



ESTRATEGIAS PDA SALUD MENTAL EQUIPO DE RESPUESTA INICIAL:
Identificación de signos de alarma y contención básica en salud mental.

Elementos Generales

Introducción: esta ficha es una herramienta de identificación y abordaje en salud mental para los profesionales que realizan el primer contacto en territorio, en casos donde el sujeto o su contexto significativo este en riesgo inminente en eventos tales como: conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar, violencia sexual, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA), maltrato infantil y violencia hacia la mujer.

Entrevista Motivacional: estilo de interacción, centrada en el individuo y encaminada a ayudar a las personas a explorar posibilidades y resolver sus necesidades con el fin de comenzar a hacer cambios positivos.

Elementos Generales para el Abordaje de la Salud Mental en los Territorios:

- Importancia de la comunicación basada en el diálogo
- Importancia de la expresión del afecto entre la familia, pares, comunidad, etc.
- Importancia de los valores para el éxito de las buenas relaciones familiares y sociales
- Rutas de atención ante eventos de salud mental (sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, violencia sexual, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA), maltrato infantil y violencia hacia la mujer y conducta suicida)
- Importancia de las redes primarias y sociales de apoyo
- Servicios que presta la Línea 106, encaminados a la orientación de niños, niñas y adolescentes y sus cuidadoras y cuidadores.
- Derechos individuales y colectivos en salud mental.

Tipos de Respuesta

- Identificación signos de alarma
- Primeros Auxilios en Salud Mental
- Intervención Breve
- Canalización y Seguimiento

Definiciones

Signos de alarma en salud mental: Identificación de eventos de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental, que presentan los individuos y que afectan el normal desarrollo de su vida diaria o el de su familia y/o comunidad, los cuales pueden ser entre otros: síntomas físicos (dolores, trastornos del sueño); síntomas afectivos (tristeza, miedo, ansiedad); síntomas cognitivos (dificultad para pensar con claridad, alteraciones de la memoria); síntomas del comportamiento (conducta agresiva, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria, abuso de sustancias); Alteraciones perceptivas (percepción visual o auditiva de cosas que otras personas no ven u oyen).

Primeros auxilios en salud mental: Es la primera respuesta de ayuda proporcionada por el equipo de respuesta inicial en los territorios de salud a las personas, familia y/o comunidades en donde se detectan problemas o eventos que afectan la salud mental de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental, facilitando que puedan encontrar recursos y opciones para iniciar proceso de solución y toma de decisiones, todo ello en un período breve de tiempo

Canalización: Procedimiento por el cual desde los equipos de respuesta inicial se remiten a las personas identificadas con eventos prioritarios en salud mental (violencia intrafamiliar, violencia sexual, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA), maltrato infantil y violencia hacia la mujer, consumo de sustancias psicoactivas, conducta



suicida, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), y déficit de atención por hiperactividad, entre otros), a el/la profesional de psicología en salud mental del equipo de respuesta complementaria, o atención a través del POS, o a programas sociales y se realiza además notificación de eventos de alto impacto en salud mental a los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica SIVIM Y SISVECOS.

Seguimiento: Acción mediante la cual el equipo de respuesta inicial verifica que los casos de salud mental identificados y canalizados fueron efectivamente atendidos por parte de el/la profesional de psicología en salud mental del equipo complementario, o a través del POS, o a través de programas sociales o por el equipo de vigilancia epidemiológica en salud pública.

Qué no se debe hacer

- Interrumpir con demasiada frecuencia;
- Escandalizarse o emocionarse ;
- Manifestar que está ocupado;
- Ser condescendiente;
- Hacer comentarios indiscretos o poco claros;
- Hacer preguntas tendenciosas.
- Ignorar la situación;
- Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico;
- Decir que todo estará bien;
- Retar a la persona a seguir adelante;
- Hacer parecer el problema como algo trivial;
- Dar falsas garantías;
- Jurar guardar secreto;
- Dejar a la persona sola.

Qué hacer

- Escuchar, mostrar empatía y permanecer calmado;
- Mostrar apoyo y preocupación;
- Tomar seriamente la situación y evaluar el grado de riesgo;
- Preguntar acerca de los intentos previos;
- Explorar posibilidades diferentes para la resolución del problema
- Identificar redes de apoyos (familiares, escolares, laborales, comunitarias, sociales, institucionales)
- Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda;
- Permanecer con la persona (Si el riesgo es alto)

Como intervenir

- a) El primer paso es conseguir un sitio adecuado, donde se pueda mantener una conversación tranquila con razonable privacidad.
- b) El siguiente paso es asignar el tiempo necesario.
- c) La tarea más importante es entonces es escuchar atentamente.

¿Cómo comunicarse?

- Escuchando atentamente, permaneciendo calmado;
- Entendiendo los sentimientos de la persona (sintiendo empatía);
- Transmitiendo mensajes no verbales de aceptación y respeto;
- Expresando respeto por las opiniones y valores de la persona;
- Hablando honesta y genuinamente;



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Demostrando interés, preocupación y calidez;
- Centrándose en los sentimientos de la persona.

Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación. Escuchar con calidez, Tratar con respeto, Identificarse con las emociones y Preocuparse por la discreción.

Ante todo evento, el/la profesional de medicina y/o enfermería debe seguir los siguientes lineamientos:

- a) Manifestar empatía que exprese serenidad y que tienda permanentemente a mantener el clima de respeto explícito, lo que implica no emitir juicios apresurados con respecto a la conducta de las personas.
- b) Tener siempre presente que las personas pueden presentar reacciones muy intensas y de inicio rápido frente al profesional, que pueden ir desde franco rechazo hasta compromiso emocional marcado.
- c) Asegurar la pertinencia de la participación de la familia en la identificación, valoración e intervención. Considerar la pertinencia frente a abordar la conducta suicida con todo el grupo familiar.
- d) En otros eventos: Se debe informar a la familia, tanto sobre los hallazgos familiares como los individuales, muchas familias sienten alivio al iniciarse la atención en salud por lo que debe quedar claro el alcance y la posible necesidad de otras acciones de intervención.

Notificación y Canalización:

Conducta Suicida: Sistema de Vigilancia Epidemiológica: SISVECOS
Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual, Maltrato infantil, Violencia contra la Mujer y Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes: SIVIM.

Seguimiento: Complementar con servicios de salud o sociales a donde canalizan.

Elementos Específicos

Evento: Consumo de Sustancias Psicoactivas

Meta: Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de veinticinco años, en coordinación con las instituciones que hacen parte del Consejo Distrital de Estupeficientes, al 2016.

1. Definición: la Organización Mundial de la Salud (OMS) (a) define droga como: "Toda sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida altera la fisiología del organismo". El Ministerio de la Protección Social (2011) define las sustancias psicoactivas como "toda sustancia lícita, de origen natural o sintético, que modifica el funcionamiento del sistema nervioso central y puede alterar los estados de conciencia, la percepción y otras funciones del organismo".

2. Características del Evento - Formas de Identificación

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) (b) define:

Uso nocivo: Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental (por ej.: casos de hepatitis por administración de drogas inyectables).

Síndrome de dependencia: Conjunto de fenómenos de comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrolla luego del consumo repetido de la sustancia psicoactiva, entre los cuales se encuentran característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro para la capacidad de controlar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento a la tolerancia a la droga y a



veces, un estado de abstinencia por dependencia física.

Dependencia física: Es el estado de adaptación del organismo que se produce tras el consumo repetido de una sustancia.

Dependencia psíquica: Consiste en un deseo irrefrenable de consumir determinadas sustancias con el objetivo de obtener efectos positivos, placenteros y agradables y evitar los efectos negativos que originaría el prescindir de ella.

Tolerancia: Se trata de la disminución gradual del efecto de una sustancia cuando se toma de forma repetitiva, de tal manera que se necesita aumentar continua y gradualmente la dosis para conseguir los mismos efectos.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas, psíquicos y, sobre todo, físicos, que se desencadenan al interrumpir bruscamente el consumo de algunas sustancias en sujetos que presentan dependencia a éstas.

3. ¿Qué se debe tener en cuenta?

- “Los estados patológicos consisten en intoxicación, uso nocivo, dependencia y trastornos psicóticos. Se diagnostica el uso nocivo cuando la salud física o mental ha sufrido daños. En el síndrome de dependencia se combina un intenso deseo de consumir la sustancia con los problemas para dominar su consumo, un estado fisiológico de abstinencia, la tolerancia a la sustancia, el abandono de otras diversiones e intereses, y la persistencia del consumo pese al daño infligido a uno mismo y a los demás”. (C)
- La valoración inicial debe centrarse en la gravedad del consumo:

Uso: Entendemos por uso aquel tipo de consumo de drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso no problemático.

Abuso: Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

Dependencia: Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, podemos definir la dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes. El consumo de drogas, que pudo haber comenzado como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto.

- “Se indagará sobre la existencia de consumo de SPA, las sustancias consumidas, y el grado en que éste se presenta. De igual manera, se indagará por situaciones relacionadas con la salud mental, tales como situaciones familiares, personales y del contexto que posibiliten la presencia de una condición desfavorable para la misma”. (D)

4. Bibliografía

- a) Información tomada del Manual de Formación de formadores en Prevención Laboral en Drogodependencia. OIT 2008.
<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/pitcnt/pdf/contenid.pdf>
- b) CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)



- c) Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. OMS
d) Manual para la detección e Intervención Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Problemas de Salud Mental en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de la Protección Social y UNODC.

Evento : Conducta Suicida

Meta: Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016.

1. Definición

El concepto¹ de conducta suicida hace referencia a un conjunto de conductas fatales y no fatales, dentro de las no fatales se incluye la ideación, la amenaza y el intento de suicidio; y dentro de las fatales se encuentra el suicidio consumado.

Ideación Suicida²

Riesgo Leve	La ideación como pensamiento de querer morir con antecedente de un problema emocional no trascendental para su vida que permita el restablecimiento emocional fácilmente.
Riesgo Moderado	La ideación como “pensamientos constantes” de querer morir con antecedente de un problema emocional, sin establecer estrategias para poder resolver el problema. Pensamientos constantes de querer morir con antecedente de un problema emocional asociado a divorcio, pérdida del estatus laboral, ocupacional o financiero, rechazo por parte de una persona importante, entre otras, sin establecer estrategias para poder resolver el problema, asociado a un trastorno mental o psiquiátrico de base (generalmente depresión, alcoholismo y trastorno de la personalidad) y/o medicado o con una enfermedad física (Enfermedad Terminal dolorosa o debilitante, SIDA). Aquellos familiares o familiares (sobrevivientes) de la persona que se suicidó
Riesgo Severo	Plan de Muerte estructurado para llevar a cabo un suicidio.

Amenaza Suicida

Riesgo severo	Situación en la cual un sujeto amenaza con quitarse la vida, ante un familiar o una persona y requiere intervención en emergencias y apoyo para su posible hospitalización e intervención médica. La amenaza suicida se considera como un intento suicida fallido.
----------------------	--

Intento de Suicidio

Riesgo Moderado	Situación de intento de suicidio que no involucre sus signos vitales, presencia clara de manipulación con la situación y evidencia de intento por primera vez, acompañado o antecedido de un problema emocional y sin establecer estrategias para poder resolverlo. Comportamiento que puede ser clasificado como un gesto suicida ³ . Paciente que es canalizado en el servicio de hospitalización o urgencias de una IPS pública o privada por presentar un intento de suicidio.
------------------------	--

¹ Con base en <http://www.suicidioprevention.com/pdf/RTM3.pdf>

² Secretaría Distrital de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS – PIC Lineamientos Técnicos 2012

³ Definido como aquel acto en el cual hay una amenaza verbal e incluye el acto auto lesivo, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente por que puede terminar en un reintento que puede llevar a un suicidio consumado.



	a. El intento se considera como una urgencia psiquiátrica.
Riesgo severo	<p>Situación de intento y pensamientos suicidas conjuntamente.</p> <p>Situación de intento de suicidio que puede estar relacionado o asociados a trastorno mental o físico, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual, y consumo frecuente de una sustancia psicoactiva.</p> <p>Intentos previos de suicidio que involucraron sus signos vitales; intento de suicidio que ha sido dado de alta que implicó en consideración sus signos vitales; además de presentar alguno de los siguientes factores (uno o más de ellos): Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/o trastornos psiquiátricos, estatus de divorcio, viudez y soltería, vivir solo, desempleo o retiro, problemas familiares.</p> <p>Paciente que reporta como un plan de vida un plan de muerte bien estructurado, para llevar a cabo un suicidio consumado.</p>

2. Características del Evento - Formas de Identificación

Signos en el comportamiento que pueden evidenciar la conducta suicida:

- a) Comportamiento retraído, inhabilidad para relacionarse con familiares y amigos
- b) Enfermedad psiquiátrica
- c) Aislamiento
- d) Autolesiones; causarse daño así mismo.
- e) Alcoholismo
- f) Ansiedad o pánico
- g) Cambio en la personalidad, mostrando irritabilidad, pesimismo, depresión o apatía
- h) Cambio en los hábitos alimenticios o del sueño
- i) Intento de suicidio anterior
- j) Odio por sí mismo, sintiéndose culpable, falta de valor o avergonzado
- k) Una pérdida o evento estresante importante reciente – muerte, divorcio, separación, ruptura con la pareja, enfermedad de mal pronóstico, pérdida económica, laboral, académica, problemas con la ley, etc.
- l) Historia familiar de suicidio
- m) Deseo súbito de arreglar sus asuntos personales, escribir un testamento, etc.
- n) Sentimientos de soledad, impotencia y desesperanza
- o) Notas de suicidio: cartas de despedida.
- p) Salud física deficiente
- q) Mención repetitiva de muerte o suicidio.

3. ¿Qué se debe tener en cuenta?

a) La valoración inicial debe centrarse en la gravedad del intento. Es necesario tener en cuenta:

1. La violencia del mismo. Aquellos métodos especialmente violentos pueden ser indicativos de patología psiquiátrica grave (esquizofrenia, por ejemplo) o de circunstancias que comprometan las funciones corticales del paciente (cuadros neurológicos).
2. Condiciones de planeación: ¿Es el intento el resultado de un plan bien reflexionado por el paciente?, ¿Qué tan preparada está la persona y qué tan pronto lo realizará?
3. ¿Cuál era la situación del paciente antes del intento? Esto incluye una apreciación breve de las circunstancias emocionales y cognitivas predominantes en dicho periodo. ¿Es acaso síntoma de un trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado?. Estado mental actual y



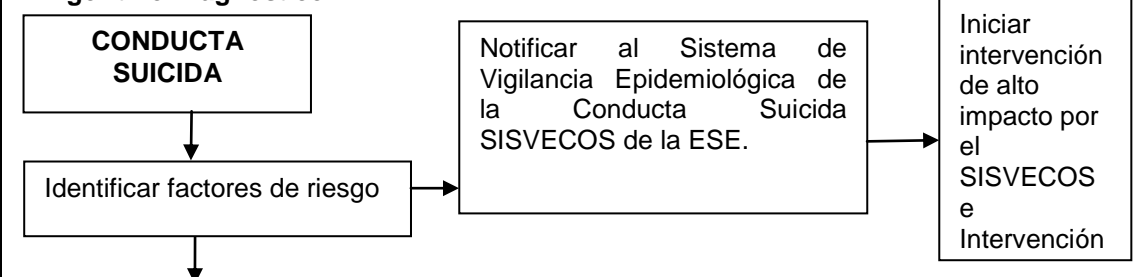
pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio.

4. La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntando. Contrario a lo que se piensa, hablar del suicidio no genera la idea mental de cometerlo. De hecho, las personas se muestran agradecidas y libres de poder hablar abiertamente acerca de sus problemas.

5. Deben tenerse en cuenta variables como edad, género, con especial atención a las personas mayores de 60 años, pues presentan mayor letalidad. En adolescentes, averiguar exhaustivamente el antecedente de intentos de suicidio en el grupo de pares, pues a esta edad existe cierto “contagio” imitativo. Se han descrito formas epidémicas.

- Genero: Más hombres que mujeres se suicidan, pero más mujeres intentan suicidarse.
- Estado Civil: Se ha observado mayor frecuencia de consumación en pacientes divorciados, viudos y solteros. Las personas que viven solas o están separadas son más vulnerables.
- Familiares con Quien Viven: Permite conocer la disponibilidad de compañía que tiene el paciente, la ausencia de seres especialmente significativos y sobre quién va a cuidar al paciente en caso que se decida un tratamiento ambulatorio o una hospitalización breve.
- Alcohol y Sustancias: Su presencia incrementa muy significativamente el riesgo.
- Pérdidas Significativas en los Últimos 6 Meses: Los procesos de adaptación a las pérdidas (duelos) suelen acompañarse de estados de ánimo bajo; sentimientos de futilidad y desesperanza también pueden empeorar algunos cuadros psiquiátricos.
- Antecedentes de Suicidio: La repetición de la conducta autolesiva, independientemente del tiempo entre los dos episodios, empeora la posibilidad letal. La presencia de antecedentes familiares de suicidio es un indicativo de alerta y ante su presencia se debe actuar muy conservadoramente en lo referente al cuidado posterior a la solución de la urgencia médica que se dé al paciente.
- Diagnostico: Los trastornos del estado de ánimo (Trastorno Depresivo Mayor, especialmente si forma parte de un trastorno bipolar-psicosis maniaco-depresiva) causan la mayor parte de los suicidios. La esquizofrenia ocupa el segundo lugar. Trastornos de personalidad (antisocial y límite, con rasgos de impulsividad, agresión y frecuentes cambios de humor). Trastorno mental orgánico. Algunas enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza neurológica (esclerosis múltiple, enfermedades de Parkinson y Huntington), o algunos tumores malignos se relacionan con un incremento en la letalidad autoinfligida.
- Desempleo: Se ha encontrado que la pérdida del trabajo, en vez del estatus de las personas desempleadas, está asociada con el suicidio.
- Migración: Las personas que se han mudado de un área rural a una urbana o a una región o país diferente son más vulnerables al comportamiento suicida.
- Factores Ambientales: La mayoría de los que comete suicidio ha experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos, como problemas interpersonales, pérdidas, problemas familiares y financieros, etc.
- Canalizar al sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS de la ESE

4. Algoritmo Diagnostico





Si el usuario presenta agitación motora, episodios agudos de irritabilidad o psicótico, que ponga en riesgo su vida y se considere como una urgencia en salud mental.

Activar la línea 123

5. Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud. 2000
- León J. y Domínguez M. Intento de Suicidio. En: Guías para Manejo de Urgencias Tomo III. Pág. 256. 2009.

Eventos: Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual, Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA), Maltrato Infantil y Violencia hacia la Mujer.

Meta: Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud en coordinación con los demás sectores de la administración distrital al 2016 y de manera transversal la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos.

1. Definición

Violencia intrafamiliar:, se entiende todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito doméstico; se refiere a las violencias que afectan la libertad, la autonomía, la dignidad y la integridad corporal, sexual, mental, espiritual y psicológica de una persona por parte de otra o varias con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia⁴.

Violencia sexual: se define como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por parte de otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo⁵.

El Plan Distrital para la Atención Integral a los niños y las niñas víctimas de abuso y explotación sexual⁶ considera la violencia sexual como una de las manifestaciones de desigualdad más severas entre hombres, mujeres, niñas y niños, que utiliza las relaciones de poder existentes por edad, jerarquía, posición económica, social o laboral creando condiciones de discriminación, irrespeto y sometimiento.

LA VIOLENCIA SEXUAL SIEMPRE ES UNA URGENCIA

Cuando una persona es detectada o hace consulta por posible violencia sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos. Siempre la víctima de violencia sexual se encuentra en una situación de crisis, que pone en peligro su vida. Se deben desarrollar todas las “acciones en el primer contacto con el Sector Salud” que amerite el caso, además de articulación con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad del Proceso Integral de Atención.

La violencia sexual, desde su definición, es una urgencia. Como urgencia no tiene pagos

⁴ (United Nations Population Fund, 2006).

⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.

⁶ Plan Distrital para la Atención Integral a los niños y las niñas víctimas de abuso y explotación sexual, Bogotá, 2007.



compartidos ni otros condicionantes (semanas mínimas de cotización) para su atención inmediata, en ninguna parte del territorio nacional. Es una urgencia particular, dado que altera "(...) la integridad física, funcional y/o psíquica (...) en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona, y (...) por tanto requiere de la protección inmediata de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras".

La definición de urgencia dada por la Resolución 5261 de 1993 no la condiciona a evento agudo o crónico. Desde esta perspectiva, el abuso que ha venido progresando desde largo tiempo atrás es también una urgencia. Esa particularidad determina que su atención pueda darse en cualquier momento del desarrollo del evento y que el término de la atención inicial, que busca la estabilización del(la) paciente, se extienda lo necesario para esa estabilización y comprometa los "(...) recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros (...) indispensables e inmediatos (...) para alcanzarla".

Cuando una víctima de violencia sexual hace consulta o es detectada (sea niño, niña, joven, mujer u hombre), quizá sea este el único contacto de la víctima con las instituciones, y, de lograrse esta "captación", podrá iniciarse una atención integral desde los diferentes sectores (Justicia, Salud, Protección, Bienestar Social, Educación) a fin de minimizar el daño.

Cuando la víctima de violencia sexual busca ayuda es porque siente que la necesita. En estos casos, cuando se busca ayuda por iniciativa propia, por lo general la víctima se encuentra en lo más grave de su crisis o peligro; por esta razón requiere atención inmediata.

Cuando es visibilizado un caso de violencia sexual, se ponen en crisis y conflicto varias situaciones individuales, familiares y sociales de alto riesgo para la víctima y para otras víctimas potenciales del núcleo familiar, lo cual requiere un abordaje integral urgente.

Peores formas de trabajo infantil: Se refiere a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación por adultos en actividades económicas que ocasionan daño a su desarrollo físico, psicológico y moral. Se consideran entre otros como PFTI cuando se trata de trabajos donde están expuestos a abusos de orden físico, psicológico o sexual, como los siguientes: Esclavitud, Trabajo doméstico, Reclutamiento forzoso, ESCNNA. Actividades ilícitas, Mendicidad, Recolección de basuras, Ventas ambulantes, Agricultura, Construcción, mecánico, soldador, trabajo en plazas de mercado, bombas de gasolina, montallantas, porteros, empleados de bares, casinos, lustradores de calzado

Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: se define como toda práctica por la cual se abusa sexualmente de la persona vulnerando sus derechos humanos a la dignidad, a la igualdad, a la autonomía y al bienestar físico y mental para obtener gratificación sexual, ganancias financieras o logros personales⁷. Se clasifican como formas de ESCNNA la utilización de NNA en prostitución, utilización en pornografía, utilización sexual de NNA en turismo sexual. Trata de NNA con fines sexuales. NNA en matrimonios Serviles, utilización sexual de NNA por grupos armados ilegales.

Violencia contra la Mujer: La violencia contra la mujer significa todo acto, omisión, amenaza o control que se ejerce contra la mujer en todas las esferas y cuyos resultados pueden reflejarse en daños físicos, psicológicos, sexuales, intelectuales o patrimoniales. La violencia contra la

⁷ Informe final de Explotación Sexual y Comercial de niños y niñas en Bogotá, elaborado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social 2001.



mujer se puede llevar a cabo al interior de la familia, de la comunidad en la cual vive y puede también ser perpetrada (causada, realizada) o tolerada por parte del Estado⁸.

2. Características del Evento - Formas de Identificación

Violencia Sexual

Factores de riesgo personales

- Desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos
- Baja autoestima
- Escaso desarrollo de habilidades sociales
- Deprivación afectiva
- Carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico.

Factores de riesgo familiares

- Desconocimiento de los Derechos de Niñas y Niños
- Relaciones familiares fundadas en la violencia
- Historias de violencia sexual del padre o la madre
- Negación del acceso a información sobre la sexualidad
- Familias disfuncionales
- Fallas en la comunicación intrafamiliar, en especial de padres-madres-hijos e hijas
- Deterioro de la afectividad
- Baja autoestima del padre o la madre
- Desacuerdos en el ejercicio de la autoridad
- Sobrevaloración de la figura masculina
- Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Factores de riesgo social

|

- Pobreza y desplazamiento forzado
- Vivir en zonas de situación de conflicto armado
- Problemas de entorno físico
- Hacinamiento crítico
- Vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.)
- Trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación
- Fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas.

Factores de riesgo en adolescentes

- Citas con extraños a ciegas

⁸ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, artículos 1 y 2, Organización de Estados Americanos (1994).



- Rapto por Internet
- Subir al carro de desconocidos
- Descuidar sus bebidas en actividades sociales
- Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Factores protectores

Factores protectores personales

- Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos
- Sana autoestima
- Adecuado desarrollo de habilidades sociales
- Adecuada expresión de emociones y sentimientos
- Conocimientos sobre lo que es adecuado y no en contacto físico (asertividad).

Factores protectores familiares

- Convivencia democrática en la familia y respeto a los Derechos de los Niños y Niñas
- Buena comunicación
- Información científica, clara y oportuna sobre sexualidad
- Vínculo afectivo fortalecido
- Adecuado ejercicio de la autoridad
- Desarrollo adecuado de paternaje y maternaje
- Patrones de crianza coherentes con los Derechos Humanos
- Respeto a las diferencias de sexo
- * Claridad en las normas familiares, especialmente en lo referente al comportamiento sexual.

Factores protectores sociales

- Ambientes respetuosos de los Derechos Humanos
- Necesidades básicas satisfechas
- Ambientes y entornos físicos seguros
- Redes sociales de apoyo
- Adecuada utilización del tiempo libre
- Estímulo a la construcción de masculinidades no violentas
- Conciencia social del problema de la violencia sexual y desarrollo de esfuerzos institucionales y sociales para evitarlo
- Control de los medios de comunicación por parte del Estado y la sociedad civil para evitar contenidos que estimulen y legitimen la violencia sexual
- Buena coordinación del trabajo intersectorial y conformación de redes efectivas contra el maltrato y la violencia sexual.

Factores institucionales

- Información desde los servicios de salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales
- Acceso oportuno a servicios de salud y en especial de SSR y Salud Mental
- Línea 106, al alcance de niños, niñas y adolescentes
- Programas de promoción y Redes del Buen Trato.

Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA)⁹
Modalidades

⁹ http://www.satena.com/aym_document/aym_reglamentacion/PRESENTACION_ESCNNA.pdf



Los NNA son explotados sexualmente y utilizados en :

- Prostitución
- Pornografía
- Turismo con fines sexuales
- Trata de NNA con fines sexuales
- Matrimonios o uniones serviles
- Explotación sexual de NNA por grupos armados al margen de la ley

Factores de riesgo:

Ámbito familiar:

El maltrato físico y psicológico, el abuso sexual infantil, la desintegración de las familias o su disfunción

Ámbito institucional:

La falta de conocimiento de la problemática en algunas organizaciones y funcionarios que por ley deben desarrollar estrategias de prevención y atención de la ESCNNA.

Ámbito social y cultural:

El consumismo que promueve la adquisición de equipos, ropa, accesorios de última moda como mecanismo para ser aceptado, exitoso y bello, se asocia a la crisis de identidad que caracteriza la etapa adolescente.

La erotización del cuerpo infantil y adolescente asociado a modelos educativos y a la cultura patriarcal, según los cuales el hombre reafirma su hombría y poder, cuando somete sexualmente a mujeres que así lo permiten, como es el caso de menores de edad, que además, poco exigen de su desempeño sexual.

El déficit de espacios educativos formales e informales, la dificultad para ingresar o permanecer en el sistema educativo, la escasez de espacios físicos y sociales para el desarrollo de actividades lúdicas y recreativas, la pobreza que lleva a que padres, madres y/o cuidadores (as) presionen a NNA para que aporten recursos económicos o que éstos ante la insatisfacción de necesidades básicas sean seducidos por ofertas de personas dedicadas a esta actividad ilícita.

Ámbito político:

La degradación del conflicto armado que existe en Colombia ha llevado a prácticas de reclutamiento y explotación de NNA, utilizados, entre otras actividades, para prácticas sexuales. La violencia ejercida por los grupos armados genera riesgos que favorecen la ESCNNA al causar desplazamientos, separaciones de las familias, muertes de sus integrantes, marginamiento, hacinamiento y discriminación en los lugares de recepción cuando se desplazan. Es la forma de ESCNNA menos visible y menos documentada, dado que se origina con el reclutamiento de NNA, que es otro delito.

Maltrato Infantil¹⁰

¹⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>



Factores de riesgo

Se han identificado varios factores de riesgo de maltrato infantil. Aunque no están presentes en todos los contextos sociales y culturales, dan una visión general que permite comprender las causas del maltrato infantil.

No hay que olvidar que los niños y las niñas son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay una serie de características del niño y la niña que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado o maltratada:

- La edad inferior a 4 años y la adolescencia;
- El hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres;
- El hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.

Factores de los padres o cuidadores

Hay varias características de los padres o cuidadores que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- Las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido;
- El hecho de no cuidar al niño o la niña;
- Los antecedentes personales de maltrato infantil;
- La falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil;
- El consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación;

- La participación en actividades delictivas;
- Las dificultades económicas.

Factores relacionales

Hay diversas características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- Los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia;
- La ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia;
- El aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos;
- La pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.

Factores sociales y comunitarios

Hay diversas características de las comunidades y las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- Las desigualdades sociales y de género;
- La falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones;
- Los niveles elevados de desempleo o pobreza;
- La disponibilidad fácil del alcohol y las drogas;
- Las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la



prostitución y el trabajo infantiles;

- Las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo;
- Las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

Violencia contra la Mujer¹¹

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos.

Entre los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual se encuentran:

- El bajo nivel educativo (autores y víctimas);
- La exposición al maltrato infantil (autores y víctimas);
- La vivencia de la violencia entre los progenitores (autores y víctimas);
- El trastorno de personalidad antisocial (autores);
- El consumo nocivo de alcohol (autores y víctimas);
- El hecho de que los hombres tengan múltiples parejas o de que su pareja sospeche que le son infieles (autores y víctimas);
- Las actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas).

Entre los factores de riesgo específicos de violencia de pareja se encuentran:

- Los antecedentes de violencia, como autor o víctima; la discordia y la insatisfacción marital (autores y víctimas).

Entre los factores de riesgo específicos de violencia sexual se encuentran:

- Las creencia en el honor de la familia y la pureza sexual;
- Las ideologías que confieren derechos sexuales al hombre;
- Las sanciones legales leves a los actos de violencia sexual.

La desigualdad de la mujer con respecto al hombre y el uso normativo de la violencia para resolver los conflictos están estrechamente asociados tanto a la violencia de la pareja como a la violencia sexual ejercida por cualquier persona.

3. ¿Qué se debe tener en cuenta?

Además de identificar los factores de riesgo, es importante visibilizar signos de alarma concretos para el proceso de identificación:

a) Créale a la persona que narra una situación de violencia. Desde el sector salud se debe

¹¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- partir del principio de credibilidad, la confirmación del delito está a cargo del sector justicia. .
- b) Mantenga la calma y no genere angustia o sentimientos de culpa. Escuche con tranquilidad el relato de la persona.
 - c) Explíquelo que la víctima de violencia no es responsable de lo ocurrido. El responsable es el agresor o agresora.
 - d) No revictimice: No pregunte detalles, información adicional por curiosidad a la que la persona narra libremente.
 - f) Socialice la red de servicios competente para intervenir la situación y las formas de contactarse con dichas entidades (Salud, Educación, Justicia, Protección).

Ante la identificación o sospecha de cualquier forma de violencia

Si se es víctima o conoce a un niño, una niña o un adolescente víctima de violencia , dé aviso a las autoridades y comuníquese a cualquiera de las siguientes líneas:

Línea 123. Urgencias y Emergencias.

Línea 570 2072 Fiscalía

Línea 018000 816999 Fiscalía

Línea 018000 918080 – 6605520/30/40 ICBF

Línea 018000 112440 ICBF (violencia Sexual, Explotación Sexual Comercial)

www.policia.gov.co

Línea 106 “al alcance de niños, niñas y adolescentes”. Secretaría Distrital de Salud.

www.integracionsocial.gov.co (Atención en línea Comisaría de Familia)

- g) Realice notificación al sistema de vigilancia SIVIM.

Adicional a lo narrado por las familias y las personas a los-las profesionales de salud, es necesario tener en cuenta que el o la profesional tiene la posibilidad de identificar signos de alerta específicos para cada forma de violencia a través de los cuales debe iniciar la ruta de atención.

VIOLENCIA SEXUAL

Niños, Niñas y Adolescentes:

Signos físicos

Enfermedades de transmisión sexual

Embarazo precoz.

Infecciones urinarias continuas.

Dificultad para caminar o sentarse, dolor o molestias en el área genital, sangrado en boca, ano o vagina

Cuerpos extraños en ano o vagina

Enuresis o encopresis

Incapacidad de controlar esfínteres

Signos emocionales y comportamentales:

Comportamiento sexual inapropiado para la edad: Presenta lenguaje que demuestra tener conocimientos sobre la sexualidad por encima de la edad de desarrollo y la experiencia exploratoria normal de los niños y las niñas.

Puede exhibir un comportamiento sexualizado (con expresiones o referencias frecuentes a la sexualidad o la genitalidad) para buscar atención o afecto de los adultos.

Depresión y desesperanza.

Ansiedad, inestabilidad emocional

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Autoestima disminuida
Agresividad y frustración. Dificultad para controlar sus impulsos y resolver conflictos.
Desórdenes de la alimentación.
Consumo de alcohol o drogas
Cambios en el rendimiento escolar.
Miedo a los adultos o a un adulto específico
Huidas del hogar
Terrores nocturnos, pesadillas u otros trastornos del sueño

Juventud, Adulthood y Vejez

Infecciones urinarias continuas.
Dificultad para caminar o sentarse, dolor o molestias en el área genital, sangrado en boca, ano o vagina
Depresión y desesperanza.
Ansiedad, inestabilidad emocional
Autoestima disminuida
Agresividad y frustración. Dificultad para controlar sus impulsos y resolver conflictos.
Desórdenes de la alimentación.
Consumo de alcohol o drogas
Conducta suicida

Gestantes

Adicional a los signos de juventud, adultez y vejez en mujeres gestantes se considera un signo diferencial de alerta:

Dificultades adaptación al embarazo
Poca o nula adherencia a los cuidados prenatales

Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCCNA)

Signos Físicos

Desórdenes de la alimentación y del sueño.
Se encuentran frecuentemente somnolientos y cansados físicamente.
Enfermedades de transmisión sexual en especial condilomas, sífilis, VIH, entre otras.
Embarazo precoz y/o abortos

Signos emocionales y comportamentales

Cambios en el rendimiento escolar. Abandono total o parcial de las actividades escolares.
Ambigüedad con relación a su orientación sexual.
Percepción y Atención disminuida.
Preocupación exagerada por la apariencia física
Tienen celulares, joyas y accesorios costosos en relación con su posibilidad económica.
Personas diferentes a sus padres los esperan a la salida del colegio en autos lujosos o las/os recogen taxis después de recibir llamadas al celular.

MALTRATO INFANTIL

Signos físicos

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Inflamaciones, Moretones, en cara, tronco o extremidades.
- Cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas: quemaduras con cigarrillos, plancha, líquidos.
- Heridas laceraciones en la boca.
- Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes, mal tratadas y mal cicatrizadas
- Fracturas nasales, dentales y en cavidad bucal.
- Dislocación o contusiones del hombro o del codo.
- Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización tienen que hacer sospechar el maltrato.

Signos emocionales y comportamentales

Depresión y desesperanza.

Ansiedad, inestabilidad emocional

Autoestima disminuida

Agresividad y frustración. Dificultad para controlar sus impulsos y resolver conflictos.

Desórdenes de la alimentación.

Consumo de alcohol o drogas

Cambios en el rendimiento escolar.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Signos físicos

- Inflamaciones, Moretones, en cara o extremidades.
- Heridas laceraciones en la boca.
- Fracturas nasales, dentales y en cavidad bucal.
- Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización tienen que hacer sospechar el maltrato.

Signos emocionales y comportamentales

Ansiedad, inestabilidad emocional

Autoestima disminuida

Depresión y desesperanza

Agresividad y frustración.

Dificultad para controlar sus impulsos y resolver conflictos.

Desórdenes de la alimentación.

Consumo de alcohol o drogas

Maltrato hacia hijos e hijas

Ante la identificación o sospecha de cualquier forma de violencia:

Si se es víctima o conoce a un niño, una niña o un adolescente víctima de violencia, dé aviso a las autoridades y comuníquese a cualquiera de las siguientes líneas:

Línea 123. Urgencias y Emergencias.

Línea 570 2072 Fiscalía

Línea 018000 816999 Fiscalía

Línea 018000 918080 – 6605520/30/40 ICBF

Línea 018000 112440 ICBF (violencia Sexual, Explotación Sexual Comercial)

Línea 195

Línea 106 “al alcance de niños, niñas y adolescentes”. Secretaría Distrital de Salud

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

www.policia.gov.co

www.integracionsocial.gov.co (Atención en línea Comisaría de Familia)


4. Bibliografía

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, artículos 1 y 2, Organización de Estados Americanos (1994).
- Directorio Institucional Ruta de Atención, Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, Bogotá, 2011.
- Guía de Atención al Menor Maltratado, resolución 412 de 2000.
- Guía de Atención a la Mujer Maltratada, resolución 412 de 2000
- Informe final de Explotación Sexual y Comercial de niños y niñas en Bogotá, elaborado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social 2001.
- Lineamientos Ámbito Escolar 2011. Ficha Acceso a servicios de salud (componente salud mental). En: Wiki PIC
- Manual Básico para el Diagnóstico y tratamiento Infantil. Isabel Cuadros. Convenio Asociación Afecto- SAVE THE CHILDREN. 2000
- Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Bogotá 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.
- Plan Distrital para la Atención Integral a los niños y las niñas víctimas de abuso y explotación sexual, Bogotá, 2007.
- Plan Nacional para la prevención y erradicación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes 2006-2011. ICBF - UNICEF - OIT – IPEC – Fundación Renacer. Bogotá – Colombia. 2006.
- Política Nacional de Constitución de paz y convivencia familiar. ICBF.
- Protocolo para el Abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud, SDS – UNFPA, 2008.
- http://www.satena.com/aym_document/aym_reglamentacion/PRESENTACION_ESCNNA.pdf
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Derecho a la salud mental en el nuevo POS

En el contexto del Plan Obligatorio de Salud; las personas que presenten un evento en salud mental; según el acuerdo 029 de 2011; tienen derecho a:

TITULO I COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

	<p>ARTÍCULO 17. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. <i>Atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase.</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ <i>≤30 sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología, año calendario.</i>➤ <i>≤30 terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología, año calendario.</i>
---	---

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	<p>ARTÍCULO 18. ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica.➤ Por pertinencia a criterio del tratante.➤ Adicionales a coberturas en artículos 17 y 24.
	<p>ARTÍCULO 22. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Atención de urgencias.➤ En el servicio de urgencias y en observación.➤ Esta atención cubre las primeras 24 horas, en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad
	<p>ARTÍCULO 24. INTERNACIÓN PARA MANEJO DE ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ En peligro para la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad.➤ Por prescripción específica del médico tratante y necesidades del paciente.➤ Internación ≤90 días (seguidos o fraccionados).➤ Sin perjuicio del criterio del tratante: preferencialmente, manejo en programa "internación parcial".

TITULO IV COBERTURAS ESPECIALES PARA LOS MENORES DE 18 AÑOS

	<p>ARTÍCULO 73. ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA DE MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de dieciocho (18) años cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para todo menor de edad víctima de violencia intrafamiliar debidamente certificada esa condición por la autoridad competente, de acuerdo con los límites establecidos en los artículos 17 y 24 del presente acuerdo. PARÁGRAFO. Estas coberturas son adicionales a las establecidas en salud mental para la población</p>
	<p>ARTÍCULO 74. CASOS DE ABUSO SEXUAL. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de dieciocho (18) años cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para todo menor de edad con diagnóstico confirmado o presuntivo de abuso sexual, de acuerdo con los límites establecidos, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24".</p>
	<p>ARTÍCULO 75. TRASTORNOS ALIMENTARIOS COMO ANOREXIA O BULIMIA. Sin perjuicio de las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud, todo paciente menor de dieciocho (18) años cuyo diagnóstico corresponda a un trastorno alimentario como anorexia o</p>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	<i>bulimia, tendrá derecho a recibir atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24</i>
	<i>ARTÍCULO 76. CASOS DE USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MENORES DE 18 AÑOS. Sin perjuicio de las evaluaciones y atenciones realizadas por profesionales de la salud, todo menor de dieciocho (18) años de edad que use sustancias psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24.</i>
	<i>ARTÍCULO 77. ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA DE MENORES CON DISCAPACIDAD. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de dieciocho (18) años de edad cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para todo menor de edad con discapacidad debidamente certificada esa condición por la autoridad competente, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24</i>

LEY 1438 DE 2011

TÍTULO VI DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. CAPÍTULO I

	<p><i>Artículo 54. Restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente, no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras, copagos u otros pagos para el acceso sin importar el régimen de afiliación.</i></p> <p><i>La atención por eventos de violencia física o sexual será integral, y los servicios serán prestados hasta que se certifique medicamente la recuperación de las víctimas. La prestación de servicios a las mujeres víctimas de violencias incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional en los términos de la Ley 1257 de 2008</i></p>
--	---

“Conocer la norma permite la exigibilidad del derecho a la salud”