Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Sistema de Información Científica

Zulma Urrego Mendoza

VICISITUDES DE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE SU TERAPEUTA, A LA LUZ DE LA LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXII, núm. 1, diciembre, 2003, pp. 47-54,
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615414005

Revista Colombiana de Psiquiatría,
ISSN (Versión impresa): 0034-7450
revista@psiquiatria.org.co
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

¿Cómo citar? | Fascículo completo | Más información del artículo | Página de la revista

www.redalyc.org
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

VICISITUDES DE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE SU TERAPEUTA, A LA LUZ DE LA LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Zulma Urrego Mendoza*

Resumen

A través de la presentación de un caso de violencia sexual en una menor, se presenta la debilidad del actual sistema de salud respecto a los servicios de apoyo a las víctimas de violencia, quienes potencialmente pueden desarrollan trastornos afectivos secundarios a sus experiencias. También ilustra los recursos exitosos que la sociedad ha desarrollado para enfrentar las limitaciones impuestas por el sistema. En el desarrollo del tema, una sección del artículo está dedicada al tratamiento de los trastornos mentales, como parte de las alteraciones de salud conocidas con el nombre de *enfermedad profesional*. Estas líneas pretenden ser una invitación a reflexionar y a redefinir el riesgo al que están expuestos en su vida diaria los profesionales que trabajan en el área de la salud mental.

Palabras clave: Salud mental, violencia sexual.

Title: Vicissitudes of a Sexual Abuse Victim and Her Therapist in the Legalization about Mental Health in Colombia.

Abstract

Through the presentation of a case of sexual violence to a minor, the weaknesses of the actual health system are exposed with regard to the support services to violence victims that can potentially develop affective disorders secondary to their experiences. It also illustrates the resources that society has developed, along with the successes it has had in facing the limitations imposed by the System. As part of the development of the topic, a portion of the article is dedicated to the treatment of mental disorders as part of health altera-tions known under the name of pro-fessional illness. These topics intend to invite reflection on and redefine the risk that professionals who work in the mental health area are exposed to every day.

***Key words**: Mental health, sexual violence.*

* Médica cirujana, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Candidata a Mg. Sc. Psicología Clínica y de la Familia, Universidad Santo Tomás. Médica psiquiatra en el Hospital del Sur ESE. Docente adscrita al Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia.

Caso

María acude al hospital más cercano a su vivienda en búsqueda de una consulta médica general y psicológica o psiquiátrica para su hija Sandra, de catorce años, quien viene presentando, desde hace varios meses, pesadillas diarias, disminución notable en su rendimiento escolar, irritabilidad y ansiedad casi constantes, indisciplina en clase, temor de permanecer sola, retraimiento social y evitación de cualquier tipo de contacto físico con sus amigos y familiares masculinos. Aunque a María le había llamado la atención la conducta de la niña y le había preguntado al respecto en varias ocasiones, no había obtenido respuesta alguna.

Finalmente, una de las profesoras de la niña llamó a María y le comunicó que Sandra le había comentado, después de una clase, que un vecino de cuarenta años venía abusando de ella; situación que había desencadenado todos los cambios de conducta percibidos en la niña.

De inmediato, la madre acudió con su hija a la Unidad de Delitos Sexuales de la Fiscalía, donde le recibieron la denuncia respectiva. La joven fue valorada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y en Bienestar Social, y se tomaron todas las medidas de protección que el caso ameritaba.

Desde allí fue remitida al hospital con una orden para "atención integral médica y psicológica para la niña y su núcleo familiar", que María presentó en la Oficina de Trabajo Social de la institución, la cual tenía contrato para prestación de servicios con la aseguradora de salud de Sandra y su madre, esperando que se le asignaran las respectivas citas.

Una vez revisada la remisión y los documentos de Sandra, la trabajadora social le informó a la madre que era posible brindar a la niña la atención médica solicitada, pero no la atención psicológica o psiquiátrica para ella y su familia, dado que pertenecían al régimen subsidiado de salud, con la niña en calidad de beneficiaria de su madre, y tal plan de beneficios no incluía ningún tipo de atención en salud mental.

Ante las protestas de la madre, la trabajadora social le comentó que las personas pertenecientes al régimen contributivo tampoco tenían derecho a ese tipo de atención; pues sólo se les reconocía la valoración inicial por psiquiatra o psicólogo, y que, por lo tanto, en caso de necesitarlo debían asumir luego el costo del tratamiento respectivo. Para ilustrar lo anterior, le comentó a la madre su propio caso, ya que como trabajadora social que atendía diariamente a personas víctimas de violencia sexual, se había visto expuesta de manera indirecta a tales situaciones y había

desarrollado síntomas similares a los descritos por Sandra, por lo cual había consultado a su EPS, donde sólo se le autorizó una valoración psicológica, después de la cual la trabajadora social debió asumir de manera particular los costos de su atención en salud mental.

Ella le sugirió a María pagar consultas particulares para su hija en el hospital, que disponía de servicios de psiquiatría y psicología, sugerencia que no pudo ser aceptada por la madre por falta de recursos económicos. Por lo tanto, decidió emprender una acción de tutela para lograr la atención de su hija con cargo a su aseguradora de régimen subsidiado.

Preguntas y respuesta a las preguntas del caso

En primer lugar, de acuerdo con la legislación vigente en Colombia, ¿cuáles son los servicios de salud a los que tiene derecho una persona que desarrolla síntomas psiquiátricos como consecuencia de haber sido víctima de un delito sexual?

En torno al caso clínico que nos ocupa, la Ley 100 de 1993 (1), que incluye la reglamentación vigente para la atención en salud de los colombianos, contiene elementos para brindar atención en salud mental a la joven, aunque reconocidos de manera poco clara para alguien perteneciente al régimen subsidiado; esta situación implica que en muchas ocasiones se deja de brindar a estas personas los derechos constitucionales que les corresponden, los cuales deben entrar a reclamar por vía de acción de tutela.

En el caso específico de los contenidos de los planes de beneficios en salud mental reconocidos para los colombianos, y a la luz del caso clínico presentado, queda la inquietud en torno a cómo se podría continuar prestando el servicio de salud mental a la niña en cuestión después de que se cumpliera el período de treinta días, correspondiente a la llamada atención de la crisis. La experiencia clínica muestra que en la mayoría de los casos de supervivientes de delitos sexuales el apoyo terapéutico requerido, a través de intervenciones de psicoterapia y farmacoterapia, a menudo necesita períodos mucho más prolongados que los estipulados actualmente por la ley, en la cual explícitamente se excluyen las actividades de internación, cuidado y rehabilitación del paciente crónico (categoría dentro de la cual en muchas ocasiones podría ubicarse el cuadro clínico residual de secuelas psicológicas y psiquiátricas que acompaña a los supervivientes de delitos sexuales). Igualmente, queda planteada la inquietud en torno a la necesidad potencial de recurrir al mismo procedimiento jurídico, en el caso de que la niña necesitara para su recuperación procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre

ellos medicamentos, que se encuentren fuera de lo reglamentado por la Ley 100.

Para finalizar, es importante señalar que en el caso de víctimas de delitos sexuales, existe en Colombia una legislación específica que protege sus derechos, representada por la Ley 360 de 1997, modificada por la Ley 599 del 2000, que en su artículo 15 consagra los derechos de las víctimas de delitos sexuales, a saber:

- Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
- Ser informadas acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
- Ser informadas de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
- Tener acceso gratuito a los siguientes servicios: examen y tratamiento tanto para la prevención de enfermedades venéreas, incluido el VIH y sida, como para traumas físicos y emocionales y recopilación de pruebas médico-legales.
- Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella(él) y su familia, atendido por personal calificado.
- Ser informadas sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de perjuicios ocasionados con el delito.
- Recibir información y tratamiento sobre anticoncepción de emergencia.

Las personas quedan desprotegidas en cuanto a la atención en salud mental que requieran después de superada la fase aguda. Sin embargo, la Constitución Política de Colombia (2) reconoce mecanismos para tutelar los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la igualdad, a la seguridad social, entre otros, a los cuales pueden acudir las personas en procura de conseguir la atención integral en salud que necesiten cuando les sea imposible conseguir por otros medios la prestación de tales servicios, independientemente de lo exceptuado por la Ley 100 de 1993, ya que existe una voluminosa jurisprudencia favorable al respecto.

En segundo lugar, dentro del marco de los derechos humanos y constitucionales que asisten a los Colombianos, ¿cómo se encuentra protegida la usuaria del caso clínico presentado cuando no le son brindados los servicios de salud mental que requiere?

A la luz de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 10 de diciembre de 1948 (3), para todos los países

miembro se considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los integrantes de la familia humana. Entre todos los derechos reconocidos en tal declaración, tendrían especial aplicación al caso clínico expuesto aquellos concernientes a la libertad e igualdad de derechos de todos los seres humanos, sin distinción alguna (artículos 1 y 2); al derecho inalienable que todo individuo tiene a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (artículo 3); al derecho de todos los humanos a recibir igual protección de la ley (artículo 7); al derecho que toda persona tiene a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y por la ley (artículo 8); así como al derecho que asiste a cualquier persona a quien se le aseguren la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (artículo 25).

La Constitución Política de Colombia de 1991 reconoce y ratifica la mencionada declaración, y para el caso en mención recoge los derechos humanos mencionados en su proclamación del derecho constitucional fundamental a la vida (artículo 11), derecho a la igualdad (artículo 13), derecho a la protección especial para personas adolescentes (artículo 45), derecho a la seguridad social (artículo 48), derecho a la atención de salud y saneamiento ambiental (artículo 49) y derecho a interponer acción de tutela (artículo 86); derechos todos ellos reconocidos y ratificados por la legislación colombiana como parte de tratados internacionales al tenor del artículo 93 de nuestra Carta Política.

En tercer y último lugar, ¿cuál es la situación de los trabajadores, desde el punto de vista del reconocimiento y manejo de las enfermedades profesionales, desarrolladas en el ámbito de la salud mental?

Un aspecto colateral, enunciado en el caso clínico y que vale la pena abordar, es el de los síntomas postraumáticos expresados por la trabajadora social, los cuales, según ella, ha adquirido en virtud de su exposición ocupacional frecuente e indirecta a casos de víctimas de delitos sexuales, y con lo cual se le configuró un posible trastorno por estrés postraumático. De acuerdo con ese criterio, el cual señala que la característica esencial de ese trastorno es la aparición de sus síntomas más representativos, bien en una persona que se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, bien cuando el individuo es testigo de un acontecimiento de tales características en otras personas o bien como en el caso de nuestra trabaja-

dora social, cuando el individuo conoce a través de otra persona acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daños serios o peligro de muerte o heridas graves –criterio A1 para el trastorno por estrés postraumático– (3).

Recordemos que según el caso clínico, la trabajadora social acudió a su EPS para solicitar atención para sus síntomas, probablemente postraumáticos, y recibió solamente la valoración inicial, por lo cual tuvo que continuar por cuenta propia, con el resto del tratamiento requerido, dado que se le informó que su plan de beneficios en salud no incluía más atenciones de tal tipo.

En la discusión concerniente a la niña, ya se clarificó que el POS debía de haberla cobijado, al menos, en cuanto a la atención de la fase aguda de su padecimiento, o que, en su defecto, la Constitución Política Nacional le brindaría elementos para poder conseguir las demás atenciones en salud que requiriera, en caso de no obtenerlas por otros medios.

No obstante, dado que los síntomas de la trabajadora social aparecieron en razón de su exposición ocupacional a un factor de riesgo para el trastorno por estrés postraumático, constituido por el relato que sus consultantes frecuentemente le hacían sobre los delitos sexuales que habían sufrido –relatos que contenían los componentes de conocimiento a través de otra persona de acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves–, el caso es remitido de inmediato a la legislación vigente en Colombia en torno a las enfermedades profesionales reconocidas como tales en el campo de la salud mental (4).

En tales normas se establece un listado de entidades reconocidas como enfermedades profesionales, dentro de las cuales, en el campo de la salud mental, solamente se incluyen las llamadas *patologías causadas por estrés en el trabajo,* identificadas como resultantes de trabajos con sobrecarga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para su ejecución o trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo, así como trabajos con técnicas de producción en masa, repetitivos o monótonos, o combinados con ritmo o control impuesto por máquinas.

Del mismo modo, se ubican aquí los trabajos por turnos, nocturnos, y con estresantes físicos con efectos psicosociales que produzcan estados de ansiedad y depresión, infarto del miocardio o cualquier otra urgencia cardiovascular, hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica grave o colon irritable.

En caso de que los profesionales de la salud que atendieron a la traba-

jadora social del caso clínico en su EPS consideraran que sus síntomas postraumáticos correspondían con las descripciones señaladas por la legislación, se haría necesario que efectuaran la respectiva notificación y remisión de una posible enfermedad profesional de tipo mental al respectivo grupo interdisciplinario de medicina laboral de la entidad, para que desde allí se evaluara el caso y, de encontrarse pertinente, se realizara la remisión correspondiente a la administradora de riesgos profesionales (ARP) de la trabajadora social, para que fuera la ARP quien asumiera los costos correspondientes de atención y demás a que hubiera lugar.

Sin embargo, probablemente el cuadro clínico del trastorno por estrés postraumático sufrido por la trabajadora social en razón de sus labores no se refleja claramente en lo descrito explícitamente por las normas mencionadas, por lo cual tal enfermedad sería asumida como de origen común, a menos que ella lograra establecer una relación de causalidad entre sus factores de riesgo ocupacionales y los síntomas postraumáticos que presenta.

Tal relación de causalidad puede establecerse cuando concurren la presencia de un factor de riesgo causal ocupacional en el sitio de trabajo, al cual estuvo expuesto el trabajador, y la presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente, relacionada con ese factor de riesgo, en ausencia de detección de la entidad clínica durante el examen preocupacional efectuado al trabajador, excepto que se cuente con la demostración, con ayuda de mediciones ambientales o evaluaciones de indicadores biológicos específicos, que la exposición al factor de riesgo fue insuficiente para causar la enfermedad.

Desde el punto de vista clínico, resulta verosímil asumir que puede aparecer un trastorno de estrés postraumático como resultado de la exposición ocupacional a vivencias directas o relatos de situaciones, como las mencionadas en el criterio A1 del DSM-IV, para tal trastorno. Sin embargo, existen pocos indicios epidemiológicos al respecto, lo cual genera una brecha en cuanto al posible reconocimiento de tal entidad como una enfermedad profesional en la trabajadora social de nuestro caso clínico.

Queda pendiente estimular la investigación en torno al tema de los efectos del estrés ocupacional de los trabajadores de la salud mental sobre su propia salud mental, para subsanar tal brecha en el futuro (5).

Bibliografía

1. República de Colombia. Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.

2. República de Colombia. Constitución política de 1991, actualizada hasta la reforma de 2001.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4th. ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.

4. República de Colombia, Resolución 2569 de 1999, Decreto 1295 de 1994 y Decreto 1832 de 1994.

5. República de Colombia, Ministerio de Salud. Definición de líneas de investigación en salud mental. Bogotá; 1990. p. 3-77.