pacientes en grupos de apoyo u otros espacios de participación social que pudieran facilitar tanto su empoderamiento como la promoción de su salud mental y la activación de redes sociales de apoyo alternativas a las familiares e institucionales.

*Tabla 3. Características más positivas identificadas en la atención en salud prestada a las víctimas de violencia sexual atendidas en la Red Suroccidental de Bogotá, según la percepción de las usuarias*

| Aspecto/categoría                      | Fundamentación (NUA) |
|--|----------------------|
| Se efectuó consejería a la paciente    | 12                   |
| Atención en equipo interdisciplinarios | 5                    |
| Atención en red                        | 5                    |
| Atención empática                      | 3                    |
| Se efectuó asesoría familiar           | 3                    |

**NUA:** número de unidades de análisis (palabras o frases) que se ubicaron bajo dicha categoría durante el análisis paradigmático, y que permiten sustentarla.

*Tabla 4. Aspectos más negativos identificados en la atención en salud recibida por las víctimas de violencia sexual atendidas en la Red Suroccidental de Bogotá, según la perspectiva de las usuarias*

| Aspecto/categoría                                  | Fundamentación (NUA) |
|--|----------------------|
| Deficiente cobertura por servicios de salud mental | 27                   |
| Barreras de acceso a los servicios de salud        | 26                   |
| Abandono del tratamiento                           | 19                   |
| Cobro por la prestación de los servicios           | 12                   |
| Deficiente captación temprana del caso             | 11                   |
| Retraso en la consulta por temor a la atención     | 8                    |

**NUA:** número de unidades de análisis (palabras o frases) que se ubicaron bajo dicha categoría durante el análisis paradigmático, y que permiten sustentarla.

También fueron mencionados como aspectos negativos: cambios de los terapeutas a cargo, permanencia del victimario bajo el mismo techo de la víctima, intervenciones culpabilizantes y revictimizantes efectuadas por personal de salud, desorganización en la prestación del servicio, deficiencias en el seguimiento y la atención por servicios sociales y poca claridad en cuanto a las coberturas de salud para las víctimas de delitos sexuales y sus familias. En cuanto a las principales recomendaciones para optimizar la atención brindada, en general, estuvieron orientadas hacia la necesidad de establecer estrategias que permitan evitar las múltiples barreras de acceso existentes.

#### *Hablando con la familia*

Fue notoria la negativa de las pacientes a que sus familiares fueran involucrados dentro del proceso

de investigación. Es de resaltar que la única familiar que finalmente pudo ser incorporada al proceso fue la madre de la única entrevistada que, en el momento de la agresión, era menor de edad. Esto probablemente nos habla de la tendencia de las víctimas de violencia sexual a mantener su situación en secreto, ante lo cual los servicios de salud sólo tienen potestad de proceder por encima del deseo de la víctima cuando se trata de menores de edad, en quienes es obligatoria la denuncia, así como la vinculación de los familiares protectores al proceso terapéutico.

En los casos restantes, el criterio de la mujer debe prevalecer y ser respetado siempre, para evitar la revictimización, lo cual probablemente propicia que la familia sea mantenida al margen de las intervenciones desde el sector salud. Por desgracia, pudimos constatar que no siempre se lleva a cabo el proceso

de denuncia del caso y protección de las menores de edad que son detectadas como víctimas de violencia sexual en los servicios de salud, situación que es percibida por sus familiares como una revictimización: “Sus derechos fueron violados dos veces: cuando la agredieron y cuando no se le prestó un servicio adecuado en el momento oportuno” (madre de paciente adolescente).

La entrevistada ofreció una narrativa en torno al origen de la violencia sexual, centrada en conceptos como el “machismo” y las desigualdades en el manejo del poder entre hombres y mujeres, lo que permite caracterizar su percepción como enmarcada dentro de una perspectiva de género. Además, por momentos se mezclaban con esas explicaciones otras relativas a sus creencias sobre el carácter supuestamente psicopatológico de los agresores sexuales. No obstante, en sus recomendaciones para prevenir la violencia sexual predominaron aquellas relacionadas con el enfoque de género.

Al coincidir con las supervivientes entrevistadas, esta familiar otorgó gran importancia a la necesidad de implementar estrategias efectivas para conseguir que tanto las víctimas como sus familiares tengan acceso efectivo a programas de atención integral en salud mental. Fue una de las pocas personas que mencionó la necesidad simultánea de brindar asistencia a los agresores sexuales: “Él [agresor intrafamiliar] no estaba así como en sus cabales...

Le dije que debería ir a algún psicólogo, pero como es hombre, pues no hace caso. Ante ellos, uno no tiene ni voz ni voto” (madre de paciente adolescente).

A lo largo de su relato, se reforzó la caracterización hecha por las víctimas de violencia sexual, en cuanto a haber sido usuarias de una atención en salud que puso poco énfasis en la incorporación de la familia, en la activación de redes sociales y en la introducción específica de componentes terapéuticos encaminados a fortalecer la resiliencia y el empoderamiento por parte de las usuarias.

De manera adicional, su narración puso el relieve en múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, que ya habían mencionado otras entrevistadas, como solicitud de pago por los servicios que debieran ser prestados de manera gratuita, ausencia de cobertura por su aseguradora para exámenes paraclínicos y procedimientos específicos de intervención en salud mental, largas filas, largos tiempos de espera y dificultades para acceder a los servicios, debidas a la distancia geográfica entre los lugares donde se prestan diferentes componentes de la atención integral requerida.

#### *Versión desde el personal de salud*

Los seis profesionales entrevistados corresponden a cada uno de los miembros del equipo de salud requerido para atención inicial

dentro de los lineamientos vigentes en Bogotá: cuatro eran terapeutas, y dos, referentes de salud pública en salud mental. Los terapeutas correspondían a los campos de la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y la medicina general. De ellos, tres eran mujeres, quienes reproducían la tendencia habitual en los servicios de salud dirigidos a supervivientes de violencia sexual; el médico general fue el único hombre en la muestra.

Las referentes eran una trabajadora social y una psicóloga. Ninguno de ellos contó con entrenamiento específico para el manejo de violencia sexual durante su formación de pregrado, y pocos en el posgrado:

*Los ojos ven lo que la mente conoce, uno es alguien en terapia antes de saber de abuso, y es otro en terapia después de saber de abuso... Cuántos expertos en salud mental, distinguidísimos, de pronto muy prestigiosos profesionales, no conocen nada sobre manejo del abuso. Habría que revisar los currículos, para saber si las universidades están capacitando en el tema. (Psicóloga)*

Dentro de la concepción de los trabajadores de salud sobre el origen de la violencia sexual hay dos aspectos que llaman la atención. Por un lado, se coincide en ver su origen como multifactorial; por el otro, los conceptos varían desde

los fundamentos teóricos de cada profesión hasta imaginarios culturales populares compartidos por los profesionales. Incluso algunos manejan conceptos sobre la violencia sexual que resultan culpabilizantes de las víctimas, y podrían facilitar intervenciones revictimizantes:

*Para prevenir la violencia sexual tocaría concienciar a la gente, para que trate de exponerse menos. Son las mismas personas las que tienen que cuidarse más al respecto, evitando que se pongan a arriesgarse de esa forma. (Médico)*

En cuanto a los objetivos que consideran prioritarios para el manejo clínico de una víctima de violencia sexual, en general, dieron mayor importancia a los de tipo biomédico. Todos los terapeutas manifestaron no conocer en su comunidad algún grupo que trabaje en favor de la prevención o la autoayuda en casos de violencia sexual, hacia donde pudieran derivar a sus pacientes en busca de redes sociales de apoyo. En cambio, para las referentes resultan mucho más claros los componentes de la intervención que se relacionan con coordinación comunitaria, o intra e intersectorial, que los de tipo clínico:

*Todo el programa se viene haciendo a través de los distintos sectores, que tienen programas muy claros. Algunos programas de importancia*

*son los grupos del Plan de Atención Básica, y el trabajo intersectorial con el Departamento Administrativo de Bienestar Social. (Referente de salud pública en salud mental).*

Los terapeutas y las referentes coinciden al considerar que el programa llena las expectativas y necesidades de las usuarias. Las sugerencias para que se logren mejor los objetivos del sector salud incluyen:

- Mayor capacitación a los funcionarios (principalmente para detectar casos).
- Comunicación interdisciplinaria.
- Apoyo interinstitucional.
- Mayor divulgación de las políticas y lineamientos de atención en violencia sexual.
- Formación en pregrado y posgrado sobre violencia sexual.
- Políticas continuas y a largo plazo.
- Mejoramiento del reporte de casos.
- Promoción de la vinculación de la familia.
- Priorización de la urgencia del caso sobre las barreras de acceso administrativas.
- Búsqueda de la presencia en cada localidad de todos los tipos de profesionales involucrados en la atención inicial (medicina general, trabajo social y salud mental).

También coincidieron al recalcar que en ellos mismos aparecen síntomas psíquicos o somáticos, y

deterioro en su calidad de vida, que consideran resultantes de su actividad profesional, luego de atender a supervivientes de violencia sexual. Dentro de los síntomas descritos están cambios anímicos, somáticos y sensación de agotamiento:

*El trabajo con estas pacientes afecta, negativamente, de algún modo, la calidad de vida que uno tiene. (Psiquiatra)*

*Indiscutiblemente, este trabajo no deja de trastornarlo a uno. Escucharlos... Ver el reporte epidemiológico... Esas son vainas muy dolorosas. A veces he estado tan, tan estresada, que tengo que llegar a llorar a mi casa o algo así. ¡Tengo que hacer catarsis! ¡De alguna forma tengo que sacar todo eso! (Referente de salud pública en salud mental)*

Ninguno cuenta con un espacio, definido desde sus administradoras de riesgos profesionales (ARS) o sus empleadores, destinado a su atención médica, psicológica o en crisis por causa de estos síntomas. Dentro de los elementos que favorecen la aparición de los síntomas, describen la sobrecarga laboral y las dificultades estructurales en medio de las cuales deben desarrollar su tarea, la atención de casos donde existió mucha violencia o crueldad hacia la víctima, cuando las víctimas son muy pequeñas, cuando el abuso continúa, cuando se identifican con las pacientes y cuando no se

puede llevar a cabo la intervención. Las difíciles condiciones en que los profesionales deben desarrollar su tarea quedan ilustradas en las siguientes frases:

*Tengo que llenar una ficha técnica, tengo que llenar la historia clínica, tengo que hacer órdenes médicas, tengo que hacer un examen físico, y tengo que hablar con la paciente... ¡Todo en quince minutos! ¡Es muy difícil! (Médico)*

*El restablecimiento de derechos empieza por saber escuchar, por entender la necesidad de privacidad y el dolor del otro ¡Pero a veces no tenemos un sitio privado donde hablar con ellas! ¡Voy a hablar con la paciente y todo el mundo está pasando por el lado, el teléfono suena y lo tengo que contestar!... ¡Así, cuál respeto y cuál privacidad! (Referente de salud pública en salud mental)*

No obstante, su motivación para el trabajo con este tipo de pacientes consigue, muchas veces, hacer que se sobrepongan a las dificultades laborales, para tratar de brindar la mejor ayuda posible: "Alguien viene de todo ese impacto negativo... ¡No puede uno llegar y decirle: 'No, no la atendemos', cuando de pronto no tenía ni plata para trasladarse!" (trabajadora social).

Creer que la forma de prevenir la aparición de los síntomas post-traumáticos que los aquejan como

consecuencia de sus trabajos podría ser la conformación de espacios para manejar en equipo los casos difíciles, así como la implementación, por parte de sus empleadores y ARS, de servicios de asesoría psicológica preventiva o terapéutica dirigidos a trabajadores que atienden a víctimas de violencia.

## Discusión

Aunque durante los últimos quince años se ha dado gran impulso en Colombia a la formulación de normativas tendientes a impactar el problema de las violencias basadas en género y en generación, entre las cuales se inscribe la violencia sexual, es aún poco lo que se conoce sobre las características e impactos conseguidos por medio de sus implementaciones concretas. En este campo, este estudio realiza un aporte, pues permitió ilustrar en el espacio específico de la Red Suroccidental de Bogotá las enormes dificultades a que se ven enfrentadas las víctimas ante las contradicciones planteadas por las diversas normas nacionales que regulan la prestación de servicios de atención en salud dirigidos a estas personas, toda vez que las normas actualmente vigentes (como en el caso de la Ley 100 de 1993 y la Ley 360 de 1997) resultan contradictorias entre sí y generan vacíos jurídicos en torno a las prestaciones en salud a las que se tiene derecho como víctima de violencia sexual en

Colombia, divergencias que suelen resolverse de manera desfavorable para las pacientes.

Junto a lo anterior, aunque Bogotá posee como fortaleza ante otras ciudades colombianas la existencia de política pública local específica para el tema y el haber sido pionera nacional en cuanto a la implementación de experiencias piloto relacionadas con atención integral a víctimas de violencia sexual (23), resultó evidente la pobre formación que los estudios de pregrado y posgrado proporcionaron en torno a la violencia sexual a los profesionales a cargo de los servicios implementados en la ciudad para desarrollar tal política, así como la ausencia de una aplicación uniforme dentro de la ciudad de Bogotá de los lineamientos de tendientes a que todas las intervenciones en salud dirigidas supervivientes de violencia sexual sean conducidas en la ciudad dentro del marco de la restauración de derechos, la perspectiva de género y la promoción de resiliencia.

Preocupa especialmente la debilidad en la prestación de servicios de salud mental, que fue evidenciada en la mayor parte de las narraciones conocidas a lo largo del estudio; así como la inconsistencia en la formulación de intervenciones sanitarias específicas de primera línea, como anticoncepción, terapia antirretroviral y antibiótica o terapia de emergencia, pese a que múltiples estudios nacionales comprueban la

alta incidencia de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual surgidas en nuestro país como consecuencia de agresiones sexuales (24-25).

Aunque las encuestas nacionales de demografía y salud conducidas en Colombia entre 1990 y 2005 (4, 26-28) muestran que en nuestro país ha ido aumentando discretamente la proporción de aquellas mujeres supervivientes de agresiones basadas en género que denuncian ante las autoridades, así como de aquellas que buscan atención para su caso en el sector salud, también se evidencia que tienden a disminuir notoriamente durante el periodo aquellas que acuden a amigas, vecinas, familiares y otros sistemas de apoyo. En conjunto, en el país predominan y se incrementan a lo largo del tiempo las mujeres que permanecen aisladas, tratando de afrontar por sí mismas las situaciones violentas, sin apoyo institucional o de redes naturales. Lejos de contrarrestar esta tendencia, las dificultades señaladas por este estudio para el acceso a servicios de salud integrales contribuyen a reforzar el problema.

Los resultados de nuestro trabajo concuerdan con otros estudios sobre la calidad de las experiencias de atención integral a víctimas de violencia sexual efectuados en Bogotá por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, realizados mediante el empleo de metodologías participativas (entre ellas entrevis-



tas detalladas a usuarios, acompañantes y funcionarios de atención), así como discusiones grupales.

En especial, existe concordancia en lo referente a la identificación de un conjunto de profesionales motivados y con alta calidad humana dedicados a la atención de víctimas. Igualmente, se coincide en cuanto a la necesidad de establecer institucionalmente la prioridad para la atención de las víctimas; garantizar el cumplimiento de su derecho a la salud, así como de impulsar las normas sectoriales establecidas para su atención; realizar de manera gratuita los exámenes requeridos, así como la anticoncepción de emergencia; notificar de manera obligatoria e ineludible todos los casos de violencia sexual que afecten a menores; integrar los servicios de salud a los demás procesos y procedimientos locales requeridos para la atención de las supervivientes; integrar los servicios de salud mental con los de atención en violencia sexual, y mejorar la participación del sector salud en los espacios de coordinación intersectorial y en los flujogramas locales de atención.

Así mismo, se coincide en la necesidad de asignar recursos económicos específicos suficientes y personal capacitado y motivado para trabajar en los servicios de atención a supervivientes de violencia sexual, los cuales se recomienda organizar de manera separada a los dirigidos contra la violencia intrafamiliar (23). Se recalca que es

imprescindible mejorar en la ciudad las condiciones de trabajo y salud ocupacional del personal destinado a estos servicios, para evitar la afectación de su salud física y mental, en razón de la exigente función que desempeñan, no siempre dentro de contextos laborales óptimos, tal como se evidenció en las narrativas exploradas por este estudio.

Otro de los aspectos que muestran deficiencias a lo largo del territorio nacional es el de la investigación dirigida a acrecentar el cuerpo de conocimientos locales relacionados con el comportamiento de la violencia sexual y los sistemas de ayuda destinados a su afrontamiento. Se piensa que una de las principales fortalezas de nuestro trabajo en este sentido consiste en haber elegido resaltar metodologías y técnicas poco empleadas dentro del contexto nacional para el análisis de sistemas y servicios de salud, como la investigación social de segundo orden y el empleo prioritario de técnicas de corte narrativo, mediante las cuales se consiguió dar voz en primer plano a quienes, pese a ser protagonistas de primera línea, habitualmente se encuentran silenciadas para expresar sus vivencias y sugerir cursos de acción útiles en el mejoramiento de los servicios de atención en salud con los que interactúan.

Supervivientes de violencia sexual y sus familias, así como personal de salud encargado de su atención, tuvieron prioridad en el

momento de relevar puntos de vista y racionalidades puestas en marcha a lo largo del proceso de investigación. En tal sentido, se piensa que la apuesta ética y política priorizada por nuestro grupo de investigación, tendiente a la democratización en la construcción del conocimiento científico y a la toma de partido por los grupos subalternos sometidos a los influjos nefastos de la violencia e históricamente silenciados y neutralizados a la hora de promover construcciones que podrían mejorar sus circunstancias vitales, se ve bien reflejada tanto en el conjunto de nuestro trabajo como en este artículo, en el cual se priorizan por sobre los resultados paradigmáticos, característicos de la ciencia tradicional, aquellos resultados narrativos propios de una construcción de conocimiento científico respetuosa del saber popular, puesto en marcha mediante la interacción de los diversos sistemas observantes que participaron en el estudio.

No obstante, ante la complejidad de un objeto de estudio como el abordado, quedan de par en par las puertas para los aportes efectuados desde otras perspectivas de elaboración de conocimiento científico. Se piensa que resultaría especialmente importante en el futuro la divulgación de la totalidad de los análisis efectuados en este estudio, desde una perspectiva paradigmática, que ahonde en la presentación de las categorías establecidas y emer-

gentes que fueron identificadas en los relatos estudiados, puesto que proporcionan también información útil para ampliar el campo de conocimientos locales incipientes sobre las características de los servicios de salud brindados en Bogotá a las víctimas de violencia sexual.

Igualmente, se considera que queda planteada la necesidad de abordar el tema desde los enfoques tradicionalmente empleados por la clínica en salud mental, la epidemiología y la salud pública, para el estudio de los resultados e impactos individuales y poblacionales logrados mediante la implementación de políticas y programas dirigidos al tema de la atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual en la ciudad.

### **Conclusiones y recomendaciones**

*Primera.* Resulta prioritario asegurar a las víctimas de violencia sexual el disfrute pleno de su derecho a la salud. Las agresiones sexuales se experimentaron por víctimas y familiares como grandes generadoras de estrés, culpa y alteración en la salud; situaciones que podrían ser atenuadas y superadas mediante la interacción con sistemas de ayuda suficientes, apropiados y oportunos.

*Segunda.* Los trabajadores de salud vivenciaron su tarea como una constante tensión entre el deseo de ayudar, el conocimiento

del “deber ser” de la atención y las restricciones derivadas de los contextos reales en que laboran.

*Tercera.* Los síntomas de traumatización vicaria ocupacional resultaron frecuentes entre estos trabajadores, quienes reclaman análisis, prevención y atención oportuna por parte de sus empleadores.

*Cuarta.* Existió notable concordancia entre usuarios y prestadores de servicios sobre la percepción de fortalezas y debilidades en la atención brindada. En cambio, fueron grandes las discordancias entre las exigencias planteadas por la normatividad vigente en el tema y las condiciones reales en que deben ser puestas en marcha cotidianamente.

*Quinta.* Es necesario fortalecer estrategias institucionales para la formación continuada del recurso humano en la atención integral a víctimas de violencia sexual.

*Sexta.* La mayor fortaleza de la atención en salud prestada se encontró en los aspectos biomédicos, la existencia de lineamientos distritales y la motivación del recurso humano. Su mayor deficiencia estuvo en la accesibilidad de la atención en salud mental, la ausencia de un enfoque de género y la dificultad para lograr la intervención de redes sociales y familiares.

*Séptima.* Existen múltiples barreras de acceso a los servicios de salud para las supervivientes de violencia sexual, especialmente de

tipo económico y geográfico, junto con aquellas sancionadas desde la normatividad vigente en el país en materia de seguridad social en salud.

*Octava.* Debe respetarse el carácter gratuito de la totalidad de los servicios de atención en salud que se brinden a las supervivientes de violencia sexual y sus familias.

*Novena.* Los diferentes actores entrevistados mostraron una amplia gama de conceptualizaciones en torno a la violencia sexual y las posibles estrategias para su prevención e intervención, que variaron en función del grupo poblacional al cual pertenecían. Valdría la pena diseñar estrategias de planeación participativa, con el fin de que tal riqueza de saberes y puntos de vista se vea efectivamente representada en los procesos de construcción tanto de política pública al respecto como de servicios y programas de salud concretos.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: OPS-OMS; 2002.
2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Política distrital de salud mental: documento preliminar. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2002.
3. Ramírez L, Sandino M. Dictámenes sexológicos: Colombia 2005. Forensis. 2005;162-77.
4. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud. Bogotá: Profamilia; 2000.

5. Ministerio de Salud de Colombia. Estudio nacional de salud mental consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Oficina de Comunicaciones Minsalud; 1994.
6. Urrego Z, Orozco A, Acuña S, Reyes A. Diseño, implementación y sistematización de una experiencia demostrativa del modelo de salud mental basado en la comunidad en la Red Suroccidental de Bogotá. Bogotá: Hospital del Sur ESE; 2003.
7. Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Salvat; 1989.
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). 4a ed. Barcelona: Masson; 1995.
9. Secretaría Distrital de Salud Bogotá. Modelo de salud mental basado en la comunidad: documento final. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2002.
10. Secretaría Distrital de Salud Bogotá. Política distrital de salud mental: documento preliminar. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2002.
11. Way IV K, Martin G, Applegate B, Jandle D. Vicarious trauma: a comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *J Interpers Violence*. 2004;19(1):49-71.
12. Plata M. Derechos reproductivos como derechos humanos: Colombia. In: Cook R, editor. *Derechos humanos de la mujer: perspectivas nacionales e internacionales*. Bogotá: Profamilia; 1997.
13. Consejo Administrativo para la Atención Integral a Niños y Niñas Víctimas de Abuso y Explotación Sexual, Departamento Administrativo de Bienestar Social. Guía de atención: identificación de posibles casos de delitos sexuales. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2002.
14. Consejo Administrativo para la Atención Integral a Niños y Niñas Víctimas de Abuso y Explotación Sexual, Departamento Administrativo de Bienestar Social, et al. Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2004.
15. Durrant M, Kowalski K. Superar los efectos del abuso: desarrollar la percepción de la propia capacidad. En: Durrant MW, Cheryl, editores. *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa; 1993. p. 90-153.
16. Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y la Violencia y Explotación Sexual. Plan de prevención y atención de la violencia intrafamiliar, y la violencia y explotación sexual en Bogotá, D. C. 2006-2010. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2006.
17. Cyrulnik B. Los patitos feos: la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.
18. Herrero C. Reacciones sociales hacia las víctimas de delitos sexuales. En: Redondo S, editor. *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Ariel; 2002. p. 161-94.
19. Bolívar A. ¿De nobis ipsis silemus?: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2002;1-29.
20. Brunner J. Realidad mental y mundos posibles. Barcelona: Gedisa; 1994.
21. Brunner J. Actos de significado. Madrid: Alianza; 1991.
22. Ramos R. Narrativas contadas, narraciones vividas: un enfoque sistémico de la terapia narrativa. Barcelona: Paidós; 2001.
23. Consejería Presidencial para la Política Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Sistematización de los procesos para el desarrollo de propuestas para la atención integral de víctimas de violencia sexual. Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social-Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2002.
24. Fundación Sí Mujer y Fundación para la Educación en Salud y Derechos Reproductivos de la Mujer (Iseder). Embarazo por violación: la crisis múltiple. Cali: Fundación Sí Mujer-ISEDER; 2000.
25. Luciano Ferdinand D. Dimensionando la violencia sexual en las Américas. En: Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial

- de la Salud (OMS) e IPAS, editores. Reunión de expert@s "Alternativas de atención en el sector salud para mujeres sobrevivientes de violencia sexual". Washington: OPS-OMS; 2005.
26. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud 1995. Bogotá: Profamilia; 1995.
27. Profamilia. Encuesta de prevalencia, demografía y salud en Colombia, 1990: violencia intrafamiliar. En: La violencia y los derechos humanos de la mujer. Bogotá: Profamilia; 1992. p. 141-71.
28. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: encuesta nacional de demografía y salud 2000. Bogotá: Profamilia; 2000.

*Recibido para evaluación: 23 de mayo de 2007*

*Aceptado para publicación: 9 de julio de 2007*

Correspondencia  
Zulma Urrego Mendoza  
Módulo 2, oficina 501  
Unidad Camilo Torres,  
Universidad Nacional de Colombia  
Carrera 50 No. 27-70  
Bogotá, Colombia  
zulcurregom@unal.edu.co