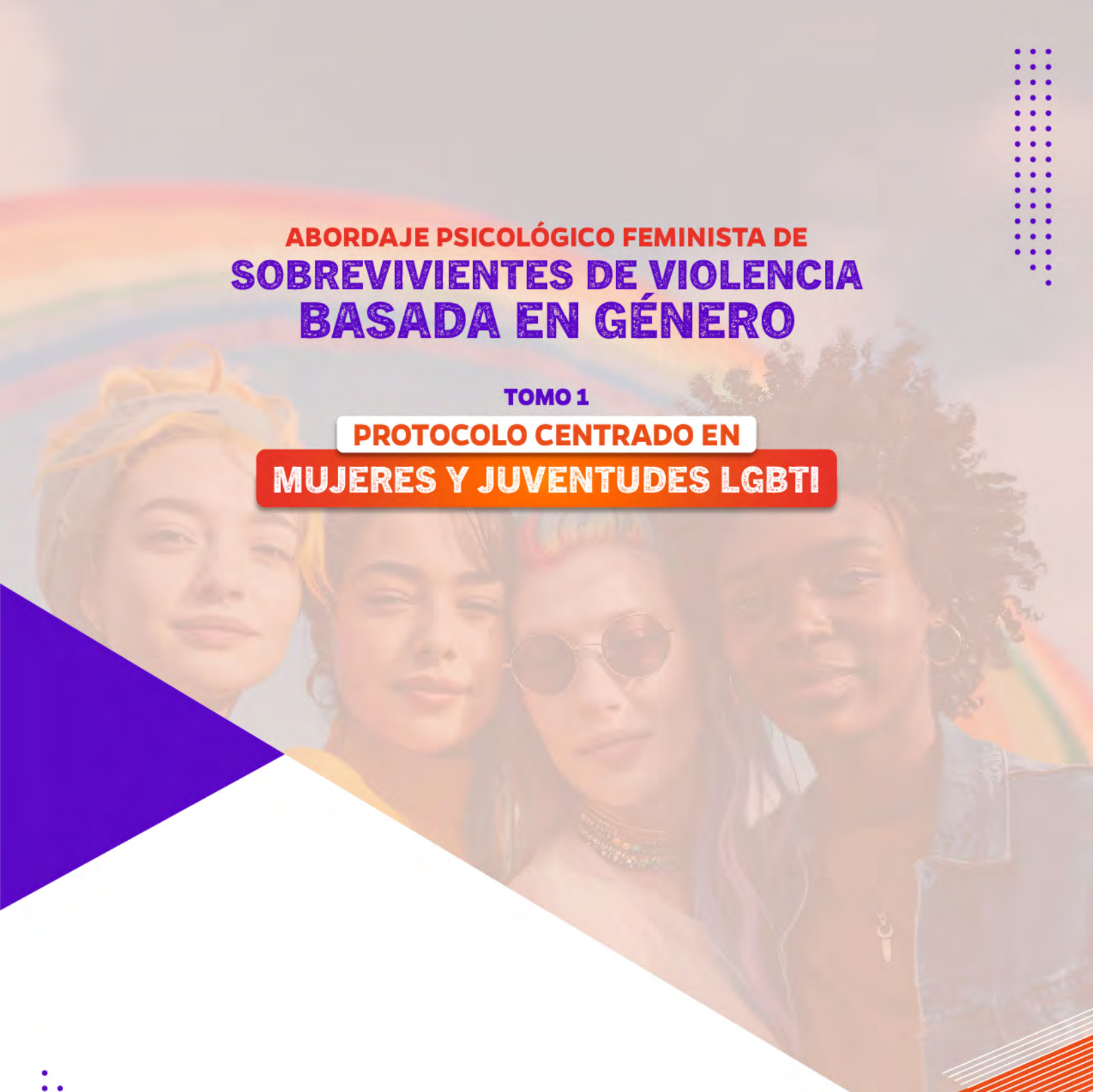
ABORDAJE PSICOLÓGICO FEMINISTA DE SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

TOMO 1

PROTOCOLO CENTRADO EN MUJERES Y JUVENTUDES LGBTI



AVESA
Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa

PLAFAM
Asociación Civil de Planificación Familiar

Caracas, mayo 2026

SERIE NARANJA

Este protocolo forma parte del proyecto:
"Juntas por la atención a víctimas de violencia basada en género en Venezuela",
desarrollado por la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA)
y la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM), con el apoyo financiero de la Unión Europea

Coordinadora del Proyecto:
Magdymar León Torrealba

Asistente a la Coordinación del Proyecto:
Neiva Hernández

Autoras:
Dorennys Angulo
Marisela Azpúrua
Magdymar León Torrealba

Equipo de Validación:
Clara Astorga, doctora en psicología, presidenta
de la Federación de Psicólogos de Venezuela (FPV).

Cristina Otálora, doctora en psicología, profesora titular
del Instituto de Psicología (UCV) y coordinadora de Investigación
del Centro de Estudios de la Mujer (CEM-UCV).

Nancy Bello, médica, psiquiatra y psicoanalista;
directora de MUDERES (Mujeres por los Derechos).

Susana Medina, psicóloga social e investigadora venezolana;
directora de Programas de la Alianza Fòs Feminista.

Yurbin Aguilar, psicóloga clínica y magíster
en Estudios de la Mujer por la UCV.

Gabriela Malaguera González, psicóloga y magíster
en Estudios de la Mujer por la UCV.

Beatriz A. Montenegro N., psicóloga psicoanalista
de orientación lacaniana, egresada de la UCV. Miembra del Foro
Lacaniano de Venezuela (FCLV), afrovenezolana y afrofeminista.

Edición de Estilo:
Belkis Lugo

Diseño Gráfico:
Elisa Machado Martínez

«La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero
de la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva de AVESA y PLAFAM
y no necesariamente refleja los puntos de vista de la Unión Europea»

Mayo, 2026
Depósito legal N° 978-980-8021-23-3

Contenido

Presentación 5

Introducción 7

1. Consideraciones para la implementación del protocolo 9
- 1.1. Población destinataria de atención 9
- 1.2. Metodología de elaboración del protocolo 10
- 1.3. Propósito y objetivos del protocolo 11

2. Enfoque conceptual y epistemológico 12
- 2.1. Psicología feminista como marco ético-político fundamental 12
- 2.2. Enfoques rectores y principios 15

3. Comprensión ampliada de la violencia basada en género 20
- 3.1. Violencia basada en género 20
- 3.2. Tipos de violencia basada en género 22
  - 3.2.1 Violencias específicas hacia juventudes LGBTI 26
- 3.3. Manifestaciones, dinámicas de la violencia e impactos en la salud mental 27
  - 3.3 1 Dinámicas y manifestaciones de la violencia 27
  - 3.3.2 Impactos en la salud mental y la vida social 27
  - 3.3.3 Lesiones autoinfligidas no conducentes al suicidio 28

4. Marco jurídico para la atención psicológica integral 29
- 4.1. Estándares internacionales en violencia basada en género 29
- 4.2. Marco jurídico venezolano 30
- 4.3. Consideraciones jurídicas del abordaje psicológico 31

5. Condiciones del proceso terapéutico 33
- 5.1. Profesionales de psicología y su rol 33
  - 5.1.1 Habilidades personales y competencias profesionales 34
  - 5.1.2 Reflexión y consciencia de género 34
  - 5.1.3 Lenguaje y posicionamiento ético 36
- 5.2. Reflexividad, poder terapéutico y ética feminista 36
- 5.3. El espacio terapéutico como dispositivo de cuidado y seguridad 38
- 5.4. Supervisión, autocuidado y cuidado del equipo 38

6. Modelo integral de atención psicológica feminista 42
6.1. Fundamentos 42
6.2. Abordajes transversales del modelo integral de atención feminista 44
6.2.1 Abordaje psicoterapéutico 44
6.2.2 Abordaje psicojurídico 46
6.2.3 Abordaje psicosocial y psicoeducativo 47
6.3. Consideraciones específicas para la atención de juventudes LGBTI 50
6.3.1 Violencias diferenciadas y riesgos específicos 50
6.3.2 Principios afirmativos y confidencialidad reforzada 51
6.3.3 Tensiones éticas y legales en la atención a juventudes LGBTI 51
6.4. Dimensiones del abordaje psicológico 52
6.4.1 Construcción de seguridad y reconocimiento 52
6.4.2 Comprensión crítica y desnaturalización de la violencia 56
6.4.3 Elaboración subjetiva, emocional y corporal 58
6.4.4 Recuperación de la agencia y la autonomía 61
6.4.5 Articulación con justicia, redes y recursos comunitarios 62
6.4.6 Cierre simbólico, continuidad y puertas abiertas 65

7.Modelo de evaluaciones e informes psicológicos 67
7.1. Finalidad del informe psicológico legal 67
7.2. Estructura del informe psicológico legal 68
7.3. Criterios de lenguaje y extensión 70
7.4. Consideraciones específicas para personas jóvenes LGBTI 70
7.5. Cierre formal y carta de remisión 71

8. Rol, posicionamiento y responsabilidad de la institución 72
8.1. Excepciones a la confidencialidad 74
8.2. La provisión de servicios de manera remota 74
8.3. Criterios de calidad de atención – Monitoreo y retroalimentación 75
8.4. Gestión de riesgos institucionales 75
8.5. Planes de seguridad 75
8.6. Resguardo seguro de historias clínicas 77

Referencias bibliográficas 78

Índice de tablas

Tabla 1.
Tipos de violencias contra las mujeres basadas en género 25

Tabla 2.
Tipos de violencia contra juventudes LGBTI basadas en género 26

Tabla 3.
Abordajes transversales del modelo integral de atención psicológica feminista 49

Tabla 4.
Abordaje psicológico: Construcción de seguridad y reconocimiento 56

Tabla 5.
Abordaje psicológico: Comprensión crítica y desnaturalización de la violencia 57

Tabla 6.
Abordaje psicológico: Elaboración subjetiva, emocional y corporal 60

Tabla 7.
Abordaje psicológico: Recuperación de la agencia y la autonomía 62

Tabla 8.
Abordaje psicológico: Articulación con justicia, redes y recursos comunitarios 64

Tabla 9.
Abordaje psicológico: Cierre simbólico, continuidad y puertas abiertas 65

Presentación

El presente protocolo se inscribe en el marco del proyecto “Juntas por la atención a víctimas de violencia basada en género en Venezuela”, una iniciativa desarrollada de manera conjunta por AVESA y PLAFAM, con el apoyo de la Unión Europea en Venezuela, que tiene por objetivo, promover la protección y defensa de los derechos humanos de las mujeres, con énfasis en las sobrevivientes de violencia basada en género.

En Venezuela, la violencia basada en género se manifiesta en múltiples formas y se ve agravada por las limitaciones estructurales del sistema de justicia, barreras de acceso a servicios especializados y la persistencia de patrones socioculturales que tienden a invisibilizarla o justificarla. En este escenario, las personas sobrevivientes enfrentan no solo la experiencia traumática de la violencia, sino también procesos de revictimización, impunidad y desprotección institucional.

Frente a esta realidad, el proyecto plantea una respuesta integral que combina la ampliación de servicios de atención psicológica y legal con el fortalecimiento de capacidades de las organizaciones que trabajan en la materia. En este contexto, el desarrollo de protocolos especializados constituye una estrategia central para mejorar la calidad, coherencia y pertinencia de la atención brindada a las personas que han vivido violencia basada en género (VbG).

Este protocolo dirigido a mujeres y juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género es el número 1 de la Serie Naranja, que está integrada por 4 instrumentos desarrollados en el marco del proyecto, todos orientados a fortalecer la atención psicológica desde un enfoque especializado e interseccional. El segundo protocolo es sobre la atención psicológica a mujeres con discapacidad, el tercero es para la atención a mujeres que viven con VIH y el cuarto está enfocado en mujeres indígenas. En su conjunto, buscan responder a las particularidades y condiciones diferenciadas de grupos de mujeres que enfrentan formas agravadas de vulnerabilidad, contribuyendo a una atención más pertinente, inclusiva y contextualizada.

La serie se concibe como una herramienta técnica y ética que orienta la práctica profesional en la atención psicológica, integrando los aprendizajes acumulados por ambas organizaciones, así como los estándares internacionales en materia de derechos humanos y atención a la violencia basada en género. Su propósito no es establecer una ruta rígida o prescriptiva, sino ofrecer un marco de referencia que contribuya a la toma de decisiones informadas, contextualizadas y sensibles a las necesidades de cada persona.

El documento reconoce que la violencia basada en género no es un fenómeno aislado, sino una expresión de relaciones desiguales de poder históricamente construidas, que se intersectan con otras formas de desigualdad como la pobreza, la edad, la discapacidad, la pertenencia étnica o la orientación sexual. En consecuencia, adopta un enfoque interseccional que permite comprender la complejidad de las experiencias de las sobrevivientes y orientar intervenciones diferenciadas y pertinentes.

Asimismo, se fundamenta en los principios de la psicoterapia feminista, que sitúan a la persona en su contexto social, político y cultural, reconociendo el impacto del patriarcado y otras estructuras de dominación en la configuración de la subjetividad y el sufrimiento. Desde esta perspectiva, la atención psicológica no se limita al abordaje sintomático del trauma, sino que promueve procesos de resignificación, fortalecimiento de recursos personales y recuperación del poder de decisión de las mujeres sobre sus vidas.

El protocolo está dirigido tanto al equipo de profesionales que brinda atención directa como a organizaciones e instituciones que requieren herramientas para mejorar sus prácticas. Su alcance trasciende el espacio clínico, en tanto también busca incidir en la construcción de respuestas institucionales más humanas, integrales y respetuosas de los derechos de las personas que han vivido violencia.

No obstante, es importante señalar que tiene límites claros: no sustituye el criterio clínico ni la experiencia profesional, ni pretende homogeneizar las intervenciones en contextos diversos. Por el contrario, invita a una aplicación reflexiva, crítica y contextualizada, que tenga en cuenta las particularidades culturales, territoriales y subjetivas de cada caso.

En suma, representa una apuesta por elevar los estándares de atención, reducir la revictimización y contribuir a la construcción de un sistema de respuesta más articulado y efectivo frente a la violencia basada en género en Venezuela. Su desarrollo y socialización forman parte de un esfuerzo más amplio por transformar las prácticas institucionales y avanzar hacia una sociedad donde las mujeres puedan vivir libres de violencia.

AVESA

Introducción

El Protocolo de atención psicológica a mujeres y juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género, presenta un modelo integral de atención psicológica feminista, construido a partir de la experiencia acumulada en la atención directa de casos de violencia basada en género por dos instituciones con amplia trayectoria: AVESA y PLAFAM. Su propósito va más allá de sistematizar esta experiencia; busca ofrecer una herramienta técnica, práctica y validada para que otras instituciones y profesionales de la psicología, cuenten con recursos para el abordaje psicoterapéutico de esta compleja problemática. Propone una atención especializada desde la psicología feminista, sensible, respetuosa y transformadora sustentada en los derechos humanos y la interseccionalidad.

Aun cuando durante los últimos años se han venido consolidando múltiples estrategias institucionales de prevención y respuesta que se articulan, entre ellas (rutas de denuncia, protección y acompañamiento psicosocial), persiste en la actualidad una limitada oferta de atención psicológica especializada, que integre de manera técnica y rigurosa los criterios técnicos, éticos y políticos acordes con la complejidad que exige el abordaje de la violencia basada en género. Como señala el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA, 2024} "los servicios de salud mental especializados son el aspecto más crítico, ya que ninguno de los territorios lo reporta como logrado. La oferta institucional no cubre la demanda y, en las organizaciones de la sociedad civil, la respuesta está limitada a la atención de emergencia" (p. 13). En base a esto se podría decir, que la mayoría de los servicios se concentran en los primeros niveles de atención (acogida, contención básica, derivación), con reducida posibilidad de atención al impacto psicológico del trauma. Sumado al hecho de que las mujeres y juventudes LGBTI atendidas han expresado de manera consistente la necesidad de contar con mayores tiempos de atención y procesos terapéuticos más profundos (IASC, 2017).

Este protocolo ofrece una forma específica de comprender la violencia basada en género, interpretada como una manifestación de relaciones desiguales de poder que sostienen la subordinación de las mujeres y diversidades sexo-genéricas (Esperanza Bosch-Fiol & Victoria Ferrer-Pérez, 2022)[1]. Por ello, el modelo de atención psicológica que aquí se propone no busca solo aliviar síntomas, sino contribuir a la reconstrucción de proyectos de vida desde un enfoque que respete la dignidad, la diversidad y la autonomía de quienes han sobrevivido a la violencia.

Fundamentalmente pretende ser un instrumento práctico y dinámico, con lineamientos claros y orientaciones técnicas que trascienden la atención centrada solo en la crisis, para promover los procesos de reparación profunda y el fortalecimiento del poder personal (Esperanza Bosch et al., 2005), priorizando la seguridad emocional, el empoderamiento y la agencia de las propias decisiones de las mujeres y las juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género.

1 Para este Protocolo, se emplea por razones políticas el formato Nombre + Apellido dentro del texto. Esta decisión responde a una mirada feminista para visibilizar a las mujeres como productoras de conocimiento. Y con el fin de cumplir con los estándares internacionales de indexación (Normas APA 7ma edición) para facilitar la búsqueda técnica de las fuentes, se mantendrá el formato normativo de apellido e inicial del nombre, en las referencias bibliográficas.

Para facilitar su aplicación práctica, está organizado en ocho apartados articulados de la siguiente manera:

CAPÍTULO 1. Consideraciones para la implementación: expone el propósito e importancia del documento, describe la metodología utilizada para su elaboración y define la población destinataria.

CAPÍTULO 2. Enfoque conceptual y epistemológico: desarrolla el marco teórico que orienta el modelo de atención psicológica feminista a ser compartido; la psicología feminista como marco ético-político fundamental, el enfoque de derechos humanos, interseccionalidad, el enfoque centrado en la persona sobreviviente, la diversidad sexo-genérica y el principio de no revictimización y justicia restaurativa.

CAPÍTULO 3. Comprensión ampliada de la violencia basada en género: presenta la definición, tipos, manifestaciones y dinámicas de la violencia, así como sus impactos en la salud mental y en la vida social de las personas sobrevivientes.

CAPÍTULO 4. Marco jurídico para la atención psicológica integral: sintetiza los estándares internacionales en la materia y el marco jurídico venezolano, incluyendo los principales instrumentos que protegen el derecho de las mujeres y de las juventudes LGBTI, también incorpora las normativas deontológicas y bioéticas aplicables al ejercicio de la psicología en Venezuela.

CAPÍTULO 5. Condiciones del proceso terapéutico: describe algunas condiciones que influyen en el proceso y que requieren ser desarrolladas para alcanzar los objetivos de la atención; el rol de profesional de la psicología, la reflexión ética, el espacio terapéutico como dispositivo de cuidado y seguridad, las orientaciones para la supervisión y unas recomendaciones de autocuidado profesional.

CAPÍTULO 6. Modelo integral de atención psicológica feminista: describe en detalle el modelo de atención propuesto, su articulación con los abordajes psicoterapéutico, psicojurídico, psicosocial y psicoeducativo. Incluye condiciones mínimas necesarias para garantizar una implementación efectiva y consideraciones específicas para la atención de las juventudes LGBTI y las dimensiones del modelo de atención.

CAPÍTULO 7. Modelo de evaluaciones e informes psicológicos: presenta criterios y lineamientos para la elaboración de evaluaciones e informes psicológicos con fines legales.

CAPÍTULO 8. Rol, posicionamiento y responsabilidad de la institución: recoge responsabilidades institucionales; criterios de calidad de la atención, monitoreo y retroalimentación, gestión de riesgos institucionales.

Este protocolo se convierte así en una herramienta que sistematiza saberes, marcos teóricos y estrategias prácticas para favorecer una atención psicológica feminista. Ha sido elaborado con el deseo de contribuir con el trabajo de todas las organizaciones y profesionales de la psicología que tengan el interés y disposición de adentrarse en este campo de brindar atención psicológica feminista a mujeres y juventudes LGBTI. Pero, sobre todo, busca favorecer el éxito terapéutico de las personas sobrevivientes, al transitar el camino de su recuperación.

Capítulo 1.

Consideraciones para la implementación del protocolo

En este apartado se describen algunos elementos clave que resultan útiles para guiar la implementación del protocolo: la población destinataria, la metodología participativa y feminista empleada para su elaboración, así como el propósito y los objetivos que orientan su uso. La descripción de estos aspectos busca facilitar una aplicación adecuada, sensible y sostenible.

Es importante destacar que la implementación no debe concebirse como un proceso estático ni meramente técnico. Requiere reconocer quiénes intervienen, desde qué roles y con qué recursos, para garantizar una atención adecuada a las necesidades específicas del contexto y las características de las personas sobrevivientes. Se parte de la premisa de que todo modelo puede enriquecerse permanentemente con los saberes de otras organizaciones; ningún servicio comienza desde cero, sino que se construye sobre trayectorias previas (DEMUS, 2010). Por ello, nos encontramos ante una propuesta dinámica, en permanente revisión y reconstrucción.

1.1 Población destinataria de atención

La población destinataria de este protocolo está conformada por mujeres adultas y juventudes LGBTI que han vivido situaciones de violencia basada en género en cualquiera de sus manifestaciones (psicológica, física, sexual, económica, digital, simbólica, institucional, entre otras).

El modelo de atención psicológica propuesto se sustenta en un marco de actuación común, dado que ambos grupos comparten el ser sobrevivientes de violencia basada en género. Pero al mismo tiempo, invita a reconocer las particularidades contextuales y biográficas asociadas a la experiencia traumática en cada grupo, así como sus riesgos específicos y necesidades diferenciadas de reparación.

- **Las mujeres** continúan siendo el colectivo más afectado por la violencia machista estructural, que opera como herramienta de control, dominación y subordinación del sistema patriarcal. Con frecuencia enfrentan estigmas de género, aislamiento social y barreras económicas, lo que debilita sus redes de apoyo y limita sus posibilidades de romper el ciclo de violencia. A nivel psicológico, la experiencia suele traducirse en deterioro de la autoestima, pérdida de autonomía, dificultades en la toma de decisiones y una mayor vulnerabilidad frente a trastornos como la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático (Hernández-Flórez et al., 2024; De Lemos Schuler citado en Espinoza, Valeria y Mosquera, Carlos, 2024).

- En el caso de **las juventudes LGBTI**, se suman los impactos derivados de la discriminación basada en la orientación sexual, la identidad o la expresión de género, incluyendo la negación y el rechazo de sus identidades, así como la exclusión en entornos familiares, educativos, laborales y comunitarios. La violencia suele ejercerse como castigo por desafiar la heteronormatividad, y se asocia a mayor prevalencia de ideación e intentos suicidas, consumo de sustancias y dificultades para acceder a servicios de salud mental sensibles (Meyer, 2003; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

Este protocolo se centra específicamente en mujeres y juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género que solicitan o aceptan atención psicológica. La atención debe ser técnica y clínicamente fundamentada, pero, sobre todo, sensible a sus identidades, derechos, trayectorias de vida y contextos culturales, procurando no revictimizar y promoviendo activamente su capacidad de agencia (Esperanza Bosch et al., 2005).

1.2 Metodología de elaboración

El modelo de atención psicológica presentado se construyó a partir de un proceso metodológico de sistematización participativa que integró tres fuentes principales de información: la experiencia acumulada de los equipos clínicos, la revisión bibliográfica especializada y el trabajo articulado de un equipo redactor.

En una primera fase, se realizaron entrevistas en profundidad a psicólogas de AVESA y PLAFAM con trayectoria en la atención a mujeres y población joven LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género. Esto permitió recuperar saberes situados, identificar prácticas consolidadas, reconocer desafíos recurrentes en el trabajo clínico y visibilizar tensiones éticas presentes en la atención cotidiana. La experiencia directa de las profesionales constituyó el núcleo vivo del proceso de sistematización.

Paralelamente, se hizo una revisión bibliográfica especializada que aportó fundamentos teóricos, marcos conceptuales y referencias técnicas sobre psicología feminista, violencia basada en género, enfoque interseccional y estándares internacionales de calidad en la atención. Esto permitió contrastar la práctica institucional con la producción académica y normativa existente, asegurando rigor conceptual y coherencia con estándares internacionales.

A partir de estos insumos, se constituyó un equipo de trabajo responsable de la redacción y articulación del documento. Marisela Azpúrua, psicóloga clínica e investigadora social, asumió la redacción principal del protocolo, integrando de manera sistemática los aportes provenientes de las entrevistas realizadas y de la revisión bibliográfica especializada. Este proceso contó con el acompañamiento directo y las orientaciones técnicas de Dorennys Angulo, abogada experta en género, quien no solo aportó el análisis jurídico feminista y la integración del marco normativo, sino que también participó activamente en la redacción y revisión de las secciones vinculadas a las implicaciones jurídicas del abordaje psicológico.

Por su parte, Magdymar León Torrealba, psicóloga feminista y directora de AVESA, brindó orientación clínica, conceptual y estratégica para asegurar la coherencia del modelo con la epistemología feminista y la experiencia acumulada en la atención psicológica especializada.

Participó también en la redacción y ajuste de diversos apartados relacionados con el enfoque conceptual, las condiciones del proceso terapéutico y el modelo integral de atención. De esta forma, el documento final es el resultado de un trabajo colaborativo. La sistematización fue concebida como una metodología participativa que permitió recuperar, ordenar y analizar de manera crítica y colectiva, los conocimientos generados a lo largo de años de práctica clínica y de gestión de casos en ambas instituciones. Este enfoque resulta coherente con la epistemología feminista e interseccional, que reconoce el valor de los saberes situados y la construcción colectiva del conocimiento como base para el desarrollo de modelos de intervención contextualizados (Esperanza Bosch et al., 2005).

Como parte del proceso y garantía de calidad, el documento fue sometido a un proceso de validación de expertas, quienes, desde sus trayectorias en psicología y atención a la violencia basada en género, revisaron de manera crítica los contenidos, enfoques y lineamientos propuestos. Esta permitió identificar oportunidades de mejora y afinar aspectos conceptuales y técnicos, asegurando pertinencia, claridad y aplicabilidad en el país.

El resultado de todo este proceso es un documento que integra experiencia práctica, fundamento teórico y marco normativo, que reúne buenas prácticas orientadas a ofrecer lineamientos técnicos claros para una atención psicológica feminista.

1.3 Propósito y objetivos

El propósito del protocolo es ofrecer un modelo integral de atención psicológica feminista e interseccional, basado en la experiencia acumulada y los saberes de instituciones especializadas venezolanas como AVESA y PLAFAM. Sus objetivos son:

- Fundamentar la práctica clínica desde la psicología feminista, los derechos humanos y la interseccionalidad, reconociendo la violencia basada en género como un fenómeno estructural, basado en relaciones desiguales de poder.
- Implementar un modelo de atención integral que articule de manera flexible los abordajes psicoterapéutico, psicojurídico, psicosocial y psicoeducativo, priorizando la seguridad, la autonomía progresiva y la no revictimización institucional.
- Promover procesos terapéuticos profundos que trasciendan la atención inmediata o de crisis, favoreciendo la reparación subjetiva y emocional, el empoderamiento y la reconstrucción de proyectos de vida libres de violencia y
- Establecer lineamientos técnicos claros que aseguren una atención psicológica integral feminista, que responda de manera diferenciada a las necesidades específicas de estas poblaciones.

Capítulo 2.

Marco conceptual y epistemológico

En este capítulo se describen los fundamentos teóricos, prácticos y ético-políticos que orientan el presente protocolo. Lejos de constituir un marco solo conceptual, definen una postura crítica frente a la violencia basada en género y orientan la práctica clínica hacia intervenciones sensibles, contextualizadas y comprometidas con la transformación de las desigualdades estructurales.

Se fundamenta en la epistemología feminista, que cuestiona las pretensiones de neutralidad, universalidad y objetividad del conocimiento científico tradicional. Parte del reconocimiento de que todo saber es situado, atravesado por relaciones de poder y por las condiciones históricas, sociales y culturales en las que se produce. En este sentido, el conocimiento que lo sustenta no se construye únicamente desde marcos teóricos; también se nutre de la experiencia acumulada y los aprendizajes generados en la práctica clínica de nuestras organizaciones AVESA y PLAFAM.

2.1 Psicología feminista como marco ético-político fundamental

El desarrollo de este protocolo se sustenta teóricamente en la psicología feminista, la cual reconoce que el malestar de las mujeres y personas jóvenes LGBTI no puede desligarse del contexto patriarcal que lo produce (Mabel Burín, 1995). Por lo tanto, asumir esta teoría implica tomar un posicionamiento claro respecto a que la violencia no es un hecho privado ni casual; es, sin duda alguna, un problema estructural arraigado en relaciones desiguales de poder.

La psicología feminista nos invita a brindar una práctica clínica comprometida con la justicia de género, lo que significa que se incorpora, de manera transversal con el enfoque de género y una mirada interseccional para analizar las dinámicas de violencia en toda su complejidad. Este enfoque teórico permite visibilizar las estructuras opresivas, desnaturalizar las relaciones asimétricas de poder y, sobre todo, rescatar la condición de sujeto de las mujeres y las juventudes LGBTI, tanto en su dimensión individual como colectiva.

Contar con un marco conceptual claro es esencial para orientar, dar coherencia y dirección al desarrollo y la práctica clínica del presente protocolo, por ello describimos los fundamentos centrales de la psicología feminista:

En la práctica clínica, la psicología feminista cuestiona **el modelo médico-psicológico tradicional**, que ha tendido a patologizar tanto a los agresores (atribuyendo la violencia a

trastornos individuales), como a las propias mujeres y personas LGBTI agredidas (describiendo las consecuencias del abuso como manifestación de psicopatología personal). Para Mabel Burín (1995), esto minimiza los hechos violentos, desmiente las experiencias narradas por las personas sobrevivientes y el eximir a los agresores de responsabilidad social y política.

La psicología feminista no es un modelo terapéutico más, es una crítica radical a la psicología tradicional que ha patologizado el malestar de las mujeres sin cuestionar el contexto que lo produce (Mabel Burín, 1995a; Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005). Desde esta mirada, se entiende que la subjetividad femenina no responde a una esencia biológica, sino a una construcción histórica y social modelada por relaciones de poder profundamente desiguales.

Entonces, la violencia de género debe entenderse como un problema de salud social, no como una patología individual. Esta postura facilita que las personas sobrevivientes comprendan que sus síntomas -ansiedad, insomnio, hipervigilancia, tristeza persistente- no se lean como signos de enfermedad mental, ni como consecuencias de un incidente aislado de violencia; por el contrario, deben reconocerse como respuestas adaptativas legítimas frente a una cultura penetrante de violencia que el patriarcado refuerza (Susana Velázquez, 2010).

La psicología feminista parte del principio de que los procesos psíquicos de quienes han vivido violencia basada en género no pueden entenderse aislados del contexto sociocultural patriarcal, con sus normas, valores y mandatos sobre género, sexualidad y poder. Por ello, entre sus principales fundamentos, está el de contribuir en la **toma de conciencia** sobre las influencias externas de estos componentes, de manera que las personas sobrevivientes puedan comprender cómo los factores sociales moldean y condicionan sus emociones, sus experiencias personales y la toma de sus decisiones (Jeanne Ward, 2023).

Como señalan Esperanza Bosch-Fiol et al. (2005), la violencia basada en género se nutre de una clara asimetría estructural entre hombres y mujeres, que legitiman el control y la dominación como forma de relación. Desde esta perspectiva, la atención psicológica debe tener **un carácter político** que cuestione las normas de género, valide las estrategias de resistencia de las personas sobrevivientes y promueva su empoderamiento como sujetas de derecho.

Otro fundamento central de la atención psicológica feminista es **la reparación subjetiva**. Esto se traduce en acompañar a la persona sobreviviente en su tránsito desde una posición de objeto de la violencia hacia una posición de sujeta de su propia historia, con derecho a nombrar, decidir y transformar su vida. Lo que incluye apoyar procesos de reconstrucción de la autoestima, la agencia y la construcción de proyectos de vida, así como la reconexión con redes de apoyo y espacios colectivos (Mabel Burín, 1998; Susana Velásquez en AIDOS et al., 2010).

La psicología feminista también subraya que el **sufrimiento psíquico** está cargado de mitos discriminatorios que culpan o responsabilizan a las mujeres y juventudes LGBTI de las situaciones de violencia. Estos mitos se sostienen y reproducen muchas veces desde las instituciones de

justicia, salud, educación y también desde dispositivos de apoyo. Identificarlos, analizar cómo han sido interiorizados por las personas sobrevivientes, desmontarlos en el proceso de atención psicológica y tener presente que pueden operar en el accionar del propio equipo profesional que brinda atención integral, es clave para prevenir la revictimización y asegurar una atención verdaderamente centrada en las sobrevivientes, ambos objetivos centrales de la psicoterapia feminista (Jeanne Ward, 2023).

Se asume entonces, que la atención psicológica no puede limitarse a una respuesta asistencial individual, pues si la práctica clínica no se articula con políticas, acciones feministas y propuestas claramente orientadas a eliminar la opresión de género, se corre el riesgo de reducirse la atención que alivia parcialmente el daño, pero no contribuye a transformar las condiciones que lo producen y, como afirma Ángeles Álvarez, "-en el mejor de los casos-, ayuda a algunas mujeres a limitar la violencia de sus vidas" (citada en Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005, p.135). Esto se aleja del objetivo primordial de la atención psicológica feminista en donde la recuperación emocional va de la mano con el empoderamiento y la restitución de su condición como sujeta política.

En resumen, la atención psicológica de orientación feminista reconoce que la persona sobreviviente es víctima no sólo de un agresor, sino también de una sociedad patriarcal que autoriza la violencia como mecanismo legítimo para mantener el control y exigir obediencia y sumisión (Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005).

Cabe destacar que este tipo de atención trasciende la práctica clínica y la adaptación de técnicas terapéuticas para configurarse como un proyecto epistemológico transversal, con aplicaciones directas en la investigación, la formación profesional, la intervención comunitaria, el diseño de políticas públicas y la atención en salud mental. Desde esta perspectiva, cuestiona críticamente los modelos psicológicos tradicionales, desmontando sus supuestos androcéntricos y desplazando el foco analítico hacia las condiciones estructurales que generan y sostienen la desigualdad y la violencia de género (Sandra García-Dauder & Gabriela Pérez, 2020).

Finalmente, se sostiene que la psicología feminista debe integrar de manera transversal una mirada interseccional en toda atención especializada en violencia basada en género. Este enfoque amplía el análisis para reconocer e intervenir activamente en otras formas de opresión y privilegio que se entrelazan con el género -como la etnicidad, la pertenencia étnica, la pobreza, la edad, la discapacidad y la orientación sexual o identidad de género-. De este modo, se visibilizan violencias múltiples y superpuestas que enfrenta cada persona, alineándose con lo planteado por Kimberlé Crenshaw (1991). El desarrollo teórico y aplicado del enfoque interseccional se abordará en detalle en el siguiente capítulo.

En consecuencia, este protocolo apuesta por una relación terapéutica horizontal que reconozca a las personas sobrevivientes como protagonistas, agentes y expertas de sus propias vidas, respetando sus ritmos, cosmovisiones y formas de habitar la realidad. Se mantiene un abordaje integral, inclusivo y sensible, pero, sobre todo, ético y político, activamente comprometido

con la transformación de las desigualdades estructurales y con la garantía de una vida libre de violencia para todas las mujeres y las diversidades sexuales y de género.

2.2 Enfoques rectores y principios

Mientras que la Psicología Feminista, descrita en el punto anterior, constituye el marco teórico-político que da sustento a este protocolo, los enfoques y principios que presentamos a continuación se convierten en herramientas para llevarlo a la práctica. No son pasos secuenciales, sino lentes analíticos y éticos que deben utilizarse de manera simultánea y transversal para garantizar una atención psicológica segura y comprometida con los derechos humanos.

Para precisar estos conceptos, **un enfoque** es el lente interpretativo que orienta la comprensión de un fenómeno y la manera de abordarlo; a través de él seleccionamos aspectos que consideramos relevantes y excluimos los que resultan menos pertinentes para analizar la realidad de manera coherente y transformadora (Arturo Barraza Macías, 2018).

Los **principios**, por su parte, se entienden como normas éticas fundamentales que guían nuestro accionar profesional (Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicólogos, 2010). En este protocolo, ambos se asumen como ejes rectores de la teoría y práctica de la atención psicológica feminista, para asegurar que no se reproduzcan patrones de discriminación u opresión hacia las personas sobrevivientes de violencia basada en género.

A continuación, se describen los enfoques y principios que fundamentan la práctica clínica de este protocolo:

Enfoque de derechos humanos

El enfoque de derechos humanos sitúa la atención psicológica en un marco normativo que reconoce a las personas sobrevivientes como sujetas de derechos. Este enfoque se sustenta en instrumentos internacionales como la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), la Convención de Belém do Pará (1994) y las Recomendaciones generales del Comité CEDAW (2017), así como en los marcos jurídicos nacionales propios de cada país.

Desde esta perspectiva, la violencia basada en género se entiende como una violación grave y sistemática de los derechos humanos, y no solo como un problema individual, relacional o exclusivamente de salud mental (CEDAW, 2017). Esto implica asumir que los Estados, las instituciones y las y los profesionales tenemos la obligación de respetar, proteger y garantizar estos derechos.

Su importancia en la práctica clínica radica en que el enfoque permite reconocer la violencia como una injusticia estructural y no como una culpa personal. Lo que en palabras de Marcela Lagarde (2005) sería transformar el dolor privado en una demanda pública de justicia. Y significa

un paso esencial en el proceso de recuperación de las personas sobrevivientes, pues les permite reconocer la situación vivida como delito, nombrarla como una injusticia y además las invita a que accedan a recursos y a ejercer sus derechos dentro de las posibilidades reales de cada una.

Enfoque interseccional

El enfoque interseccional, desarrollado por Kimberlé Crenshaw (1991) y ampliado por Patricia Hill Collins (2000), visibiliza que las experiencias de las personas están atravesadas por la interrelación de múltiples categorías sociales como género, clase, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, migración, ruralidad, pertenencia a comunidades indígenas, entre otras. Estas categorías no actúan de manera aislada; por el contrario, se entrecruzan y producen formas específicas o únicas de vulnerabilidad o privilegio. Este enfoque constituye así, una herramienta para analizar y comprender cómo la interrelación de estas categorías posiciona a las personas en situaciones de privilegio o desigualdad.

La Organización Panamericana de la Salud (2022) señala que la interseccionalidad permite entender cómo la interacción de estas categorías sitúa a las personas, especialmente a las sobrevivientes de violencia basada en género, en condiciones de desigualdad estructural, afectando directamente su acceso a recursos, servicios y mecanismos de protección.

En la práctica clínica, este enfoque implica reconocer e intervenir activamente sobre las múltiples opresiones que acompañan a la violencia de género, tales como la pobreza, la edad, la discapacidad, la pertenencia étnica, el estatus migratorio, la orientación sexual o identidad de género, por nombrar algunas. De este modo, se comprende que una misma situación de violencia puede tener impactos, significados y barreras de acceso distintos según el contexto de cada persona. Adicionalmente, visibiliza cómo estas desigualdades estructurales condicionan la posibilidad de pedir ayuda, denunciar, acceder a servicios de acompañamiento o romper con los vínculos violentos.

Como ejemplo de puesta en práctica, se puede adaptar el plan de abordaje psicológico a las condiciones reales de la persona (disponibilidad de tiempo, recursos económicos, redes de apoyo, responsabilidades de cuidado o ubicación geográfica), de modo que las estrategias terapéuticas sean viables, culturalmente pertinentes y no reproduzcan nuevas cargas o exclusiones. En esencia, se trata de plantearse sistemáticamente “¿para quién funciona este plan?”, antes de su implementación.

Ignorar estas intersecciones puede llevar a que la atención psicológica sea no incluyente o reproductora de maltrato, al no considerar las realidades específicas de grupos poblacionales como mujeres racializadas, pueblos originarios, personas mayores, jóvenes en situación de pobreza, personas sexo diversas, entre otras.

Su inclusión en este protocolo responde a la necesidad de que la atención psicológica no solo identifique, sino que también aborde de manera integral estas opresiones entrelazadas. Se busca

una intervención libre de estereotipos, alineada con el principio de no discriminación, asegurando que el acompañamiento terapéutico respete la diversidad de historias, identidades y condiciones de vida de las personas sobrevivientes.

Enfoque centrado en la persona sobreviviente

Este enfoque coloca a las personas sobrevivientes en el centro de la atención, reconociéndolas como protagonistas activas de su proceso de recuperación. Prioriza su agencia, sus ritmos individuales, sus experiencias y sus necesidades específicas (UNFPA, 2020). Parte de la premisa de que la violencia anula la voluntad y el control de la persona agredida; por ello promueve que la recuperación pase necesariamente por fomentar la autonomía y fortalecer su capacidad en la toma de decisiones.

UNFPA (2020), señala que este enfoque "se basa en el reconocimiento de que la sobreviviente es la experta de su propia vida y que el proceso de curación debe ser dirigido por sus decisiones y deseos" (p.12). Esto implica rechazar las dinámicas verticales tradicionales, donde las y los profesionales en su condición de expertas o expertos, deciden "qué es lo mejor" para la persona sobreviviente; por el contrario, optar por relaciones horizontales que validan decisiones autónomas y fomentan la recuperación del control perdido por la violencia estructural (Mabel Burin, 1998).

Para este enfoque, la atención psicológica se basa en los siguientes principios:

SEGURIDAD: garantizar que la persona sobreviviente no sea expuesta a nuevos riesgos físicos, psicológicos o de otra naturaleza.

CONFIDENCIALIDAD: resguardar la información personal de la sobreviviente. Solo se compartirá con consentimiento informado o cuando la ley lo exija para proteger la vida.

RESPETO: validar sus decisiones, incluso si no coinciden con los criterios profesionales.

NO DISCRIMINACIÓN: eliminar barreras y juicios de ningún tipo, con base en el sexo, la religión, las ideas políticas o la condición social de las personas sobrevivientes (UNFPA, 2020).

En la práctica clínica, su importancia radica en asegurar que la atención psicológica sea segura, respetuosa y disminuya la revictimización. Este enfoque reconoce que la persona sobreviviente es la experta en su propia vida, en sus riesgos y en el manejo de sus recursos, facilitando la recuperación de su soberanía corporal y emocional. El rol de la o del profesional de la psicología no será dirigir a la persona sobreviviente, será acompañarla para que retome el control de su vida.

Enfoque de diversidad sexo-genérica

Este enfoque reconoce que la diversidad nos constituye como personas y sociedades y valora las múltiples expresiones de la identidad humana, como la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales. Supera la idea de que solo la heterosexualidad y la identidad cisgénero son sistemas válidos y legítimos (Principios de Yogyakarta, 2007). Su objetivo es garantizar un entorno de atención seguro e inclusivo, en el que se eliminen las barreras de discriminación y estigmatización. Permite identificar que muchas personas LGBTI han vivido situaciones de violencia específicamente por su identidad o expresión de género, por su orientación sexual o por su corporalidad, factores que deben ser abordados de manera diferenciada en el proceso psicoterapéutico.

La realidad evidencia que las personas jóvenes LGBTI enfrentan mayores niveles de violencia, discriminación y riesgo de suicidio, al mismo tiempo que encuentran más barreras de acceso. Por lo que es crucial considerar formas particulares de violencia como la revelación pública y no consentida de la orientación sexual (*outing* forzado), la violación correctiva o la discriminación institucional. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015) señala que estas violencias tienen dinámicas particulares que requieren competencias y habilidades específicas por parte de las y los profesionales de la salud.

Como afirma la OPS (2022), la atención a "personas LGBTI sobrevivientes de violencia requiere no solo competencia técnica, sino un compromiso ético con la diversidad y la justicia social" (p.34).

La importancia clínica de este enfoque en la atención psicológica radica en que ofrece un espacio seguro e inclusivo, vital para reducir las barreras de acceso, valorar la diversidad de identidades y abordar de manera competente la violencia específica que sufren las personas LGBTI por ser quienes son.

Principio de no revictimización y justicia restaurativa

El **principio de no revictimización**, o de no victimización secundaria, establece el deber ético y legal de las instituciones y profesionales de evitar que los procesos de atención integral causen nuevos daños a las personas sobrevivientes. Esta situación ocurre cuando se solicitan repeticiones innecesarias de los relatos traumáticos, se cuestiona la credibilidad de la persona, se expone su intimidad sin consentimiento o se minimiza la violencia vivida. Estas prácticas, sumadas a juicios morales emitidos por las instituciones o profesionales constituyen formas de violencia institucional (OPS, 2022).

En el caso de la población objetivo de este protocolo: mujeres y juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género, este principio implica erradicar prejuicios misóginos y heteronormativos que suelen desplazar la responsabilidad de la agresión hacia la persona sobreviviente.

Por otra parte, **la justicia restaurativa**, se entiende como un enfoque centrado en la reparación integral del daño sufrido y la satisfacción de las necesidades de la persona sobreviviente, priorizando su seguridad y voluntad; en contraposición a la justicia retributiva que se centra exclusivamente en el castigo al agresor (Howard Zehr, 2015).

Su aplicación en la práctica clínica implica una obligación ética para proteger la integridad psicológica de la sobreviviente durante todo el proceso de atención. La revictimización institucional, por el contrario, agrava los síntomas del trauma, aumenta el malestar emocional y disminuye la confianza en los servicios e instituciones, lo que disuade en la búsqueda de ayuda (Enrique Echeburúa y Enrique Esbec, 2014). Desde esta perspectiva, la justicia restaurativa busca que el espacio psicoterapéutico funcione como un entorno reparador en donde se restituya la autoridad, se reconozca el daño estructural y se promueva la reparación desde la dignidad y la autodeterminación, sin sustituir las vías judiciales ni imponer lógicas de conciliación.

En este sentido, la articulación de ambos principios -no revictimización y justicia restaurativa-, constituye un elemento diferenciador de la atención psicológica especializada en violencia basada en género, pues la vuelve más sensible, segura y profundamente humana.

Para cerrar este apartado, resulta importante señalar que estos enfoques y principios articulan, en conjunto, un posicionamiento que concibe la atención psicológica frente a la violencia basada en género como un proceso integral, sensible y respetuoso, que implica una práctica necesariamente ético-política comprometida con el empoderamiento, la redistribución del poder y la transformación de las causas estructurales de la violencia.

Lo descrito se mantiene en coherencia con los enfoques integrales para prevenir y erradicar la violencia basada en género, establecidos en la Ley Orgánica para el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela (última reforma, Gaceta Oficial N° 6.667 Extraordinario, 16 de diciembre de 2021), que respalda la obligación de garantizar una atención basada en la dignidad, los derechos humanos y la interseccionalidad, así como ofrecer una respuesta institucional sólida y orientada a la transformación social.

Capítulo 3.

Comprensión ampliada de la violencia basada en género

La violencia es un fenómeno social complejo, cuyo significado está profundamente mediado por contextos culturales e históricos. En las sociedades contemporáneas se manifiesta a través de múltiples expresiones que generan serias repercusiones en la vida de las personas, las comunidades y las instituciones. Su gravedad y prevalencia -respaldadas por cifras alarmantes- subrayan la urgencia de redoblar esfuerzos para avanzar hacia su reducción progresiva hasta alcanzar su erradicación (Luisa Kislinger y Magdymar León, 2019).

En este apartado nos interesa ofrecer una comprensión amplia de la violencia basada en género para poder entender las dinámicas, manifestaciones e impactos de la violencia en la vida de las mujeres y las juventudes LGBTI sobrevivientes. Buscamos que este conocimiento promueva una reflexión crítica que incida en la práctica clínica y contribuya a transformar las causas estructurales, así como las prácticas que sostienen la violencia basada en género.

3.1 Violencia basada en género

La violencia basada en género es una de las expresiones más graves y persistentes de desigualdad y discriminación en nuestras sociedades. Constituye una violación sistemática de los derechos humanos y un problema de salud pública global que afecta profundamente la integridad psicológica, emocional, corporal, social y económica, especialmente de las mujeres y las juventudes LGBTI (Nubia Hernández-Flórez et al., 2024).

A nuestro entender, es un problema estructural arraigado en relaciones asimétricas de poder y en normas patriarcales que atraviesa todos los niveles de la realidad social (Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005). Permea el tejido de instituciones, prácticas cotidianas, discursos y relaciones interpersonales, manifestándose en formas tanto visibles como invisibilizadas, directas e indirectas. Es una forma de violencia que expresa el control y el poder dentro de una cultura patriarcal y heteronormativa para subordinar y discriminar lo femenino, y exacerbar una masculinidad basada en el ejercicio de dominio y control (DEMUS 2010).

Una definición ampliamente reconocida es la planteada en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), que describe la violencia como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado.

Llegado este punto vale la pena hacer una distinción conceptual entre la violencia basada en género y la violencia contra las mujeres. Aunque suelen utilizarse indistintamente, es importante destacar que no tienen el mismo significado y su diferencia conceptual tiene implicaciones prácticas para la atención psicológica. La violencia contra las mujeres ocurre por el hecho de ser mujer, mientras que la violencia basada en género ocurre por la condición de género, abarcando también actos contra quienes desafían el sistema binario de género (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2016). Por lo tanto, la violencia contra la mujer es un tipo de violencia de género.

Reconocemos sin discusión que la violencia basada en género afecta a las mujeres de manera desproporcionada y, en muchos casos, casi exclusivamente. Pero consideramos importante manejar ambas definiciones con precisión. La violencia basada en género se plantea como todo acto dirigido contra cualquier persona que desafía el sistema de género, con el fin de encauzarla y someterla a sus normas. Así, puede referirse a diversas situaciones que van desde la violencia de pareja, la violencia en el noviazgo, la violencia psicológica, hasta la violencia homofóbica, transfóbica y su expresión más extrema: los crímenes de odio contra personas LGBIT (MIMP, 2016).

Desde la psicología feminista, la violencia contra las mujeres y la violencia basada en género no pueden comprenderse sin analizar el contexto patriarcal que las produce y las sostiene. El patriarcado es entendido como un sistema social, político y económico que establece la dominación masculina sobre las mujeres, normalizando la subordinación femenina en todos los ámbitos de la vida (Mabel Burín, 1995). Así la violencia funciona como un mecanismo de control que mantiene este orden jerárquico, penalizando a las mujeres y a las juventudes LGBTI que transgreden los mandatos de género, enviando mensajes disciplinarios a otras mujeres y juventudes LGBTI sobre las consecuencias de la desobediencia.

En este contexto, la violencia basada en género se configura como un problema frecuente, con consecuencias en múltiples niveles, elevados costos humanos, sociales y económicos para las personas, las comunidades y los sistemas en general.

Estimaciones recientes señalan que aproximadamente 840 millones de mujeres, una de cada tres en el mundo, han sufrido violencia de pareja o violencia sexual a lo largo de su vida (OMS, 2021). Estas cifras probablemente subestiman la magnitud real del problema debido a la normalización de la violencia, el miedo a denunciar, la falta de confianza en los sistemas de justicia y las barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios de atención y protección.

Las juventudes LGBTI también enfrentan altas tasas de violencia directa y de discriminación estructural, que se traducen en impactos críticos sobre su salud mental. Cifras que se agudizan debido a la violencia por prejuicio, aumentando las probabilidades de que este grupo experimente la estigmatización y el riesgo de presentar trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida, tal como plantea el modelo de estrés de minorías de Ilan Meyer (2003).

La violencia basada en género tiene costos humanos, sociales y económicos significativos. A nivel individual, produce daños físicos, psicológicos y emocionales que pueden persistir por años o décadas. A nivel social, debilita las redes comunitarias, perpetúa ciclos intergeneracionales de violencia y reproduce desigualdades estructurales. A nivel económico, genera gastos en servicios de salud, justicia y protección, además de la pérdida de productividad laboral y oportunidades educativas para las sobrevivientes (ONU Mujeres, 2020). Todo ello se entrelaza con otras formas de violencia, permeando el tejido social y complejizando la formulación e implementación de respuestas integrales. Como plantea Magally Huggins (2005, citada en Luisa Kislinger y Magdymar León, 2019), la violencia suele ser asimétrica, coercitiva y centrada en el poder: busca dominar, someter, doblegar o paralizar mediante el ejercicio de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica o política.

Comprender la violencia basada en género en toda su complejidad es el primer paso para diseñar intervenciones efectivas. Por ello se propone reconocer que la atención psicológica debe contribuir a la transformación de las estructuras que sostienen la violencia (Susana Velázquez, 2010).

3.2 Tipos de violencia basada en género

Las violencias de género adoptan diversas formas y se presentan en distintos ámbitos que a menudo se superponen y se intensifican mutuamente. Reconocer esta diversidad es esencial para una atención psicológica integral que no invisibilice ni minimice ninguna de las formas de violencia.

Sobre este tema, un avance fundamental ha sido la aceptación de que no se trata de un asunto privado. Estas violencias pueden presentarse como agresiones físicas, sexuales, psicológicas, verbales, amenazas, acoso, coerción o privación arbitraria de la libertad, violencia obstétrica, violencia mediática, entre muchas otras. Como ha señalado el Comité de la CEDAW (2017), estas violencias se ven agravadas por factores culturales, económicos, ideológicos, tecnológicos, políticos, religiosos, sociales y ambientales. Esto se pone de manifiesto en contextos de desplazamiento, migración, globalización de las actividades económicas, industria extractiva, militarización, conflictos armados, extremismo violento, terrorismo, crisis políticas, emergencias humanitarias y desastres naturales (AIDOS et al., 2010).

Para su identificación clínica y respuesta institucional, presentamos una síntesis de los tipos de violencia reconocidos en la legislación venezolana vigente (LODMVLV, Gaceta Oficial N.° 6.667, extraordinario, 16 de diciembre de 2021), integrando formas validadas por organismos internacionales y literatura científica especializada

TABLA 1.

Tipos de violencias contra las mujeres basadas en género

Tipo de violencia	Definición
Esclavitud sexual	Privación de libertad con fines de explotación sexual, incluyendo compra, venta, préstamo o trueque de personas (OEA-CIM, 2018).
Esterilización forzada	Intervención quirúrgica o médica para eliminar la capacidad reproductiva sin consentimiento libre, previo, informado y sin justificación (LODMVLV, 2021).
Familiar	Violencia ejercida por miembros del núcleo familiar, convivientes o redes de parentesco, independientemente del vínculo legal o consanguíneo (LODMVLV, 2021).
Feminicidio	Asesinato de una mujer por razones de género, como expresión extrema de la violencia estructural, frecuentemente precedido por patrones de control coercitivo, amenazas o violencia sostenida (LODMVLV, 2021).
Física	Acciones que provocan o intentan provocar dolor o daño físico. En su forma más extrema lleva al feminicidio o asesinato de una mujer por razones de género (OEA-CIM, 2018). Incluye golpes, mordeduras, quemaduras, cortadas, puñaladas, jalones de pelo, empujones, entre otras. Algunas clasificaciones incluyen la trata de personas y la esclavitud, ya que implica coerción inicial (AIDOS et al., 2010).
Ginecológica	Actos discriminatorios, degradantes y vejatorios de la dignidad de las mujeres practicados y tolerados por el personal de la salud que atente contra su autonomía y sexualidad. Se distingue de la violencia obstétrica al abarcar todo el espectro de la salud ginecológica y reproductiva más allá del parto (LODMVLV, 2021).
Inducción o ayuda al suicidio	Consecuencia extrema de la violencia psicológica, acoso, hostigamiento y amenaza que generan las condiciones para provocar la muerte de una mujer por motivaciones de género (LODMVLV, 2021).
Informática	Uso de las tecnologías de la información y comunicación, mediante el empleo o divulgación de material audiovisual, imágenes, datos y cualquier otra información de una mujer para ejercer violencia (LODMVLV, 2021). Incluye ciberacoso, difusión no consentida de imágenes íntimas, grooming, sextorsión y vigilancia digital (LODMVLV, 2021).
Institucional	Negligencia, revictimización, discriminación o barreras injustificadas por parte de funcionarios o instituciones públicas o privadas en el acceso a derechos o servicios (LODMVLV, 2021).

Laboral	Discriminación, amenaza, acoso y hostigamiento hacia la mujer por razones de género en centros de trabajo, públicos o privados, que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad, o generen un medio hostil. Incluye: exigir requisitos sobre estado civil, edad, apariencia física, solicitud de exámenes clínicos para contratación/ascenso, quebrantar el derecho de igual salario por igual trabajo, o no otorgar permisos para que mujeres víctimas de violencia cumplan actividades relacionadas con su protección legal (LODMVLV, 2021).
Matrimonio forzado o unión prematura	Imposición de matrimonio o convivencia bajo coerción, fraude o abuso de vulnerabilidad, limitando la autodeterminación y el desarrollo integral UNICEF (2021)
Mediática	Considerada como la exposición a través de cualquier medio de difusión de la mujer, niña o adolescente que de manera directa o indirecta la explote, discrimine, deshonre, humille o atente contra su dignidad, su nombre y su imagen con fines económicos, sociales o de dominación. Genera daños morales que contribuyen a crear una imagen colectiva desvalorizada de la mujer, lo cual la discrimina y la coloca en situación de vulnerabilidad ante otros tipos de violencia (Kislinger, 2019).
Multicausal	Violencia ejecutada por su condición de mujer con sus rasgos fenotípicos, etnia, raza, color, linaje, condición de discapacidad, condición de salud, edad, orientación sexual, identidad de género, expresión de género o cualquier otro motivo discriminatorio. Reconoce la interseccionalidad como factor agravante (LODMVLV, 2021).
Obstétrica	Medicalización abusiva, trato deshumanizador o violación de la autonomía durante el embarazo, parto o postparto (LODMVLV, 2021).
Patrimonial y económica	Privación, destrucción, ocultamiento o retención de bienes, documentos, propiedades o recursos compartidos o propios, aun aquellos devengados por la propia mujer, necesarios para la manutención del hogar y la familia, o de bienes patrimoniales esenciales que satisfacen las necesidades básicas para vivir, como la alimentación, ropa, vivienda y el acceso a la salud (OEA-CIM, 2018).
Política	Todo acto que, mediante coacción, amenaza o cualquier otra forma de violencia, límite, menoscabe o imposibilite el libre ejercicio de la participación política de las mujeres en condiciones de igualdad y equidad en cargos de elección popular y ejercicio de función pública (LODMVLV, 2021).
Prostitución forzada	Obligación de realizar actos sexuales por coerción, intimidación o abuso de poder, con fines de beneficio económico o de otro tipo (OEA-CIM, 2018).
Psicológica	Conductas destinadas a controlar, aislar, humillar o desestabilizar emocionalmente, incluyendo manipulación y amenazas, que no necesariamente implican violencia física ni abuso verbal (OMS, 2021). Puede

	incluir la referencia a actos de violencia anteriores, ignorar a la víctima, aislarla, confinarla u ocultarle información, así como amenazas a la vida e integridad de figuras significativas -hijos/as, familiares, mascotas- (Kislinger, 2019). Abarca también el control coercitivo sostenido a través de miradas, comentarios y el uso de la tecnología (teléfonos inteligentes, aplicaciones, redes sociales, etc.). Se puede incluir el acoso sexual, dado su impacto en el bienestar psicológico y emocional.
Sexual	Cualquier acto de naturaleza sexual sin consentimiento libre, previo e informado (LODMVLV, reforma 2021). Puede comprender la invasión física del cuerpo, sin que necesariamente haya penetración o contacto físico. Incluye violación, actos lascivos, tocamientos, desnudo forzado, penetración con objetos, entre otros (AIDOS et al., 2010).
Sexual en la relación de pareja	Imposición de actos sexuales por parte de la pareja, cónyuge o expareja mediante coerción, violencia o anulación del consentimiento (OMS, 2021).
Simbólica o invisible	Conjunto de actitudes, gestos, patrones de conducta y creencias, cuya conceptualización permite comprender la existencia de opresión y subordinación de las mujeres y otros grupos tradicionalmente excluidos. La violencia simbólica son los resortes que sostienen el maltrato y la discriminación, y está presente en todos los demás tipos de violencia definidos anteriormente (OEA-CIM, 2018).
Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes	Todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, coerción o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material ilícito (LODMVLV, 2021).
Trata de mujeres, niñas y adolescentes	Captación, transporte, traslado, acogida o recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a amenaza, uso de fuerza u otras formas de coacción, rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de situación de vulnerabilidad, con fines de explotación: prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, esclavitud o prácticas análogas, servidumbre o extracción de órganos (OEA-CIM, 2018).

Nota: De UNESCO, 2021; UNFPA, 2015; OPS, 2022; ACNUR, 2014; CEPAL, 2020.

Esta clasificación nos permite entender que la violencia no se presenta como un evento aislado, sino que responde a un sistema de dominación que puede manifestarse de múltiples maneras. Identificar estas formas de violencia se convierte en el primer paso para validar la experiencia de las personas sobrevivientes y diseñar un plan de seguridad y reparación integral en el proceso de atención psicológica.

3.2.1 Violencias específicas hacia juventudes LGBTI

La violencia basada en género afecta de manera diferenciada a las juventudes LGBTI. Se intersecta con la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género, generando experiencias acumuladas de exclusión, patologización y control social. Durante la adolescencia y la juventud temprana, estas formas de violencia operan con mayor fuerza en espacios de socialización como la familia, la escuela, los entornos digitales y los servicios de salud, lo que dificulta su desarrollo emocional, la construcción de su identidad y el acceso a redes de protección. Atender estas realidades exige un enfoque que reconozca las múltiples formas de discriminación, evite generalizar sus experiencias y priorice acompañamientos respetuosos, afirmativos y libres de prejuicios. Ver tabla 2.

TABLA 2.

Tipos de violencia contra juventudes LGBTI basadas en género

Tipo de violencia	Definición
Acoso escolar persistente	Hostigamiento reiterado en entornos educativos que incluye burlas, aislamiento, difusión de rumores, agresiones físicas o cibernéticas, y falta de intervención institucional efectiva (UNESCO, 2021).
Correctiva	Agresiones físicas, sexuales o psicológicas ejercidas con el objetivo de "modificar" la orientación sexual o identidad de género, frecuentemente normalizadas bajo discursos religiosos, familiares o pseudocientíficos (UNFPA, 2015).
Institucional en salud y educación	Negación de servicios, patologización, diagnóstico erróneo, trato discriminatorio o exigencia de autorizaciones familiares para acceder a atención o acompañamiento psicosocial (OPS, 2022).
Rechazo o expulsión del hogar	Exclusión, desalojo o abandono familiar motivado por la orientación sexual o identidad de género, generando situación de calle, dependencia económica o institucionalización temprana (UNFPA, 2015).
Revelación forzada de la identidad (*Outing*)	Revelación pública o privada no consentida de la orientación sexual o identidad de género, utilizada como mecanismo de control, chantaje o estigmatización social (ACNUR, 2014).
Simbólica y discursos de odio	Naturalización de la inferiorización, invisibilización en narrativas públicas, estigmatización mediática o uso de lenguaje excluyente que legitima otras formas de violencia (CEPAL, 2020).

Nota: UNESCO, 2021; UNFPA, 2015; OPS, 2022; ACNUR, 2014; CEPAL, 2020.

En conjunto, estas formas de violencia muestran que las juventudes LGBTI no enfrentan experiencias aisladas, sino múltiples expresiones de control, discriminación y vulneración que pueden acumularse a lo largo del tiempo y en distintos espacios de socialización. Reconocer esta complejidad abre paso al análisis de sus manifestaciones, dinámicas e impactos en la salud mental.

3.3 Manifestaciones, dinámicas de la violencia e impactos en la salud mental

La violencia basada en género rara vez se manifiesta como un hecho puntual; se configura como un proceso dinámico, acumulativo y estructural que opera a través de patrones de control, coerción y normalización de la agresión. Comprender sus manifestaciones y dinámicas es fundamental para evitar la revictimización institucional y para diseñar una atención psicológica contextualizada y centrada en la persona.

3.3.1 Dinámicas y manifestaciones de la violencia

La violencia de género ha sido tradicionalmente descrita mediante el ciclo de tensión, agresión y luna de miel (Lenore Walker, 1979); no obstante, en contextos de violencia sostenida o estructural, este modelo da paso a un patrón de dominación y control coercitivo (Evan Stark, 2007), que se manifiesta mediante:

- **Control coercitivo:** Estrategias sistemáticas de vigilancia, aislamiento, restricción de la movilidad, manipulación económica y emocional que buscan erosionar la autonomía y generar dependencia.
- **Escalada y normalización:** La frecuencia e intensidad de las agresiones suelen aumentar con el tiempo, mientras que la persona sobreviviente va internalizando la violencia como "inevitable" o "merecida", producto de la socialización patriarcal y la invalidación social.
- **Violencia acumulada e interseccional:** En mujeres y juventudes LGBTI, la violencia basada en género se entrelaza con otras formas de discriminación, generando capas de vulnerabilidad y barreras diferenciadas para el acceso a protección y justicia (Ilan Meyer, 2003).
- **Invisibilización y revictimización institucional:** La falta de reconocimiento, la minimización del daño por parte de operadores de salud, justicia, educación, y la exigencia de "pruebas visibles" constituyen formas de violencia institucional que generan un segundo trauma, profundizando la desconfianza y el aislamiento.

3.3.2 Impactos en la salud mental y la vida social

La exposición sostenida a la violencia basada en género produce impactos profundos en la salud mental y la vida social, los cuales alteran la regulación emocional, la autoestima y las relaciones interpersonales. Entre los efectos más frecuentes se encuentran:

- **Salud mental:** Estrés postraumático complejo (CPTSD), depresión, trastornos de ansiedad, somatizaciones, alteraciones del sueño y de la alimentación, y, en muchos casos, ideación suicida asociada a la desesperanza aprendida (OMS, 2023).
- **Vida social y comunitaria:** Pérdida o deterioro de redes de apoyo, aislamiento forzado o autoimpuesto, dificultades para mantener vínculos laborales o académicos, estigmatización interna y externa y dependencia económica que limita identificar opciones de salida.

- **Internalización de la violencia y opresión:** La exposición prolongada a dinámicas de desvalorización y culpabilización que puede llevar a la interiorización del discurso opresor, generando vergüenza, autodesprecio y dificultad para reconocer y nombrar la experiencia como violencia.

3.3.3 Lesiones autoinfligidas no conducentes al suicidio

Un indicador clínico frecuente, aunque subregistrado, es la presencia de conductas autolesivas no suicidas (NSSI), como cortes superficiales, raspados, quemaduras leves o golpes dirigidos al propio cuerpo. Es fundamental tener en cuenta la posibilidad de estas manifestaciones y reconocer que no constituyen un trastorno ni una conducta patológica en sí mismas, sino respuestas adaptativas al trauma acumulativo y a la violencia estructural, tal como lo documentan revisiones sistemáticas (Miriam Flores-Soto et al., 2018). En sobrevivientes de violencia basada en género, especialmente en juventudes LGBTI y mujeres con historiales de violencia múltiple, las NSSI operan como intentos de:

- Regular afectos intensos o estados de disociación.
- Recuperar una sensación de control o agencia en contextos de dominación extrema.
- Exteriorizar el dolor psicológico cuando no existen canales seguros de expresión o validación.
- Auto-castigarse como reflejo de la culpa internalizada por mandatos de género o estigma social.

Desde un enfoque afirmativo y no patologizante, estas conductas deben leerse como señales de malestar contextualizado e indicadores de fallas en los sistemas de protección, y no como diagnósticos aislados. Su presencia exige una evaluación integral que priorice la seguridad, la validación emocional, el fortalecimiento de redes afirmativas y la reducción de factores de revictimización, evitando enfoques punitivos que reproduzcan dinámicas de control.

Capítulo 4.

Marco jurídico para la atención psicológica integral

La violencia basada en género ha sido reconocida como una problemática estructural y una grave violación de los derechos humanos. Frente a esto, existe un amplio consenso respaldado por un conjunto de instrumentos jurídicos de carácter internacional y regional, que establecen obligaciones concretas de los Estados para prevenirla, sancionarla, erradicarla y repararla. Instrumentos que también instan a garantizar, desde la institucionalidad, una atención integral centrada en las personas sobrevivientes.

En este contexto, el modelo de atención psicológica propuesto en este protocolo debe articularse coherentemente con un doble marco normativo: por un lado, los estándares internacionales que garantizan el derecho a una atención especializada y sin discriminación; y por otro, la normativa nacional venezolana que reconoce 25 formas de violencia y regula el ejercicio ético y profesional de la psicología.

Este apartado presenta las bases legales que sustentan el abordaje para asegurar que la atención psicológica integral contribuya efectivamente a la protección, reparación y empoderamiento de las mujeres y población joven LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género, debido a los impactos diferenciados que sufren.

4.1 Estándares internacionales en violencia basada en género

La violencia basada en género como manifestación de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, menoscaba, impide o directamente anula el goce de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres y personas LGBTI. En el contexto internacional se entendió que su raíz no reside en diferencias biológicas, sino que se sustenta en construcciones sociales que justifican la subordinación histórica de lo femenino y naturalizan la discriminación mediante jerarquías que privilegian lo masculino.

Ante ello, diversos instrumentos internacionales como: la **Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW** (1979), **la Declaración contra la eliminación de la Violencia contra la mujer** (1993), y la **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing** (1995), se han consolidado como marco normativo de exigibilidad de derechos frente a los Estados para generar las políticas necesarias para garantizar la no discriminación de las mujeres tanto en la esfera pública como en la privada.

En nuestra región, **la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer** (1994), también conocida como Convención de Belém do Pará, es fundamental, pues fue el primer tratado en aportar una definición de violencia contra las mujeres, llenando así el vacío dejado por los anteriores, respecto a este punto. Además, impone a los Estados la obligación de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar todos los actos de violencia contra las mujeres, además de adoptar políticas integrales de protección y asistencia. En tanto que, para la población LGBTI, **los Principios de Yogyakarta** (2007), son un referente clave. Reconocen que la base de muchos actos de violencia ejercidos contra este grupo se da como resultado de la imposición de un sistema de género fundamentado en la desigualdad y establece estándares claros para proteger sus derechos humanos frente a la discriminación y la exclusión.

Bajo este marco, Venezuela ha asumido el compromiso legal y político de garantizar los derechos humanos de las mujeres y las personas LGBTI, incluyendo el acceso a servicios de atención integral, entre ellos el apoyo psicológico especializado.

4.2 Marco jurídico venezolano

El principal instrumento para garantizar la exigibilidad de derechos de las mujeres en Venezuela es **la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** (2007, reformada en 2014 y 2021). Esta ley supera el enfoque restrictivo de la violencia intrafamiliar presente en las leyes anteriores y visibiliza la violencia contra las mujeres como un delito de orden público, con un enfoque integral y transversal. Entre sus aportes más importantes destacan la creación de Fiscalías y una Jurisdicción especializada para la atención gratuita de estos casos, creación de equipos multidisciplinarios para la atención de los agresores sancionados, así como procesos de investigación más acotados y un lapso de flagrancia más amplio que el de otros delitos. También prevé la posibilidad de indemnización en casos de violencia sexual. Constituye el eje normativo central en la materia, establece mecanismos de prevención, atención, protección, sanción, reparación y erradicación de la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones.

En su última reforma, se fortalecieron los mecanismos de denuncia, se actualizaron los tipos de violencia incorporando nuevas formas de agresión y se reforzó la obligación del Estado en la prestación de servicios de atención integral (atención psicológica, atención médica, apoyo social y medidas de protección de víctimas). Las reformas, ante la ausencia de un Reglamento, que ha sido la exigencia del movimiento de mujeres, han venido produciendo cambios que han intentado cubrir vacíos, como la presentación de informes médico-legales, que ante la limitada cantidad de profesionales de la salud con acreditación forense, se amplía de manera que cualquier médico o médica pueda emitir un informe que acredite la presencia o ausencia de lesiones o signos de violencia.

Dado que la violencia de género puede manifestarse desde edades tempranas, es importante traer a referencia la **Ley Orgánica para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes** (LOPNNA,

1998, reformada en 2015), normativa que transforma la visión que hasta el momento se tenía de las personas menores de edad, reconociéndolas como sujetas plenas de derechos y reconoce algunas formas de violencia también previstas en la LOSDMVLV. Complementariamente, la reciente **Ley para la prevención y erradicación del abuso sexual** (2021) ha establecido la imprescriptibilidad del delito de abuso sexual desde la entrada en vigencia de la norma y ha ajustado la edad legal para el matrimonio a los 16 años para ambos sexos, priorizando la protección integral. Dos situaciones que habían venido atendiendo a partir de las sentencias de la Sala Constitucional: 16 de octubre 2014 (Exp. N°10-0161) en la que declara la nulidad parcial del artículo 46 del Código Civil y resuelve que "no podrá contraer válidamente matrimonio la persona que no haya cumplido dieciséis (16) años", así como la sentencia del 15 de marzo de 2017 (Exp. 14-0130) que estableció la imprescriptibilidad del delito de abuso a partir de esa fecha.

Resulta relevante mencionar la **Ley Orgánica contra la Discriminación Racial** (2021) que sanciona toda forma de discriminación basada en raza, etnia, color o cultura, estableciendo medidas preventivas, sanciones administrativas y penales por actos discriminatorios. Complementa el marco de protección al reconocer que la discriminación racial y sus formas se entrelazan con las desigualdades de género, agravando la vulnerabilidad y los impactos en mujeres y juventudes LGBTI afrodescendientes, indígenas o racializadas.

Finalmente, **la Ley Constitucional contra el Odio, por la Convivencia Pacífica y la Tolerancia** (2017), sanciona la discriminación por motivos de género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual. Si bien no tipifica delitos específicos como la homofobia, bifobia, transfobia o lesbofobia, contempla un agravante respecto a cualquier delito que sea cometido contra una persona por pertenecer a estos grupos, reforzando así la protección jurídica de la comunidad LGBTI.

4.3 Consideraciones jurídicas del abordaje psicológico

La atención psicológica en Venezuela se rige por la **Ley del Ejercicio de la Psicología (1978) y el Código de Ética Profesional (1981)**. Estos instrumentos establecen obligaciones ineludibles para la atención a personas sobrevivientes de violencia basada en género. Regulan el deber de la confidencialidad bajo la figura del secreto profesional (con sus excepciones legales), el resguardo responsable de la información obtenida en la práctica clínica y la prohibición de toda forma de discriminación basada en el sexo, la religión, las ideas políticas o la condición social de las personas atendidas.

Así mismo regulan la elaboración de informes psicológicos con fines legales, los cuales deben ser suscritos exclusivamente por profesionales que hayan obtenido el título de Licenciado o Licenciada en Psicología expedido por una universidad nacional o extranjera, debidamente revalidado en Venezuela, y con inscripción en el Colegio de Psicólogos correspondiente, y afiliación al Instituto de Previsión del Psicólogo (INPREPSI), conforme a lo establecido en la Ley y su reglamento. No obstante, se exceptuan de estas disposiciones las y los profesionales que se han graduado en el extranjero y contrato con instituciones oficiales para desempeñar

funciones de consultoría técnica o como especialistas, siempre que cuenten con la autorización previa del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria y se registren en el Colegio de Psicólogos correspondiente durante la vigencia de su contrato. Esta excepción resulta especialmente pertinente en contextos de cooperación humanitaria, donde es frecuente la incorporación de profesionales internacionales.

Los informes deben tener la identificación completa del o de la profesional, incluyendo número de inscripción en la Federación de Psicólogos de Venezuela (N° FPV) tal como lo dispone el artículo 5° de la Ley. Además, deben ajustarse al principio de "mínima información necesaria", que significa revelar únicamente los datos pertinentes para el caso, con el fin de proteger la intimidad de la persona sobreviviente y evitar la revictimización. En el apartado sobre el contenido del informe se profundizará este punto.

Para tener validez institucional y legal, el documento debe estar firmado y sellado por la o el profesional responsable. Este requisito legitima el ejercicio profesional y asegura la trazabilidad de la intervención.

En conjunto, estos instrumentos aseguran que la atención psicológica integral responda no solo a criterios técnicos, sino también a los estándares éticos y de derechos humanos. En este contexto, la atención psicológica se configura como un componente esencial del derecho a la reparación, contribuyendo a la restitución de derechos, la recuperación emocional y el empoderamiento de las personas sobrevivientes de violencia basada en género.

Capítulo 5.

Condiciones del proceso terapéutico

El proceso terapéutico no opera de manera aislada; en él intervienen diferentes condiciones que lo influencian y que requieren ser cuidadosamente diseñadas, seleccionadas y desarrolladas para alcanzar los objetivos y el éxito de la atención psicológica. Entre estos factores se encuentran: el equipo profesional que brinda la atención, las usuarias y usuarios que acceden al servicio y el espacio simbólico donde se desarrolla la consulta. Cada uno de estos elementos incide directamente en la calidad del vínculo terapéutico, la seguridad de la intervención y la posibilidad de que la persona sobreviviente recupere su autonomía y su confianza (Judith Herman, 1992).

Desde una perspectiva feminista, estas condiciones no son neutras ni exclusivamente técnicas. El posicionamiento ético del equipo profesional, la capacidad de reflexión crítica sobre el poder inscrito en la relación terapéutica y la creación de un espacio de atención que transmita seguridad y respeto son aspectos relevantes que, van a determinar si el proceso terapéutico contribuye a la reparación o, por el contrario, reproduce dinámicas de opresión (Mabel Burín, 1995).

Esto resulta especialmente relevante en la atención a mujeres y juventudes LGBTI, quienes pueden haber atravesado experiencias previas marcadas por discriminación o trato inadecuado en servicios de salud , lo que exige una atención particular en la construcción de entornos afirmativos, seguros y libres de prejuicios (OPS, 2022). En este contexto, se describen las distintas condiciones que influyen en el proceso terapéutico, las cuales debemos reconocer y gestionar.

5.1 Profesionales de la psicología y su rol

El proceso terapéutico requiere formación específica y responsabilidad ética profesional. En este modelo se establece que la atención psicológica debe ser realizada exclusivamente por profesionales de la psicología, con título universitario y, en Venezuela, con su inscripción en el Colegio de Psicólogos correspondiente y con registro vigente en el Instituto de Previsión del Psicólogo (INPREPSI). Este requisito es fundamental para su habilitación legal en procesos jurídicos que pudieran surgir a lo largo del proceso terapéutico.

Se recomienda que el equipo profesional cuente con experiencia previa en atención a sobrevivientes de violencia basada en género, ya que el desarrollo de esta competencia técnica se logra a través de una práctica reflexiva, crítica, sostenida y supervisada. También es indispensable contar con una formación especializada y continua en temas como violencia basada en género, trauma, derechos humanos, interseccionalidad y psicología feminista. El no manejo de estos temas puede dificultar un lugar seguro de escucha y empoderamiento para las personas sobrevivientes.

5.1.1 Habilidades personales y competencias profesionales

Más allá de la formación técnica, el abordaje de la violencia basada en género demanda ciertas habilidades personales muy definidas; entre ellas que sean personas:

- **Empáticas y sensibles:** con capacidad de comprender la historia de vida de la persona sobreviviente, validar su malestar, reflejarlo y acompañarle en su emoción, lo que facilitará que sienta seguridad y protección.
- **Respetuosas y cercanas en el trato:** que puedan transmitir a la persona sobreviviente que no está sola en este proceso y que será acompañada en todo momento.
- **Conscientes del lenguaje verbal:** saben adaptar los mensajes al contexto de la persona, usando términos claros y comprensibles.
- **Conscientes del lenguaje no verbal:** valoran no solo lo que dicen, sino cómo lo dicen. Controlan expresiones faciales y postura corporal.
- **Proactivas y con disposición para el trabajo multidisciplinario coordinado:** que tengan la capacidad de anticipar necesidades y barreras, coordinar con otros servicios y garantizar continuidad de la atención.

En síntesis, deben transmitir una profunda sensibilidad que permita construir confianza desde el primer contacto; como señala Zaida Yanes (2020) "ser conscientes de la actitud que se muestra ante las usuarias es el primer paso, pues detectan señales de tensión, aburrimiento o rechazo" (p. 67).

5.1.2 Reflexión y consciencia de género

Un punto clave es reconocer que todas las personas, incluidas las psicólogas y psicólogos, se encuentran atravesadas por los mandatos del patriarcado. Por ello, resulta indispensable desarrollar una conciencia de género profunda y sostenida que permita identificar y cuestionar los propios sesgos, privilegios y posiciones de poder que se presenten en el ejercicio profesional. Asimismo, es necesario mantener un trabajo activo y reflexivo para evitar la culpabilización o la minimización de la violencia en el proceso terapéutico (Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005). Del mismo modo, deben tener presente que ocupan una posición de autoridad en la sesión, asumiendo la responsabilidad de cada palabra, gesto o actitud para evitar reproducir dinámicas patriarcales en el espacio psicoterapéutico.

Sin este ejercicio constante, se corre el riesgo de que la intervención psicológica reproduzca inadvertidamente las mismas lógicas de opresión que causaron el daño (Susana Velázquez, 2010); por tanto, se debe transmitir una profunda sensibilidad que permita a las sobrevivientes sentir que no están solas, sino que están acompañadas a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico.

Por otra parte, desde la postura de la psicología feminista, se prioriza que la atención del proceso psicoterapéutico con sobrevivientes sea dirigida por psicólogas, lo que es asumido como premisa en este modelo integral de atención. Esta orientación no solo responde a un posicionamiento ético-político, sino también a la experiencia acumulada en la práctica institucional. En AVESA y PLAFAM, de manera consistente, se ha privilegiado la atención por

psicólogas, en reconocimiento de que, para muchas sobrevivientes, esto facilita la construcción de un espacio de mayor confianza, seguridad y apertura emocional. Esta decisión, intencional y clínica, contribuye a desactivar la jerarquía de género que suele colocar a los hombres en posición de autoridad, disminuye el temor asociado a figuras masculinas tras experiencias de violencia y facilita que la persona sobreviviente recupere su voz en un espacio vivido como más seguro y horizontal. Al respecto, Judith Herman (1992) afirma que al ser una mujer quien dirige la atención, la barrera jerárquica de género se disuelve, permitiendo que la sobreviviente recupere su voz sin el filtro del miedo o la cautela que suele generar la presencia masculina tras un trauma vinculado a hombres agresores. Coincide con Marcela Lagarde (2005), quien destaca que los espacios entre mujeres favorecen la validación horizontal, la identificación y la sororidad, contrarrestando la subordinación histórica y promoviendo un empoderamiento sostenido en la confianza mutua.

Así pues, el género de quien acompaña psicológicamente tiene un impacto directo en la construcción de la relación terapéutica, la percepción de seguridad, la confianza y la posibilidad de que la persona atendida pueda abrirse emocionalmente, especialmente en contextos de violencia de género. Esta orientación no implica un desmérito de la competencia clínica de los psicólogos, ni constituye una restricción categórica; se trata, por el contrario, de una decisión informada por la evidencia de la práctica y por el posicionamiento de la psicología feminista. No obstante, se reconoce que en algunos contextos institucionales puede haber psicólogos en los equipos. En este sentido es importante:

- **Consultar la preferencia:** preguntar a la persona sobreviviente si tiene alguna preferencia sobre el género del profesional que la atenderá, validando y respetando su decisión, sin cuestionamientos a que manifieste incomodidad con un psicólogo.
- **Formación reforzada:** fortalecer la formación profesional, con énfasis en enfoque de género y masculinidades, y acompañar con supervisión clínica continua que permita reflexionar sobre su posición de poder en la relación psicoterapéutica.
- **Conciencia de género:** mantener una conciencia de género activa, atendiendo a cómo su presencia puede ser percibida y a las señales de incomodidad, verbalizadas o no, que la persona atendida pueda manifestar.

Como señala la OPS (2022), ofrecer la posibilidad de elegir el género de la o del profesional debe entenderse como un reconocimiento de que esta preferencia está profundamente vinculada al sentido de seguridad y confianza de la persona sobreviviente. En este sentido, si bien muchas mujeres pueden sentirse más seguras siendo atendidas por otras mujeres,especialmente cuando han vivido violencia ejercida por hombres, también es importante considerar que, en función de sus trayectorias de vida, algunas pueden experimentar mayor sensación de protección, confianza o contención en la relación terapéutica con un profesional hombre. Por ello, esta variable debe ser abordada desde la escucha activa, la validación y el respeto a la autonomía de la persona sobreviviente. En cualquier caso, más allá del género del o de la terapeuta, será determinante su capacidad para construir un espacio seguro, ético, sensible al trauma y libre de prejuicios, que favorezca el establecimiento de una alianza terapéutica sólida y reparadora.

5.1.3 Lenguaje y posicionamiento ético

La forma de nombrar a las personas que acceden a los servicios psicológicos no es una elección neutral ni casual. Refleja una manera específica de comprender su lugar en el proceso terapéutico. Utilizar determinados términos implica tomar distancia de un paradigma tradicional que las sitúa en una posición pasiva o patologizada, y avanzar hacia una mirada que las reconoce como sujetas activas, con agencia y capacidad de decisión sobre su propio proceso.

En este protocolo, como mencionamos en capítulos anteriores, optamos por utilizar el término "sobrevivientes" el cual reconoce la trayectoria de resistencia y resiliencia frente a la violencia, validando su capacidad de agencia y recuperación más allá del daño sufrido (Judith Herman, 1992). Sitúa a las mujeres y a las personas jóvenes LGBTI como sujetas activas que acceden a un servicio al que tienen derecho por ley, posicionándolas como agentes con poder de decisión en su proceso de recuperación. Este uso del lenguaje mantiene un posicionamiento profesional respetuoso y limita las jerarquías del modelo médico-paciente tradicional, donde la persona es vista como un objeto de tratamiento (UNFPA, 2020).

En los servicios especializados en violencia de género, también es aceptado el término "usuarias o usuarios" de manera complementaria, ya que aporta una dimensión necesaria para el reconocimiento de sus derechos y de su experiencia.

El lenguaje transforma el espacio terapéutico, por lo que debemos favorecer el uso de términos respetuosos e inclusivos que reconozcan las pluralidades de edades, orientaciones sexuales, identidades de género, orígenes étnicos, condiciones socioeconómicas y vínculos familiares. Esto incluye respetar el nombre social y los pronombres elegidos por personas trans y no binarias, evitando asumir identidades basadas en la apariencia física. Fomentar este lenguaje inclusivo promueve la autorreflexión y el cambio colectivo, asegurando que ninguna persona se sienta excluida o invisibilizada al buscar ayuda.

5.2 Reflexividad, poder terapéutico y ética feminista

La atención psicológica en contextos de violencia basada en género no puede concebirse como una práctica neutral ni exclusivamente técnica. Se trata de un espacio relacional atravesado por estructuras históricas de desigualdad que configuran tanto la experiencia de la persona sobreviviente como la posición de quien acompaña. En este sentido, la reflexividad constituye una condición ética indispensable del ejercicio clínico feminista.

La reflexividad implica que el equipo profesional examine de manera permanente sus propios supuestos, valores, sesgos y posiciones de poder. La psicología feminista ha señalado que ninguna intervención está libre de los marcos culturales en los que se produce, y que todo profesional de la psicología ha sido también socializado en sistemas patriarcales que modelan expectativas sobre el género, la sexualidad, la maternidad y la autoridad (Mabel Burin, 1995; Esperanza Bosch et al., 2005). Reconocer esta condición no debilita la práctica clínica; por el contrario, la fortalece, porque permite identificar cuándo una interpretación puede estar teñida con juicios implícitos o expectativas normativas que no corresponden a la realidad subjetiva de la persona sobreviviente.

Sandra Harding (1991) ha planteado que el conocimiento situado es más riguroso cuando reconoce su punto de partida. Desde esta perspectiva, la reflexividad no es un gesto introspectivo individual, sino una práctica epistemológica y ética que busca evitar la reproducción inadvertida de relaciones de dominación. En la atención a mujeres y juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género, esta vigilancia crítica es esencial, pues muchas han experimentado invalidación institucional, patologización o cuestionamiento de su credibilidad.

Toda relación terapéutica implica una asimetría estructural. La o el profesional demuestra un saber técnico, legitimidad institucional y control del encuadre. La persona sobreviviente, en cambio, acude en situación de vulnerabilidad emocional y, muchas veces, material. La ética feminista no niega esta asimetría; la reconoce y la gestiona conscientemente. Judith Herman (1992) señala que el trauma supone una experiencia radical de pérdida de control. Por ello, la práctica clínica no puede reproducir dinámicas de imposición o sustitución de decisiones. El poder terapéutico debe orientarse a restituir la agencia, no a reemplazarla.

En términos concretos, significa no imponer interpretaciones cerradas ni presionar decisiones legales o relacionales y construir conjuntamente los objetivos del proceso. Significa también validar la ambivalencia como parte legítima de la experiencia traumática. Muchas mujeres permanecen en vínculos violentos por razones económicas, familiares o de seguridad, y comprender estas complejidades desde un enfoque interseccional impide lecturas simplistas o moralizantes. En el caso de las juventudes LGBTI, la gestión ética del poder exige, además, un posicionamiento afirmativo frente a la identidad y la expresión de género, evitando cualquier forma de corrección, normalización o invalidación (OPS, 2018).

La ética feminista se fundamenta en una comprensión relacional del cuidado (Marcela Lagarde, 2005). No se limita al cumplimiento de normas deontológicas, sino que evalúa el impacto real de la intervención en la vida de la persona sobreviviente. Nombrar la violencia como tal, desmantelar mitos de culpabilización y reconocer los síntomas como respuestas adaptativas al trauma, forman parte de esta postura ética (Judith Herman, 1992). Desde esta perspectiva, el sufrimiento no se patologiza, se contextualiza.

El encuadre terapéutico adquiere aquí un valor central. En violencia basada en género, el encuadre no es un simple marco técnico; es un acto de construcción de seguridad. La previsibilidad, la claridad de roles y la transparencia en los límites de la confidencialidad son condiciones que favorecen la recuperación del control. El consentimiento informado debe entenderse como un proceso continuo, no como un acto administrativo inicial. Explicar las excepciones legales, las modalidades de atención y los objetivos del acompañamiento fortalece la autonomía y reduce la incertidumbre.

Asimismo, el encuadre requiere coherencia discursiva. Utilizar términos que minimicen la violencia -como “conflictos de pareja”- puede reproducir lógicas de invisibilización. La precisión conceptual es también una forma de justicia simbólica. Nombrar la agresión como tal contribuye a desmontar la naturalización cultural del daño.

La reflexividad no se limita al plano individual. La institución que ofrece el servicio también debe interrogar sus prácticas. ¿Se priorizan las metas cuantitativas sobre la calidad de la atención?

¿Se garantizan espacios de supervisión feminista? ¿Existen condiciones materiales que permitan sostener el encuadre? La coherencia entre el discurso institucional y la práctica clínica es un requisito ético fundamental.

En síntesis, la reflexividad, la conciencia del poder terapéutico y la ética feminista constituyen el núcleo que sostiene el proceso terapéutico en la violencia basada en género. Son los elementos que permiten que la atención psicológica no se reduzca a un alivio sintomático, sino que contribuya a la reparación subjetiva, la restitución de derechos y la reconstrucción de la agencia. Sin esta conciencia crítica, el espacio terapéutico corre el riesgo de reproducir, de forma sutil, las mismas estructuras de control que la violencia impone.

5.3 El espacio terapéutico como dispositivo de cuidado y seguridad

El entorno psicoterapéutico funciona como un dispositivo de cuidado y seguridad que debe transmitir seguridad, privacidad y respeto para establecer vínculos de confianza. El espacio destinado a las sesiones debe ser acogedor, cálido y libre de estímulos amenazantes. También debe garantizar condiciones óptimas de seguridad y tranquilidad.

Es recomendable que se encuentre alejado de la sala de espera o de áreas comunes donde pueda haber otras personas, para asegurar la confidencialidad absoluta de la persona sobreviviente y evitar que el proceso sea interrumpido o escuchado por otras personas; esta consideración es una medida de protección a su vida.

Se sugiere evitar el uso de escritorios o mesas que actúen como barrera entre la persona sobreviviente y la o el profesional. En su lugar, se propone la utilización de poltronas, ubicadas de modo que faciliten la proximidad y el contacto visual directo, eliminando los símbolos de poder jerárquico y fomentando un espacio de encuentro igualitario y cercano.

Los espacios deben ser accesibles y simbólicamente inclusivos. Esto implica considerar que la decoración no refuerce estereotipos de género tradicionales y que comunique el lenguaje de la diversidad (ej. baños neutros, materiales de lectura inclusivos y laicos) para que la persona sobreviviente se sienta bienvenida desde el primer momento.

Los espacios terapéuticos son espacios privados e individuales, por lo que las psicólogas pasan mucho tiempo solas con las sobrevivientes; no obstante, existe el riesgo de que por alguna circunstancia se pueda detonar una crisis en la que la persona sobreviviente atente contra la integridad de la psicóloga u otra persona que integre el equipo. Para ello es importante que se adopte como metodología de trabajo, sentarse con el mayor acceso a la salida, que la puerta del consultorio cuente con una pequeña ventana, evitar la presencia de cualquier objeto con el que pueda auto agredirse o agredir a otra persona, y considerar la instalación de un botón de pánico que se pueda activar en caso de alguna situación de emergencia en el espacio.

5.4 Supervisión, autocuidado y cuidado del equipo

La supervisión y la postura de la institución frente al cuidado del equipo juegan un papel fundamental en la creación de una cultura organizacional que prioriza la seguridad y el bienestar

de su personal, dada la exposición a situaciones altamente estresantes y el riesgo de un trauma vicario o secundario al que se encuentran expuestos.

Sobre este punto hay que distinguir entre el autocuidado y las acciones de cuidado del personal. Se habla de **"autocuidado"** como actividades que una persona puede hacer para evitar que el estrés se convierta en algo abrumador y que conduzca a daños físicos, emocionales, mentales y espirituales que perturben su bienestar, calidad de vida y las relaciones personales con el resto del equipo. Aunque el autocuidado suele estar a cargo de la persona de manera individual, es importante para las organizaciones, ya que la productividad y el trabajo a menudo se ven afectados cuando este no se fomenta desde el ámbito organizacional; si el personal que trabaja más directamente con las sobrevivientes -escuchando sus experiencias con la violencia y respondiendo ante ellas con cuidado, empatía y preocupación- no cuenta con el apoyo y la supervisión apropiadas, puede tener sentimientos de agobio, cansancio e incluso a sentir desesperación e indefensión (IASC, 2017).

Para prevenirlo, la organización debe implementar **acciones de cuidado** del personal sobre la base de los recursos y la estructura disponibles. Las Directrices del IASC (2017) para la gestión de casos de violencia basada en género ofrece recomendaciones sobre la manera en que se puede promover la atención del personal:

1. **Respete su horario de trabajo y el del resto del personal.** La mejor política se promueve con el ejemplo. Los tiempos de descanso del equipo son importantes para recargar fuerzas y salir del modo alerta; evite consultas o correos fuera del horario laboral, y utilice los espacios de reunión para los recordatorios pertinentes.
2. **Cree un clima de apoyo y verifique regularmente el bienestar del personal;** un ambiente donde este se sienta cómodo compartiendo información y preocupaciones con usted, hace la diferencia frente a lo abrumadores que pueden ser los escenarios de violencia.
3. **Establezca rutinas, incluso para las reuniones de supervisión y de equipo.** Esto ayuda a ver cómo se avanza en los cumplimientos de meta que suelen ser disparadores de estrés para todo el equipo; no obstante, al compartir la visión pueden generarse estrategias en conjunto que de otra manera no se habrían pensado.
4. **Demuestre regularmente su aprecio por el personal.** Esto puede ser tan simple como comunicar gratitud o elogio por algo que hicieron, organizar refrigerios en las reuniones o incluso algo más elaborado, como un premio al "personal del mes".
5. **Gestione la información.** Comparta información de forma rutinaria y cree un entorno de transparencia. Si el equipo siente que la supervisora confía en él y transmite incluso lo que le preocupa, se genera un ambiente de confianza y apoyo mutuo bastante beneficioso para que el equipo pueda devolver lo que también le preocupa.
6. **Vigile la salud y el bienestar del personal.** Por ejemplo, tenga en cuenta cómo el personal se está cuidando, anímele a tomar descansos para almorzar, etc., y tome nota de los cambios en la apariencia o la salud.
7. **Monitoree los niveles de estrés.** Apoye al personal para que identifique y monitoree los factores estresantes en su vida y desarrolle planes de autocuidado; puede ser tan sencillo como darles la tarde libre u organizar alguna reunión de supervisión en un espacio abierto.

8. **Proporcione oportunidades para el ejercicio y el acceso al aire libre.** Organizar días de "cuidado del equipo" que permitan al personal reunirse para hacer algo divertido o relajante.

9. **Anime al personal a identificar a un "compañero o compañera de autocuidado".** Es decir, otra persona del personal con quien se conecta regularmente para hablar de cómo está y qué tipo de apoyo recíproco necesitan.

10. **Adecúese al personal.** Sea flexible con la respuesta de diferentes personas a crisis personales o laborales (por ejemplo, permitir horarios flexibles si es posible, dar tiempo libre cuando sea necesario, proporcionar supervisión adicional, etc.).

Otra acción de cuidado que debe implementarse es la supervisión. Existen diferentes formas de realizarla, pero las más comunes son la supervisión técnica y la clínica. En el espacio de la supervisión técnica, se discute el estatus del abordaje de casos de forma integral, para tomar decisiones sobre las necesidades de la persona sobreviviente en particular, al igual que sobre las estrategias. Esto permite garantizar los estándares de calidad éticos y técnicos del equipo de psicología; también es una forma de monitoreo y de dar seguimiento a los protocolos de manejo de documentación y coordinación con el equipo para las derivaciones seguras (UNFPA, 2020).

La supervisión clínica es considerada por la Asociación Americana de Psicología como un espacio de confianza entre profesionales donde se exponen las particularidades de los casos con el fin de discutir las estrategias, técnicas de abordaje y el trabajo terapéutico. Según el UNFPA (2020), quien supervisa debe contar con información actualizada sobre las formas de intervención, de este modo se puede garantizar la calidad del servicio en cuanto a la ética, la praxis, las competencias, el mantenimiento de la calidad humana y el trabajo competente.

Recomendaciones para la supervisión clínica:

- ✔ Contar con un espacio privado para la supervisión.
- ✔ Priorizar los encuentros con varios profesionales de la salud mental para hacerlo más nutritivo.
- ✔ Realizarla una vez a la semana.
- ✔ Establecer la dinámica del espacio.
- ✔ Adaptarla a un formato que incluya el autocuidado (evaluar la afectación del caso o casos en la vida personal del profesional, considerar las estrategias de autocuidado, expresar las necesidades, preocupaciones, y en conjunto encontrar soluciones a través de la dialéctica).

La supervisión es un espacio donde el equipo de atención psicológica muestra su vulnerabilidad, ya que al momento de brindar atención tiende a reprimir o negar su lado humano, como una forma de autoprotección; por esta razón es necesario contar con espacios que permitan conectar y reconectar con los sentimientos y emociones que genera esta labor, y por esto debe ser seguro. Es importante que quien supervise reconozca su alcance y sus limitaciones en cuanto a su acompañamiento (José Manuel Jiménez, 2019).

Las personas que supervisan tienen un papel crucial para vigilar el bienestar del personal; sin embargo, es necesario aclarar los límites de su rol, puesto que en el desarrollo de sus funciones no tienen que brindar atención y/o contención a sus colegas, ya que este es un proceso que se trabaja con otros/as profesionales, preferiblemente fuera de los espacios de la organización (José Manuel Jiménez, 2019).

A las organizaciones se les recomienda contar con una figura de supervisión, en una relación de 1 supervisora o supervisor por cada 5 a 8 profesionales de la psicología. La persona encargada de la supervisión es responsable de asegurar que el personal contratado tenga el perfil idóneo, posea el título y esté registrado en el colegio profesional correspondiente, tenga la formación y las habilidades blandas necesarias para el abordaje que se requiera en el servicio. Su función incluye brindar el apoyo necesario para que puedan prestar una atención de calidad, estar disponibles para consultas y contar con espacios de seguimiento, brindar orientación que les dé la oportunidad de discutir su trabajo y recibir una retroalimentación constructiva, monitorear y manejar el estrés del personal y proporcionar más oportunidades de formación.

Quienes lleven adelante la supervisión deben tener varios años de experiencia directa trabajando en el tema y conocer bastante bien el contexto cultural de la localidad; es ideal que hablen con fluidez los idiomas representados en el entorno, o bien que se preparen o se asistan de intérpretes (especialmente importante en el trabajo con comunidades indígenas).

La supervisión ha demostrado mejores resultados cuando es:

- **Regular y consistente:** Establecer horarios fijos permite la preparación del personal. El apoyo puntual es complementario, pero nunca debe sustituir las sesiones programadas.
- **Enfoque colaborativo:** El personal debe liderar su sesión llegando con una agenda clara, identificando casos específicos para discusión y dudas técnicas puntuales.
- **Desarrollo profesional:** Utilizar cada espacio como una oportunidad estratégica para el aprendizaje continuo y el crecimiento.
- **Entorno seguro:** Garantizar un espacio libre de juicios donde el error sea parte del proceso y la retroalimentación sea siempre constructiva.
- **Modelaje de buenas prácticas:** La supervisora debe replicar con la profesional el mismo trato que se espera para las sobrevivientes, aplicando técnicas como:
    - **Escucha activa:** Priorizar la escucha y cuidar la comunicación no verbal.
    - **Comunicación no inquisitiva:** Evitar preguntar "¿por qué?" para no generar defensiva; en su lugar, usar frases como "cuénteme más sobre su estrategia".
    - **Validación y resumen:** Repetir lo entendido para evitar malentendidos (ej. "lo que te oigo decir es...").
    - **Empatía y enfoque en fortalezas:** Reconocer los retos emocionales de la profesional y resaltar sus aciertos antes de sugerir mejoras.
    - **Empoderamiento:** Fomentar que la trabajadora resuelva problemas por sí misma en lugar de darle soluciones inmediatas (IASC, 2017).

Capítulo 6.

Modelo integral de atención psicológica feminista

En este apartado se presenta el Modelo integral de atención psicológica feminista, eje central de este protocolo. Entendemos este modelo como "integral" porque reconoce que la violencia afecta múltiples dimensiones de la vida y, por tanto, requiere una respuesta que articule lo psicoterapéutico, lo psicojurídico y lo psicosocial. No se trata de una receta rígida, sino de una guía flexible que permite adaptar la intervención a los ritmos y contextos de cada persona atendida, manteniendo el compromiso político con la transformación de las desigualdades.

Para describir este modelo, primero presentaremos los fundamentos de la atención, basados en estándares internacionales de calidad y derechos humanos, que establecen las condiciones mínimas que deben garantizarse antes de cualquier intervención psicológica.

6.1 Fundamentos del modelo de atención

La implementación de todo servicio de atención psicológica para personas sobrevivientes de violencia basada en género, debe cumplir con condiciones básicas que garanticen su calidad y efectividad. Estos fundamentos no son negociables, pues constituyen las condiciones mínimas indispensables para que cualquier enfoque teórico o técnico pueda operativizarse adecuadamente. Esto resulta especialmente relevante cuando se adopta un modelo de atención psicológica feminista, pues implica una posición política institucional, comprometida con los derechos humanos y la interseccionalidad.

Para garantizar una atención de calidad, este modelo se alinea con el Paquete de Servicios Esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (ONU Mujeres, 2015). Su cumplimiento es un requisito técnico indispensable y una obligación ética para asegurar una atención segura, digna y libre de discriminación. Los servicios se organizan y se rigen por los siguientes principios, que deben estar garantizados antes de implementar cualquier modelo de atención psicológica:

Disponibilidad: Servicios suficientes, continuos y coordinados. Implica que existan servicios en cantidad y calidad suficientes para responder a las necesidades de todas las personas sobrevivientes, sin importar su lugar de residencia, nacionalidad, origen étnico, clase social, condición migratoria, edad, religión, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra condición (AIDOS et al., 2010).

En términos prácticos, esto requiere contar con equipos de psicología formados específicamente en violencia de género, trauma y diversidad sexogenérica, con una

carga de trabajo adecuada para brindar una atención de calidad y los recursos materiales necesarios para el funcionamiento continuo del servicio. Asimismo, exige una gestión de agenda que permita tiempos de espera razonables, considerando que el motivo de consulta se asocia a situaciones de crisis, y mantener una continuidad en los procesos psicoterapéuticos sin interrupciones injustificadas por falta de personal o de recursos.

Accesibilidad: Servicios sin barreras **físicas**, económicas, culturales o simbólicas. Exige que los servicios sean utilizados efectivamente por todas las personas, sin discriminación. La accesibilidad debe ser física (sedes seguras, cercanas o con alternativas de transporte, y horarios compatibles con responsabilidades de cuidado, considerando que el desplazamiento puede ser un riesgo para la persona sobreviviente y considerar opciones de atención remota cuando sea pertinente); **económica** (servicios gratuitos o de costo mínimo, ya que la situación económica suele ser una herramienta de control por parte de los agresores); y **lingüística** (información en formatos diversos, comprensibles y culturalmente pertinentes, especialmente para mujeres indígenas, migrantes o con bajo nivel de alfabetización) (ONU Mujeres et al., 2015).

En el caso de la atención psicológica feminista se puede incorporar la accesibilidad simbólica y cultural, en la que se sugiere ir desmitificando los estigmas asociados a "ir al psicólogo" o "espacio para tratar la locura". Se sugiere que la información se proporcione en lenguaje comprensible, que incorpore formatos visuales o escritos y materiales psicoeducativos. Para las mujeres y juventudes LGBTI, esto incluye eliminar barreras institucionales como el rechazo por orientación sexual, garantizar el uso del nombre social y asegurar que los espacios estén señalizados como inclusivos.

Adecuación: Servicios centrados en la dignidad y las necesidades de las personas sobrevivientes. Se refiere a que los servicios estén adaptados a las necesidades, contextos y experiencias de las personas sobrevivientes, respetando su dignidad, garantizando su confidencialidad y reduciendo la victimización secundaria (AIDOS et al., 2010).

La atención debe ser culturalmente pertinente, libre de juicios morales y centrada en la autonomía de la sobreviviente. Cuando estos principios no se cumplen, el servicio puede causar más daño que beneficio, reproduciendo las mismas lógicas de exclusión que sostienen y reproducen la violencia. Esto, en la práctica, significa garantizar una confidencialidad estricta que proteja la intimidad de la persona sobreviviente e ir reduciendo activamente la victimización secundaria en el consultorio o en los espacios de atención.

La transversalización de estos fundamentos es una responsabilidad institucional y del equipo profesional. No son criterios deseables, sino condiciones esenciales para que la práctica clínica tenga sentido ético y pueda contribuir genuinamente al empoderamiento y la reparación. Por ello, antes de iniciar cualquier proceso de atención psicológica, la institución y el equipo de profesionales deben verificar que estas condiciones estén garantizadas; podría ser a través de la documentación de los recursos existentes y de la identificación de posibles barreras a prevenir.

6.2 Abordajes transversales del modelo integral de atención psicológica feminista

La atención psicológica en contextos de violencia basada en género tiene unas particularidades a considerar. Debe entenderse como un proceso integral que trasciende los enfoques tradicionales de atención, centrados únicamente en lo individual o en lo clínico. La violencia basada en género se vive como una experiencia compleja que afecta múltiples dimensiones de la vida de las mujeres y de las juventudes LGBTI; reconociendo que su impacto trasciende lo emocional y se entrelaza con las esferas (legal, social, económica, relacional y simbólica) de la vida de las personas sobrevivientes (Judith Herman, 1992).

Se habla de atención integral cuando la intervención psicológica articula, de manera coordinada, flexible y dinámica, distintos ejes complementarios: el acompañamiento psicoterapéutico, psicojurídico, psicosocial y psicoeducativo. Estos ejes de acción no deben ser vistos de forma aislada o como respuestas fragmentadas; deben mantenerse en un diálogo permanente y constante para avanzar tanto en la atención a las personas sobrevivientes como en la comprensión de la problemática sustentada en el patriarcado.

El planteamiento se traduce en "que si abordamos una temática tan compleja como lo es la violencia, desde una sola disciplina sería siempre una mirada insuficiente para dar cuenta de esta problemática" (DEMUS, 2010, p.19).

La literatura y la práctica clínica han evidenciado que, para ofrecer una atención de calidad y con impacto real en la reparación de mujeres y juventudes LGBTI, es indispensable contar con un modelo integral de atención psicológica feminista. Un modelo que ayude a aliviar el dolor psíquico y a la reconstrucción de la subjetividad de las personas sobrevivientes, que también contribuya a la restitución de derechos, al fortalecimiento de redes, a la garantía de protección y a la comprensión y desmontaje de las causas estructurales de la violencia.

Esta integración no es lineal ni debe aplicarse de forma rígida o automatizada. Por el contrario, ha de entenderse como un marco flexible que respeta las particularidades de cada persona sobreviviente, su historia, su ritmo y sus decisiones. Se sostiene desde la empatía profunda y el posicionamiento crítico frente al poder que el acompañamiento en violencia basada en género requiere.

Insistimos, la propuesta desarrollada en este protocolo debe ser entendida necesariamente como un proceso integral, interdisciplinario y contextualizado, que articula los abordajes psicoterapéuticos, psicojurídicos, psicosociales y psicoeducativos, con especial sensibilidad hacia las necesidades de mujeres y juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género, los cuales describiremos a continuación:

6.2.1 Abordaje psicoterapéutico

El abordaje psicoterapéutico constituye el núcleo clínico del modelo de atención psicológica feminista. Se configura como un espacio seguro de elaboración emocional en el que pueden

trabajarse aspectos como el alivio de síntomas, la culpa internalizada por lo ocurrido, la comprensión de la situación de violencia, así como la asimilación y reacomodación de la experiencia traumática en la narrativa vital de la persona sobreviviente (AIDOS et al., 2010).

Este espacio no se limita al manejo sintomático. Si bien incluye la atención de manifestaciones como ansiedad, hipervigilancia, insomnio, irritabilidad, tristeza persistente, disociación o dificultades en la regulación emocional, su horizonte es más amplio: apunta a la reconstrucción subjetiva. Judith Herman (1992) señala que el trauma implica una ruptura de la continuidad de la experiencia y una pérdida profunda de control. En este sentido, el proceso psicoterapéutico busca restituir la seguridad interna, restaurar la capacidad de significar lo vivido y reconstruir una sensación de coherencia personal.

Desde la psicología feminista, este abordaje rechaza la patologización de las respuestas al trauma. Los síntomas no son interpretados como fallas individuales o fragilidades de carácter, sino como respuestas adaptativas ante a situaciones de violencia puntual o sostenida. Validar estas respuestas como comprensibles y legítimas constituye un acto clínico y político a la vez, pues contribuye a desmontar la narrativa cultural que responsabiliza a las mujeres y a las juventudes LGBTI por la violencia sufrida.

Uno de los ejes centrales del trabajo psicoterapéutico es la desarticulación de la culpa y la vergüenza. Muchas personas sobrevivientes han internalizado discursos que cuestionan sus decisiones, su conducta o su permanencia en el vínculo violento. El espacio terapéutico permite identificar estos mandatos, analizar su origen estructural y reconstruir una lectura contextualizada de los hechos. Este proceso no solo alivia el sufrimiento emocional, sino que fortalece la agencia.

Asimismo, el abordaje incluye la elaboración del impacto corporal del trauma. La violencia basada en género no solo deja huellas emocionales, sino también somáticas: tensión crónica, alteraciones del sueño, reacciones fisiológicas intensas ante estímulos asociados al agresor. Integrar cuerpo y psique en el trabajo clínico permite avanzar hacia una recuperación más profunda y sostenida.

La relación terapéutica constituye el principal instrumento de intervención. Se establece desde la horizontalidad, la empatía crítica y el reconocimiento de los saberes situados de la persona sobreviviente. La profesional no se posiciona como la autoridad que define la verdad de la experiencia, sino como acompañante que facilita procesos de comprensión y resignificación. Este vínculo debe sostenerse en la coherencia, la claridad del encuadre y la validación constante.

El proceso psicoterapéutico también contempla la reconstrucción del proyecto de vida, pues la violencia basada en género suele erosionar la autoestima, la autonomía y la capacidad de imaginar el futuro. El acompañamiento clínico facilita la identificación de recursos personales, fortalezas previas y estrategias de resistencia que muchas veces han permanecido invisibilizadas. Reconocer estas capacidades es parte del tránsito desde la posición de objeto de violencia hacia la condición de sujeto de derechos.

En el caso de las juventudes LGBTI, el abordaje psicoterapéutico incorpora además la elaboración del impacto de la discriminación y la violencia por prejuicio. Puede incluir el trabajo sobre homofobia o transfobia interiorizada, experiencias de rechazo familiar y construcción afirmativa de la identidad. La intervención debe garantizar un espacio libre de juicios heteronormativos y cisnormativos, promoviendo una narrativa de dignidad y legitimidad.

En síntesis, el abordaje psicoterapéutico en violencia basada en género es un proceso integral que articula alivio sintomático, elaboración del trauma, desmantelamiento de la culpa, integración corporal y fortalecimiento de la agencia. No se reduce a la intervención en crisis, sino que apunta a una reparación subjetiva profunda y a la reconstrucción de la autonomía. Su desarrollo técnico y metodológico específico se detalla en el capítulo siguiente.

6.2.2 Abordaje psicojurídico

El abordaje psicojurídico integra la atención psicológica con los procesos legales, brindando acompañamiento a la persona sobreviviente en su tránsito por el Sistema de Justicia, un espacio que con frecuencia es vivenciado como hostil, marcado por demandas, demoras y desinformación. Este acompañamiento incluye, entre otros aspectos: orientar sobre el marco normativo que protege sus derechos, facilitar su tránsito por el Sistema de Justicia y ofrecer contención emocional durante cada etapa del proceso, ya que estos espacios suelen generar miedos, frustración, incertidumbre y mucha tensión. Es fundamental para ayudar a reducir la revictimización institucional y fortalecer la autonomía de la persona sobreviviente.

Este abordaje se sustenta en el reconocimiento explícito de que la violencia basada en género es un delito y una violación sistemática de derechos humanos. Como señalan Luisa Kislinger y Magdymar León (2019), "la atención psicológica dirigida a mujeres en situación de violencia posee dos grandes objetivos: el primero centrado en el trabajo psicoterapéutico y clínico propiamente dicho, y el otro, dirigido al reconocimiento de la violencia como delito y al acompañamiento en el proceso legal, también denominado abordaje psicojurídico" (p. 121).

A menudo las personas sobrevivientes de violencia basada en género no se sienten preparadas para enfrentar el Sistema de Justicia, pues esta dinámica les resulta novedosa, intimidante y altamente sensible, especialmente en momentos como declarar en audiencias, asistir a juicios, estar en presencia del agresor, o acudir a evaluaciones en instituciones que no están sensibilizadas ni pensadas para atender las necesidades de las mujeres en estos procesos. Por ello, este acompañamiento debe ser cercano, continuo y respetuoso de la decisión de la persona sobreviviente. Toda participación psicojurídica debe siempre negociarse previamente sin imposiciones ni presiones, fortaleciendo la capacidad de respuesta y autonomía y brindando contención emocional.

La participación de profesionales de la psicología en contextos psicojurídicos exige competencias técnicas, éticas y posicionales específicas entre las que destacan:

Facilitar el acceso a saberes legales: consiste en proporcionar, de manera clara, crítica y accesible, información para que la persona sobreviviente conozca y comprenda

el marco normativo que la protege. Pasa por explicar sus derechos, las posibles rutas de acción y sus implicaciones. Este proceso busca proteger su dignidad, reducir la desinformación y el temor, fundamentalmente para que pueda tomar decisiones informadas, libres y autónomas (Luisa Kislinger y Magdymar León, 2019).

Acompañamiento psicoterapéutico durante el proceso legal: implica brindar contención emocional continua en cada etapa del procedimiento judicial. Es especialmente necesaria en momentos clave como: presentación de la denuncia -si decidiese hacerla-, declaraciones, audiencias, solicitudes de revisión de medidas cautelares y lectura de la sentencia. Implica también preparar psicológicamente a la persona sobreviviente para cada comparecencia, canalizar emociones como el miedo, la rabia o la desesperanza y reforzar su empoderamiento reconociéndole su capacidad de resiliencia.

Evaluación psicológica para el Sistema de Justicia: el objetivo es realizar evaluaciones e informes psicológicos solicitados por instancias judiciales como elementos de prueba de los hechos denunciados. Estos documentos deben describir clínicamente los impactos psicológicos de la violencia, las dinámicas de poder y control presentes, la relación entre los hechos victimizantes y las secuelas observadas. Así como centrarse en evidenciar el daño subjetivo, tal como lo recomienda DEMUS (2010). Para profundizar, ver el Capítulo 7.

Este abordaje reconoce que la justicia no es solo penal, sino restaurativa, simbólica y social. Por ello, el abordaje psicojurídico se enfoca en visibilizar las dinámicas de poder, control y coerción que caracterizan la violencia basada en género, desmontando mitos que responsabilicen o cuestionen la conducta de la persona sobreviviente (Janice Yoder, 2015).

6.2.3 Abordaje psicosocial y psicoeducativo

Los abordajes psicosocial y psicoeducativo permiten concebir la atención psicológica feminista más allá de un espacio de contención individual, incorporándolos también como un espacio para la transformación social. Reconocen la violencia basada en género no como un fenómeno aislado, sino como una expresión de relaciones estructurales de poder, normas culturales patriarcales, heteronormativas y cisnormativas que se reproducen en los entornos familiares, comunitarios e institucionales (Luisa Kislinger & Magdymar León, 2019; AIDOS et al., 2010).

Ambos ejes intervienen en el entorno y en la conciencia crítica de las personas sobrevivientes, enmarcando su experiencia en un contexto social y cultural patriarcal que reproduce y legitima la violencia.

Abordaje psicosocial

El abordaje psicosocial, busca restaurar y fortalecer las redes de apoyo familiares, comunitarias e institucionales y garantizar el acceso a servicios básicos que son condiciones necesarias para la recuperación integral: educación, protección legal y apoyo económico. Este enfoque parte del principio de que el bienestar psicológico es imposible sin seguridad material y estabilidad social (Amalio Blanco & Sergi Valera, 2007).

Implica también articulación interinstitucional estratégica, ética y coordinada con organizaciones y redes. Como señalan Luisa Kislinger y Magdymar León (2019), "para ello, es preciso un trabajo coordinado entre las diferentes instituciones" (p. 119). Esta articulación no sólo responde a necesidades inmediatas, sino que también contribuye a prevenir la reproducción de la violencia y a construir entornos protectores.

Este abordaje prioriza cuando sea deseado por la persona sobreviviente:

- ✔ Coordinar y facilitar acceso a recursos materiales, de seguridad, jurídicos y comunitarios como condición para la reparación emocional del trauma.
- ✔ Trabajar con familias, redes afectivas y grupos de apoyo para construir y promover entornos seguros, no culpabilizantes, no violentos y afirmativos. Así como para transformar normas y actitudes que toleran la violencia y discriminación.
- ✔ Favorece el empoderamiento y el incremento del apoyo social en la percepción de las personas sobrevivientes, especialmente en contextos donde la violencia ha generado aislamiento o ruptura de vínculos, y de consideración particular en el caso de la población joven LGBTI.

Abordaje psicoeducativo

El abordaje psicoeducativo está orientado a coeducar sobre el origen de la violencia en la estructura patriarcal, apoyar su deslegitimación y ayudar a las personas sobrevivientes a disminuir la sensación de culpabilidad en su historia de violencia. Se convierte en una herramienta poderosa de prevención, empoderamiento y desnaturalización de la violencia, al cuestionar los mandatos de género. Desmontar la culpa favorece el inicio del camino hacia la resignificación de la experiencia y la recuperación de la agencia.

Se implementa mediante la entrega de información clara, validada y accesible sobre el ciclo de la violencia, sus distintas manifestaciones y su reconocimiento como una grave violación de los derechos humanos. Esta información se puede transmitir a través de múltiples herramientas como materiales visuales y gráficos adaptados, audios guiados, recursos digitales e interactivos, respetando siempre los ritmos, saberes y contextos de cada persona. Para las juventudes LGBTI, la psicoeducación incluye trabajar la deconstrucción de la homofobia y transfobia interiorizadas, junto con el fortalecimiento de identidades afirmativas (OPS, 2018).

Asimismo, este abordaje se articula con el enfoque interseccional, visibilizando el impacto de las condiciones socioculturales y cómo estas se entrecruzan con el género. De este modo, la psicoeducación no solo informa, también valida diversas trayectorias y promueve una recuperación contextualizada.

Insistimos en que este **modelo integral de atención psicológica feminista** debe entenderse como un proceso integral, que articula los abordajes psicoterapéuticos, psicojurídicos, psicosociales y psicoeducativos de manera transversal. La Tabla 3 presenta un resumen que sistematiza estos abordajes con orientaciones para facilitar su aplicación en la práctica cotidiana:

TABLA 3.

Abordajes transversales del modelo integral de atención psicológica feminista

Abordajes /Ejes	Qué busca	Acciones clave	Orientaciones para la práctica
Psicoterapéutico núcleo de la práctica clínica.	Alivio de síntomas. Reconstrucción subjetiva. Restitución de agencia.	- Validar respuestas al trauma como adaptativas. - Desarticular culpa y vergüenza. - Integrar impacto corporal del trauma. - Reconstruir proyecto de vida.	*"Nombrar lo vivido a tu propio ritmo puede ayudarte a ordenar la experiencia."* *"Tu relato es válido; ponerlo en palabras también forma parte del proceso y permite avanzar en tu recuperación."* *"Si te resulta difícil expresarlo con palabras, podemos apoyarnos en el dibujo, la escritura, el cuerpo, recursos visuales."* *"Lo que sientes y cómo reaccionaste pueden entenderse como una respuesta humana frente a una situación violenta que has vivido."*
Psicojurídico (acompañamiento en justicia).	Reducir revictimización institucional. Fortalecer la autonomía en procesos legales.	- Facilitar información clara y sencilla sobre derechos, rutas e implicaciones. - Contención emocional y acompañamiento para audiencias/ declaraciones. - Elaboración de evaluaciones e informes psicológicos con enfoque de género.	*"Antes de una declaración o una audiencia, podemos preparar juntas lo que necesitas saber para que te sientas más cómoda y orientada."* *"Mi tarea es acompañarte sin presiones, respetando tus tiempos y cuidando que el proceso no te exponga innecesariamente."* *"Mi rol es que tengas toda la información para decidir. Cualquiera que sea tu elección, la respetamos y te acompañamos."* *"Es válido tener miedo. El sistema no siempre es amable, pero no tienes que enfrentarlo sola. Vamos a prepararnos paso a paso, y te acompañaremos en lo que necesites."*
Psicosocial (redes de apoyo y entorno).	Restablecer redes de apoyo. Facilitar el acceso a recursos básicos y transformar entornos.	- Articulación interinstitucional ética. - Trabajo con familias/ redes para construir entornos seguros. - Facilitar el acceso a recursos materiales y comunitarios.	*"Si estás de acuerdo, podemos identificar e involucrar a tu familia o red cercana que puede ofrecerte apoyo seguro."* *"El abordaje también incluye coordinar con otros servicios para responder a tus necesidades de manera integral y sin duplicar esfuerzos."*

Psicoeducativo (desnaturalización y empoderamiento).	Desmontar culpa. Visibilizar causas estructurales. Fortalecer la visión crítica de la VbG.	- Información accesible sobre el ciclo de la violencia y derechos. - Herramientas para identificar violencias invisibilizadas. - Deconstrucción de mandatos de género y prejuicios interiorizados.	*"Vamos a revisar juntas cómo operan las violencias para reconocerlas sin normalizarlas ni sentir culpa."* *"Es posible que hayas creído que debías aguantarlo o que era tu culpa, pero la violencia nunca es responsabilidad de quien la vive."* *"También podemos cuestionar los mensajes o mandatos que te hicieron creer que debías soportar la violencia."*

6.3 Consideraciones específicas para la atención de juventudes LGBTI

La atención psicológica a juventudes LGBTI sobrevivientes de violencia basada en género requiere competencias técnicas, éticas y políticas específicas. Aunque comparten con las mujeres el hecho de ser afectadas por dinámicas estructurales de género, las juventudes LGBTI enfrentan formas diferenciadas de violencia asociadas a la orientación sexual, identidad y expresión de género, así como riesgos adicionales derivados del prejuicio social y de la discriminación institucional. Por ello, el modelo de atención debe incorporar un enfoque afirmativo, interseccional y jurídicamente informado.

6.3.1 Violencias diferenciadas y riesgos específicos

Recordemos que las juventudes LGBTI están expuestas a formas particulares de violencia que operan tanto en el ámbito familiar como escolar, comunitario, laboral e institucional. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015) ha documentado que muchas de estas violencias se ejercen como castigo por desafiar normas heteronormativas o cisnormativas. Además de las ya descritas anteriormente, se incluyen:

- Violencia correctiva (incluyendo agresiones sexuales para "corregir" la orientación sexual).
- Rechazo o expulsión del hogar.
- Revelación no consentida de la orientación o identidad (*Outing* forzado).
- Acoso escolar persistente.
- Violencia simbólica y humillación pública.
- Negación del nombre social o de la identidad de género.

Estas formas de violencia suelen producir aislamiento social, precariedad económica y ruptura de redes de apoyo. La evidencia empírica indica que las personas jóvenes LGBTI presentan mayores tasas de depresión, ansiedad, consumo de sustancias e ideación suicida, en comparación con sus pares heterosexuales y cisgénero (Meyer, 2003; OPS, 2013). El modelo de estrés de minorías desarrollado por Meyer (2003) explica que no es la identidad LGBTI en sí misma la que genera mayor vulnerabilidad psicológica, sino la exposición constante a estigmatización, discriminación y violencia estructural.

En contextos donde predominan discursos conservadores o punitivos, la violencia puede provenir incluso de actores institucionales. La OPS (2018) ha señalado que la discriminación en servicios de salud constituye una barrera significativa para el acceso oportuno a la atención psicológica, incrementando el riesgo de cronificación del malestar.

Desde una perspectiva clínica, estas realidades obligan a evaluar tanto el daño directo producido por un evento violento, como el impacto acumulativo del prejuicio, la exclusión y la invisibilización.

6.3.2 Principios afirmativos y confidencialidad reforzada

La atención psicológica a juventudes LGBTI debe basarse en principios afirmativos. Esto implica reconocer la orientación sexual y la identidad de género como dimensiones legítimas de la experiencia humana, no como problemas a corregir o neutralizar (APA, 2012; OPS, 2018). Las intervenciones deben orientarse a fortalecer la autoestima, validar la identidad y desmontar procesos de homofobia o transfobia interiorizada.

La práctica afirmativa supone:

- Uso respetuoso del nombre social y pronombres elegidos.
- Reconocimiento explícito de la violencia por prejuicio.
- Evitar presuposiciones heteronormativas.
- Validar experiencias de discriminación como reales y estructurales.
- Promover narrativas de dignidad y pertenencia.

En el caso de las personas jóvenes que aún dependen económicamente de su familia, la confidencialidad adquiere una dimensión reforzada. La revelación no consentida de información sobre la identidad de género o la orientación sexual puede exponer a la persona a violencia física, expulsión del hogar o abandono. La CIDH (2015) y la OPS (2018) subrayan que la protección de la información debe ser rigurosa y contextualizada al riesgo.

El consentimiento informado debe incluir una explicación clara sobre los límites de la confidencialidad, especialmente en contextos en los que la legislación contemple notificaciones obligatorias en casos de riesgo vital. No obstante, cualquier acción que incluya divulgación de información sensible debe evaluarse cuidadosamente, priorizando la seguridad de la persona joven.

6.3.3 Tensiones éticas y legales en la atención a juventudes LGBTI

La atención a juventudes LGBTI puede situar a las profesionales frente a tensiones éticas y legales complejas. Estas tensiones suelen emerger en escenarios como:

- Solicitudes familiares de información sin consentimiento del o de la joven.
- Conflictos entre la autonomía progresiva y patria potestad.
- Situaciones de violencia intrafamiliar donde el agresor es representante legal.
- Procesos judiciales en contextos de discriminación institucional.

Los marcos internacionales de derechos humanos -incluyendo los Principios de Yogyakarta (2007) y las recomendaciones del Comité CEDAW (2017)- establecen que la orientación sexual y la identidad de género están protegidas bajo el principio de igualdad y no discriminación. En consecuencia, los servicios de salud deben garantizar un trato digno y confidencial.

Desde una perspectiva ética, la práctica debe equilibrar el principio de autonomía con el deber de protección. En adolescentes, esto implica reconocer la capacidad progresiva de toma de decisiones, conforme a estándares de derechos de la niñez y adolescencia (UNICEF, 2019). Cuando exista riesgo inminente de daño, las decisiones deben ser colegiadas, documentadas y fundamentadas en criterios de seguridad.

Otra tensión frecuente radica en contextos donde las normativas nacionales no contemplan explícitamente la protección de identidades diversas. En estos casos, el marco de derechos humanos internacionales y los principios de no discriminación orientan la práctica clínica, reforzando la obligación ética de no reproducir exclusiones.

6.4 Dimensiones del abordaje psicológico

Este protocolo propone un modelo integral de atención organizado en dimensiones y no en fases lineales o sesiones cerradas. Esto significa que el proceso terapéutico no sigue una secuencia rígida, sino que se adapta a los ritmos, las necesidades y los contextos de cada persona sobreviviente. Las dimensiones pueden trabajarse de manera simultánea y flexible: una persona sobreviviente puede estar trabajando en la construcción de seguridad mientras al mismo tiempo elabora aspectos emocionales del trauma, o puede volver a una dimensión ya transitada cuando surgen nuevos riesgos o cambios en su contexto.

6.4.1 Construcción de seguridad y reconocimiento

La construcción de seguridad y reconocimiento es la dimensión fundamental sobre la cual se sostiene todo el proceso terapéutico. Busca establecer las condiciones éticas, físicas y emocionales necesarias para que la persona sobreviviente pueda confiar en el proceso. Sin un entorno seguro y una validación inicial de la experiencia, no es posible avanzar en la elaboración del trauma. Aunque esta dimensión se intensifica al inicio del contacto con la psicóloga, debe mantenerse y revisarse constantemente a lo largo del abordaje.

Esto implica establecer el vínculo terapéutico basado en la confianza y el respeto, conocer y evaluar el caso, a través del levantamiento de información para la identificación de necesidades, validar la experiencia de violencia como real e injusta, y realizar una evaluación inicial de riesgos físicos, psicológico e institucionales.

El vínculo terapéutico comienza desde el momento en que la persona sobreviviente ingresa al servicio y antes de la sesión formal. El primer contacto debe estar orientado a reducir la tensión y el miedo que suele generar enfrentarse a espacios institucionales tras haber vivido violencia. El objetivo es brindar una sensación de calma inmediata y seguridad que inicia desde que se recibe en las salas de espera. Se debe saludar, hacer una presentación del espacio de trabajo, del o de la psicóloga que le atenderá y de cómo se desarrollará el proceso terapéutico en sí mismo, explicando lo que sucederá en la sesión para reducir la incertidumbre (frecuencia, duración, horarios y la metodología de trabajo).

Dar estructura es especialmente importante para quienes han atravesado situaciones de violencia, pues requieren entornos predecibles que les brinden una sensación genuina de control, respeto, calma y seguridad (Judith Herman, 1992).

Por su parte, el **registro de información** es un proceso fundamental para detectar necesidades, potencialidades y conocer los contextos en los que se encuentra la persona sobreviviente, pero no debe realizarse de manera interrogativa. El objetivo es motivar un relato espontáneo que permita explorar su historia, las dinámicas familiares, los hechos de violencia y sus consecuencias.

Requiere que se dé como un proceso de acompañamiento en el recorrido de la situación vivida. Escuchar con empatía y respeto, permitiendo que verbalice lo que le preocupa. Se pueden reflejar aspectos relevantes para la toma de consciencia, pero sin culpabilizar.

La validación inicial es especialmente relevante pues muchas mujeres y juventudes LGBTI llegan al servicio con sentimientos de culpa, vergüenza o duda sobre su propia experiencia. Como señala Zaida Yanes Bethencourt (2020), "se corre el riesgo de que la culpa aumente cuando se inicia la intervención; es importante dedicarle algún tiempo a desculpabilizar, a normalizar y a dar sentido a su experiencia" (p. 70).

En este proceso, se recomienda caracterizar los hechos de violencia vividos, que de acuerdo con el modelo de AIDOS et al. (2010) pasa por: determinar momento de inicio, duración, naturaleza de la violencia, vínculo con el agresor, acciones emprendidas, posibles obstáculos encontrados y el sentido que tiene para la persona sobreviviente, todo ello, respetando su ritmo y agradeciendo la confianza por haber compartido aspectos sensibles de su experiencia.

Puede ocurrir que, debido a la condición emocional de la persona sobreviviente, no se pueda trabajar sobre la situación vivida, por lo que se recomienda brindar contención, una escucha sensible y respetuosa, y aprovechar el espacio para la observación clínica.

Es propicio identificar y potenciar la red de apoyo externo con la que cuenta, es decir, figuras de apoyo que le puedan acompañar durante este proceso, brindar información y recursos que le permitan resolver adecuadamente la crisis y ejercer acciones de protección y prevención de otras situaciones de violencia.

La evaluación de riesgo es indispensable y debe actualizarse periódicamente, especialmente ante cambios significativos en la situación de la persona sobreviviente. Determinar el riesgo del momento, valorando la probabilidad de nuevos episodios de violencia, la severidad de las consecuencias y la afectación acumulada en la salud física, mental y psicosocial. Así como identificar factores de riesgo asociados a autolesión o a conducta suicida.

Las urgencias psicológicas requieren coordinación inmediata, protección y la elaboración de un plan de seguridad diseñado en conjunto con la persona sobreviviente, o con algún representante en caso de requerirse porque su condición no se lo permite. Esto puede incluir referencias a casas de abrigo, medidas de protección judicial o consejos de protección (AIDOS et al., 2010).

En la práctica clínica es vital acordar los temas **de confidencialidad y consentimiento**. Estos no son trámites burocráticos y deben ser entendidos como herramientas de empoderamiento y protección. En este contexto **la confidencialidad** es un pilar fundamental de la ética y seguridad. Implica proteger la información personal y sensible que ha sido compartida. El manejo privado de la información se convierte en una herramienta para proteger su integridad física y legal; compartirla sin autorización puede implicar riesgos reales de revictimización, discriminación, persecución, incluso pérdida de custodia.

Es indispensable mantener estrictos niveles de confidencialidad de la información compartida por la persona sobreviviente, desde que ingresa al servicio y durante todo el proceso terapéutico, pues esto fortalece la confianza en los y las profesionales y en las organizaciones que la reciben.

La persona sobreviviente tiene derecho a la privacidad de su historia, identidad, orientación sexual, identidad de género y de sus propias decisiones, y esto se debe comunicar de manera explícita y con un lenguaje no técnico desde la primera sesión. Se pueden utilizar frases como "todo lo que compartas en esta sesión permanece en este espacio. Solo podríamos conversar con alguien externo si tú lo autorizas, o si existe una situación que ponga en riesgo tu integridad o la de otras personas, en cuyo caso se abordaría de manera conjunta".

Se debe comunicar de forma responsable que la confidencialidad tiene algunos límites y de manera clara informarle que la o el profesional tiene que realizar una notificación obligatoria cuando:

- La vida de la persona sobreviviente está en riesgo.
- Un niño, niña o adolescente está en riesgo.
- Una autoridad solicita formalmente información de la atención brindada.
- El agresor es un actor humanitario.

El **consentimiento informado** debe ser un proceso continuo y dialogado, en el que se le informe de manera clara y sencilla sobre sus derechos, el alcance de la atención psicológica y las limitaciones de la confidencialidad, de manera que pueda tomar decisiones autónomas y bien fundamentadas sobre su proceso terapéutico.

La persona sobreviviente tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento y se debe respetar su voluntad, sin presionar. Es importante dejar abierta la posibilidad de que realice preguntas y aclare sus dudas.

De igual manera, hay que comunicar que hay límites legales; una forma de hacerlo pudiera ser: "hay situaciones en las que estoy obligada a reportar el caso a mi supervisora y/o a las autoridades responsables, por ejemplo cuando la vida corre peligro o hay un niño, niña o adolescente en riesgo inminente".

El consentimiento representa un primer acto de fortalecimiento de su autonomía, brindándole la oportunidad de decidir conscientemente sobre su proceso psicológico, ya que muchas sobrevivientes han sido silenciadas o amenazadas para que no revelen lo ocurrido (Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005).

Aunque para las personas jóvenes LGBTI, el abordaje terapéutico no demanda una formación específica diferente a la de las mujeres sobrevivientes de violencia basada en género y sigue el mismo modelo de atención psicológica feminista acá propuesto, sí requiere que se tomen en cuenta algunas precisiones adicionales para garantizar que el enfoque interseccional sea real y efectivo.

Por lo tanto, en esta dimensión se debe considerar la **seguridad identitaria**, es decir, desde el primer momento ofrecer reconocimiento y respeto de la identidad auto percibida, no sólo como un acto de respeto, sino como una medida de seguridad que protege contra la revelación forzada (*outing*):

Preguntar siempre, con naturalidad y respeto, cómo desea ser nombrada la persona y qué pronombres prefiere; por ejemplo: "¿Cómo te gustaría que te llamemos? ¿Qué pronombres sueles usar?". Utilizarlos de forma consistente, incluso si no coinciden con la documentación oficial.

Nunca presuponer identidad de género, orientación ni prácticas sexuales.

En contextos públicos, en salas de espera o ante duda, utilizar el apellido o lenguaje neutro.

Incluir el nombre y pronombre indicados en la historia clínica y otros registros internos, protegiendo su confidencialidad.

También se debe considerar la **confidencialidad reforzada**, pues la revelación no consentida de su orientación o identidad puede generar violencia familiar, escolar, laboral o comunitaria grave. Sobre este punto, se debe explicar con claridad cómo se protegerá la información y acordar formas seguras de contacto.

Y **evaluación de riesgo diferenciada**, en la que se identifique si la familia de origen es fuente de protección o de riesgo, pues es común que personas jóvenes LGBTI sean rechazadas; así como evaluar amenazas específicas a consecuencia de violencia correctiva, outing como mecanismo de control del agresor o institucional en servicios de salud y justicia.

A continuación, se presenta una síntesis de esta dimensión, que facilita su aplicación clínica y el seguimiento de sus objetivos.

TABLA 4.

Abordaje psicológico: Construcción de seguridad y reconocimiento

Dimensión	Objetivo	Qué busca	Orientaciones para la práctica
Construcción de seguridad y reconocimiento	Establecer las condiciones éticas, físicas y emocionales que permitan generar confianza y validar la experiencia como base del proceso psicoterapéutico.	- Iniciar el establecimiento del vínculo terapéutico. - Ofrecer un espacio respetuoso, confidencial, seguro y libre de juicios. - Identificar y monitorear riesgos inmediatos o urgentes. - Prevenir situaciones de violencia de género. - Exponer la problemática y validar la experiencia sin juzgar - Brindar información sobre las sesiones: encuadre, alcances y dinámica de trabajo.	- *"Saludos. Soy [nombre], y estaré acompañándote en este espacio. Antes de empezar, quiero que acordemos cómo trabajaremos y que resolvamos cualquier duda que tengas."* - *"Puedes contarme lo que consideres importante, en el orden que te resulte más cómodo; no necesitas narrarlo todo de una vez ni seguir una secuencia exacta."* - *"Quiero revisar contigo si hoy te sientes segura, si existe algún riesgo inmediato o si necesitas apoyo para protegerte en este momento."* - *"Todo lo que compartas será confidencial, salvo situaciones en las que necesitemos actuar para proteger tu seguridad o la de otra persona. Antes de continuar, quiero asegurarme de que estás de acuerdo con este proceso."*

6.4.2 Comprensión crítica y desnaturalización de la violencia

Esta dimensión está orientada a desculpabilizar a la persona sobreviviente y comprender las estructuras socioculturales que sostienen la violencia. Su propósito es comprender que la violencia basada en género no es un evento aislado, un conflicto interpersonal o una manifestación de "problemas de pareja"; es, por el contrario, consecuencia de un sistema de opresión estructural inherente al patriarcado. Hacer visible cómo se han normalizado los mandatos patriarcales es el punto de partida para que la persona deje de ser víctima pasiva y asuma su condición de sujeta de derechos, capaz de nombrar la injusticia vivida y comprender que no es responsable de la agresión sufrida.

El **desmontaje de la culpa** requiere identificar y cuestionar las creencias internalizadas que sostienen la violencia. Muchas mujeres o juventudes LGBTI llegan al servicio con creencias internalizadas que justifican o minimizan la violencia vivida, y con expresiones como: "fue mi culpa, no debí haber hecho eso", "seguro que si me esfuerzo más, él cambia", en este contexto el **abordaje psicoeducativo** tiene un papel relevante como estrategia de reflexión crítica, para contribuir al cuestionamiento y la transformación de estos mandatos, e ir desmontando el discurso patriarcal y confrontando empáticamente los mitos que sostienen la violencia. Lo que ayuda a la persona

sobreviviente a disminuir la sensación de culpabilidad en su historia de violencia (Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005).

En la práctica clínica, esta dimensión se desarrolla mediante un diálogo constante entre el o la profesional y la persona sobreviviente, en el que la psicoeducación no se impone como una clase magistral, sino que se integra en el proceso terapéutico de manera horizontal. El o la psicóloga debe evitar la neutralidad cómplice que minimiza la agresión; por ejemplo, es fundamental usar términos precisos como "agresión física", "violencia sexual" o "control coercitivo" en lugar de frases como "conflictos de pareja", "problemas conyugales" o "discusiones acaloradas". Recordemos que el uso del lenguaje no es accidental, es intencional y es prioritario nombrar correctamente la violencia, pues es el primer paso para reconocerla como delito y no como un asunto privado, que se resuelve en casa.

Acá también es relevante garantizar el marco de seguridad y confidencialidad ya mencionado, en especial durante el proceso de desnaturalización, pues muchas personas sobrevivientes han sido amenazadas o silenciadas para que no revelen lo ocurrido, y esto les brinda la sensación de protección y validación.

El desmontaje de la culpa requiere tiempo y repetición, será necesario trabajar esta comprensión en múltiples momentos del proceso, especialmente cuando emergen sentimientos de vergüenza, duda o autocrítica.

La comprensión crítica también implica proporcionar conocimientos conceptuales y accesibles sobre los tipos y el ciclo de violencia. Cuando una sobreviviente puede identificar que lo que vive es violencia -económica, psicológica o sexual-, gana herramientas para tomar decisiones informadas, organizar sus ideas respecto a la situación traumática y visualizar con mayor claridad posibles acciones de salida. Así como le permite entender con mayor claridad sus síntomas.

Para juventudes LGBTI, el trabajo de desnaturalización debe incluir el reconocimiento de formas particulares de agresión como la violencia correctiva, el *outing* forzado y la discriminación institucional. Debe considerar el **desmontaje de mitos** y falsas creencias como: "la orientación sexual es una fase que se puede cambiar", ya que aumentan la culpabilización. También incluir el reconocimiento del estigma social como parte del sistema de violencia y hacer visible que la orientación sexual, identidad de género y expresión de género no son causas de la violencia, lo son la heteronorma y la cisnorma inscritas en los sistemas sociales.

En resumen, el fin último de esta dimensión, es que la persona sobreviviente pueda nombrar la violencia vivida, comprender su carácter estructural y reconfigurarse como sujeta de derecho, capaz de tomar decisiones de su propia vida. Como señala Esperanza Bosch-Fiol et al. (2005), "apoyar a la usuaria a entender que todo lo vivido no es normal, no forma parte de las relaciones de pareja y no ha sido responsabilidad suya es el primer paso para superar su situación, para encontrar respuestas, para liberarse de los sentimientos de culpa y recuperar el control" (p. 130).

Para operacionalizar esta dimensión y facilitar su integración en la práctica clínica, véase la Tabla 5.

TABLA 5.

Abordaje psicológico: Comprensión crítica y desnaturalización de la violencia

Dimensión	Objetivo	Qué busca	Orientaciones para la práctica
Comprensión crítica y desnaturalización de la violencia.	Nombrar la violencia con precisión, comprendiendo su base sociocultural y fomentar un análisis crítico que permita reconocerse como persona sujeta de derechos.	- Deconstruir mitos y mandatos patriarcales que normalizan la violencia. - Visibilizar el carácter estructural e interseccional de la VbG. - Cuestionar narrativas de responsabilidad individual y culpa internalizada. - Fortalecer herramientas para identificar violencias invisibilizadas o naturalizadas.	- *"La violencia responde a estructuras sociales, no solo a decisiones individuales ."* - *"Lo que describes no es solo una discusión; estamos hablando de una forma de violencia que vulnera tus derechos y necesita ser nombrada, ponerla en palabras."* - *"También es importante nombrar las violencias que pueden aparecer cuando no se respeta tu identidad o tu orientación, porque el rechazo o la violencia correctiva son formas reales de agresión."* - *"Aunque en algún momento vuelvan las dudas o el contacto con quien te agredió, podemos revisar esto tantas veces como haga falta: la culpa no es tuya."*

6.4.3 Elaboración subjetiva, emocional y corporal

Esta dimensión se centra en el procesamiento del trauma, la regulación emocional y la reconexión con el cuerpo de la sobreviviente. Aborda el profundo impacto que la violencia ha dejado en la subjetividad, las emociones y la experiencia corporal. Su objetivo es acompañar el proceso de restitución subjetiva, permitiendo que los síntomas sean comprendidos como respuestas adaptativas. Requiere acceder a la historia de la violencia vivida por la persona sobreviviente, aplicando herramientas orientadas al alivio de los síntomas, la comprensión del hecho ocurrido, la asimilación y reacomodación de la experiencia (Susana Velásquez, 1999, en Luisa Kislinger y Magdymar León, 2019).

Como señala Susana Velásquez (1999), el trabajo psicoterapéutico en esta dimensión debe orientarse a que la sobreviviente comprenda el hecho ocurrido, pueda asimilarlo y reacomodarlo en su experiencia vital. Esto no significa olvidar lo sucedido, sino transformar la relación con el recuerdo, pasar de una vivencia intrusiva y paralizante a una narrativa más integrada que permita continuar con la elaboración de un proyecto de vida.

En la práctica clínica, la **expresión segura** se desarrolla mediante la construcción de espacios respetuosos, empáticos, sensibles y de confianza, donde se pueda hablar abiertamente de la violencia de género sin que suponga un riesgo para la persona sobreviviente. Resulta también importante privilegiar la expresión de las emociones, que pueda verbalizar pensamientos y sensaciones corporales sin ser juzgada, interrumpida o minimizada.

El o la psicóloga debe escuchar sin sorprenderse ante cualquier relato, por fuerte que sea, validando que todas las reacciones emocionales son legítimas frente a situaciones de violencia. Es decir, escuchar sin interrumpir, sin juzgar, sin minimizar y sin sorprenderse, para que la persona sobreviviente pueda expresarse libremente.

Muchas personas sobrevivientes han aprendido a suprimir sus emociones como mecanismo de supervivencia durante la violencia y a silenciar su dolor para "no molestar". En el espacio terapéutico, se trabaja para que puedan identificar, nombrar y gestionar sus emociones de manera segura y también se valida el derecho a ocupar espacio con el propio dolor, lo que ayuda a restituir el derecho a la propia experiencia emocional.

La violencia deja un fuerte impacto emocional y psicológico que se expresa de manera única en cada persona sobreviviente, en función de su historia, recursos, redes y formas de resistencia; es común que lleguen al servicio con síntomas como ansiedad, insomnio, disociación, alteraciones en la concentración o síntomas somáticos. El propósito será apoyar **el alivio de estos síntomas**, pero también comprender su función y favorecer que la persona sobreviviente los reconozca como reacciones válidas ante el trauma y acompañar su manejo mediante técnicas de manejo del estrés, estrategias de afrontamiento y reactivación de recursos personales.

La violencia, especialmente la violencia sexual, tiene un impacto en la **corporeidad** y requiere un abordaje sensible de este aspecto. El cuerpo suele ser el lugar donde se almacena el trauma, manifestándose como dolor crónico, disociación, rechazo al contacto o hipervigilancia. Se debe abordar la corporeidad con extrema sensibilidad, nunca forzar a la persona sobreviviente a elaborar recuerdos para los que no está preparada. Por ejemplo, se podrían usar frases como "No tienes que tocar ni recordar nada que no quieras. Tú decides el ritmo".

No se debe dejar de lado el abordaje de la **sexualidad**, pues haber experimentado violencia sexual suele generar un impacto profundo en la manera en que las personas viven su sexualidad, dentro de un contexto que culpabiliza y sanciona a quienes han sido agredidas (AIDOS et al. 2010). El o la psicóloga debe trabajar para separar la experiencia traumática de la sexualidad futura, sin presionar hacia ninguna dirección.

En el proceso psicoterapéutico se busca, entonces, acompañar a la persona sobreviviente en la construcción de una comprensión más integrada y amplia de su sexualidad, que trascienda la experiencia traumática y permita recuperar dimensiones positivas integrándose con aspectos positivos de su cuerpo, del contacto afectivo, de la visión de sí misma/o como ser sexuado, entre otros.

Para las juventudes LGBTI, ya que el trauma suele entrelazarse con el estigma social y la discriminación por identidad, se requiere que la elaboración emocional incluya el trabajo sobre la homofobia, bifobia o transfobia internalizadas, pues el impacto acumulativo del estigma social en la salud mental de personas LGBTI (ansiedad, depresión o ideación suicida) puede estar relacionado no solo con la violencia específica vivida, sino con la discriminación estructural sostenida. Adicionalmente, se debe intervenir activamente para separar la identidad de la violencia, a través de estrategias como la visibilización: "Ser trans, lesbiana, gay o bisexual no te hace merecedora de violencia, la violencia es siempre responsabilidad de quien la ejerce", o "el problema no es quién eres, es cómo te han tratado".

En síntesis, el abordaje de esta dimensión se centra en acompañar el proceso de restitución subjetiva, corporal y política de la persona sobreviviente, que implica facilitar la elaboración del trauma de manera que pueda integrar la experiencia vivida en su historia de vida sin que esta la defina por completo.

Con el fin de estructurar el abordaje de esta dimensión y mantener la coherencia en el acompañamiento psicoterapéutico, se presenta la siguiente tabla de síntesis para su aplicación.

TABLA 6.

Abordaje psicológico: Elaboración subjetiva, emocional y corporal

Dimensión	Objetivo	Qué busca	Orientaciones para la práctica
Elaboración subjetiva, emocional y corporal.	Acompañar el procesamiento del trauma, la regulación emocional y la reconexión con el cuerpo, validando los síntomas como respuestas adaptativas y facilitando una narrativa integrada que no defina a la persona solo por la violencia vivida.	- Fomentar la expresión emocional en un entorno seguro. - Validar síntomas y respuestas emocionales como estrategias legítimas y adaptativas. - Restituir la seguridad y la autonomía corporal. - Facilitar la asimilación y reacomodación progresiva de la experiencia. - Trabajar homofobia/ transfobia internalizada; separar; validar que el estigma social es parte del trauma.	- *"Aquí puedes estar triste, enojada, asustada o en silencio. Todas tus emociones tienen sentido."* - *"Tu cuerpo está haciendo lo que aprendió para protegerte. La ansiedad es tu sistema de alarma funcionando; vamos a trabajar para que descanse cuando sea seguro."* - *"Es válido que aparezcan la confusión, distancia o cambios en tus vínculos, pero lo que viviste no define tu sexualidad ni determina de manera exclusiva cómo sentirás en el futuro."* - *"Es normal que tu sexualidad se haya visto afectada. No hay una forma 'correcta' de sentirte."* - *"No se trata de olvidar, sino de que el recuerdo deje de paralizarte. Lo que viviste es parte de tu historia, pero no toda tu historia, ni toda tu vida."*

6.4.4 Recuperación de la agencia y la autonomía

La recuperación de la agencia y la autonomía son un eje central del modelo. En la anterior revisión de los principios de la psicología feminista, se destacó que el objetivo terapéutico no se limita a aliviar el síntoma, sino a que las personas sobrevivientes logren retomar el control de sus vidas, sentirse sujetas de derechos y reconstruir sus proyectos de vida dignos y libres de violencia (Marcela Lagarde, 2000, Esperanza Bosch-Fiol et al., 2005).

Esto implica trabajar la toma de decisiones informadas, el fortalecimiento de la autoestima y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. En este contexto, esta dimensión tiene como objetivo central la restitución de la capacidad de decisión y el proyecto de vida de la sobreviviente, elementos que la violencia basada en género busca anular sistemáticamente. Porque la violencia no solo afecta las emociones y el cuerpo, sino que también quiebra la voluntad de la persona sobreviviente, instalando la idea de que no tiene control sobre su propia existencia (Judith Herman, 2015). Por ello, el trabajo terapéutico se orienta a que la sobreviviente se reconozca como sujeta política con derecho a elegir su camino, pasando de una posición de objeto de la violencia a la de autora de su propia historia. Por lo que recuperar la agencia implica acompañar la recuperación progresiva de su capacidad para decidir desde lo cotidiano hasta lo trascendental: qué comer, con quién hablar, dónde y cómo vivir, continuar o no la relación, restituyendo su autonomía como eje fundamental de la recuperación.

Señala Judith Herman (1992) que "El empoderamiento de la sobreviviente es el principio rector de la recuperación. Esto significa respetar sus decisiones sobre el ritmo y la dirección del tratamiento, incluso cuando la o el terapeuta discrepa" (p. 133), y en la práctica clínica, esta dimensión se desarrolla mediante un vínculo terapéutico horizontal donde la psicóloga o el psicólogo no impone caminos, sino que facilita condiciones para que la usuaria tome decisiones informadas y libres. Esto implica respetar los tiempos de la persona sobreviviente para denunciar, para separarse o confrontar al agresor y para validar sus elecciones, incluso si el equipo profesional considera otras opciones "más seguras", siempre que no haya un inminente riesgo de muerte (Judith Herman, 1992; UNFPA, 2020).

Entre algunas consideraciones para el abordaje de esta dimensión con juventudes LGBTI se deben apoyar procesos de afirmación de identidad (transición social) como actos de autonomía, y de igual manera validar la construcción de "familias elegidas" o redes de apoyo afectivo fuera de la familia biológica.

Para guiar la práctica clínica hacia la restitución progresiva del poder de decisión, se presenta la Tabla 7 con las intervenciones clave y orientaciones de acompañamiento.

TABLA 7.

Abordaje psicológico: Recuperación de la agencia y la autonomía

Dimensión	Objetivo	Qué busca	Orientaciones para la práctica
Recuperación de la agencia y la autonomía.	Restituir progresivamente la capacidad de decisión y el proyecto de vida, acompañando el tránsito de objeto de violencia a autora de su propia historia, respetando sus ritmos y validando sus elecciones.	- Trabajar la toma de decisiones informada, consciente y libre de presiones. - Fortalecer la autoestima y el reconocimiento de recursos internos. - Desarrollar habilidades de afrontamiento y autocuidado sostenibles. - Reconstruir, paso a paso, un proyecto de vida digno y alineado con sus deseos.	- *"Hoy tú decides: ¿por dónde quieres empezar? ¿Prefieres hablar de algo específico o simplemente ver cómo te sientes?"* - *"Recuperar el control de tus decisiones es un derecho. Es importante identificar tus fortalezas y explorar opciones."* - *"Voy a explicarte con claridad las opciones que tienes, junto con sus posibles implicaciones, para que puedas decidir desde tu propia situación y no desde una presión externa."* - *"Hay recursos en ti que quizás no estás identificando como fortalezas, pero que te han permitido sostenerte."* - *"Más allá de lo que has vivido, también podemos pensar en lo que deseas para tu vida, lo que te importa y los pasos que podrían acercarte a ello."*

6.4.5 Articulación con justicia, redes y recursos comunitarios

Esta dimensión reconoce que la recuperación de la persona sobreviviente de violencia basada en género no ocurre de forma aislada; el contexto social, institucional y comunitario puede facilitar u obstaculizar su proceso terapéutico. El abordaje psicojurídico y psicosocial cumplen un rol primordial al articular el trabajo terapéutico con el acceso a la justicia, redes de apoyo y recursos comunitarios, entendiendo que la violencia requiere respuestas integrales.

Su objetivo principal es acompañar a la persona sobreviviente en su tránsito por las rutas legales, protegerla de la revictimización institucional y fortalecer su capacidad de respuesta y autonomía mediante la vinculación con otros servicios de atención con los que cuente la organización, con los de organizaciones aliadas o con los disponibles en el mapeo de servicios existentes en la localidad; esto incluye, por ejemplo: referencias a casas de paso, a instancias del sistema de justicia para la denuncia y dictar medidas de protección, o consejos de protección de niños, niñas y adolescentes (AIDOS et al. 2010). Es importante mencionar que las decisiones en situaciones de riesgo deben ser colegiadas, de esta manera se mitiga actuar precipitadamente sin tener en cuenta todas las consecuencias de una acción.

Se considera que “la atención psicológica dirigida a mujeres en situación de violencia posee dos grandes objetivos: el primero centrado en el trabajo psicoterapéutico y clínico propiamente dicho, y el otro, dirigido al reconocimiento de la violencia como delito y al acompañamiento en el proceso legal, también denominado abordaje psicojurídico” (Luisa Kislinger y Magdymar León, 2019, p. 121). En esta dimensión, la atención psicológica se da bajo la premisa de que el acceso a la justicia es un derecho, pero también una decisión personal que debe ser respetada. Debe quedar claro que el rol de la psicóloga o del psicólogo, no es convencer sobre la denuncia, sino garantizar que toda decisión sea plenamente informada, libre de presiones y respetada.

En la práctica clínica, esta dimensión se desarrolla mediante tres componentes interrelacionados, ya mencionados en el apartado sobre abordaje psicojurídico: Facilitar el acceso a saberes legales, brindar acompañamiento psicoterapéutico durante el proceso legal, y elaborar evaluaciones psicológicas para el sistema de justicia cuando sean requeridas. Este último punto se desarrollará posteriormente con más detalle, por las características que lo involucran.

Implica proporcionar conocimientos conceptuales, críticos y accesibles sobre los marcos legales nacionales e internacionales en violencia de género, explicando la ruta legal, pasos, tiempos, posibles respuestas institucionales y consecuencias emocionales esperables. La persona sobreviviente debe conocer y manejar la información para retomar la autonomía y decidir cómo proceder en esta área. También pasa por brindar contención emocional en cada etapa del procedimiento judicial: presentación de la denuncia, declaraciones, audiencias, medidas cautelares y sentencias, y trabajar con las emociones de miedo, rabia o desesperanza mediante estrategias que refuercen su empoderamiento, pues esto ayuda a reducir la ansiedad asociada al tránsito por la ruta crítica e institucional.

Otro eje fundamental de esta dimensión es la incorporación del abordaje psicosocial, respecto a la articulación con redes y recursos comunitarios. El o la psicóloga debe identificar y conectar a la persona sobreviviente con organizaciones sociales, grupos de apoyo, servicios de salud, vivienda o empleo, entre otros, que puedan fortalecer su proceso de recuperación. Es indispensable que toda propuesta sea coordinada y consentida.

La conexión con redes de mujeres o juventudes LGBTI sobrevivientes es especialmente valiosa para reducir el aislamiento y validar la experiencia. Muchas mujeres se sienten solas en su proceso; saber que otras han transitado caminos similares puede ser empoderador. Es importante respetar si la persona sobreviviente prefiere no participar en grupos y ofrecer atención individual.

Para las personas jóvenes LGBTI, esta dimensión requiere que se precise sobre las barreras específicas en el acceso a justicia y recursos comunitarios, presentes para este grupo. La discriminación institucional es una realidad frecuente, funcionarios/as de justicia, salud o protección pueden minimizar procesos de denuncia o atención por prejuicios homofóbicos o transfóbicos. El o la psicóloga debe preparar a la persona sobreviviente, transmitiendo validación y ofreciendo herramientas concretas. También se debe considerar el riesgo de revictimización por prejuicios institucionales. Frases como “si sientes que no te están tomando en serio por tu identidad, podemos buscar otras instancias para denunciar” o “no tienes que aceptar un trato

discriminatorio, podemos buscar otras instancias". El o la psicóloga debe hacer la exigencia de un trato digno y justo y estar preparada o preparado para interceder o derivar a instancias de protección de derechos humanos cuando sea necesario. Puede conectarla con organizaciones LGBTI especializadas que comprendan las dinámicas específicas de violencia, "Lamentablemente, algunas instituciones no están preparadas para atender a personas LGBTI. Existen organizaciones que sí lo están. ¿Quieres acudir a ellas? podemos apoyarte en eso".

Se debe incluir información sobre derechos específicos, como la Ley Constitucional Contra el Odio, por la Convivencia Pacífica y la Tolerancia y mecanismos de denuncia ante delitos de odio. Muchas personas jóvenes LGBTI desconocen que existen protecciones legales específicas para su población y esta información las empodera para ejercer sus derechos con mayor seguridad.

Para estructurar el acompañamiento interinstitucional y comunitario de manera ética y efectiva, presentamos la Tabla 8, la cual resume los ejes de acción y orientaciones de intervención:

TABLA 8.

Abordaje psicológico: Articulación con justicia, redes y recursos comunitarios

Dimensión	Objetivo	Qué busca	Orientaciones para la práctica
Articulación con justicia, redes y recursos comunitarios.	Acompañar a la persona sobreviviente en su tránsito por rutas legales (si así lo decide), protegerla de la revictimización institucional y fortalecer su autonomía mediante la conexión consentida con redes de apoyo y recursos comunitarios.	- Brindar acompañamiento especializado y contención en procesos legales. - Coordinar derivaciones y articulaciones interinstitucionales con consentimiento explícito. - Promover la toma de decisiones colegiadas en situaciones de riesgo.	*"¿Qué te gustaría lograr con la denuncia? ¿Qué te preocupa que pueda pasar?"* - *"Respira antes de hablar. Si no entiendes una pregunta, pide que la repitan. Tú marcas el ritmo. Te estamos acompañando."* - *"El sistema suele ser lento y eso duele. No es tu culpa. Mientras esperamos, ¿qué identificas que te puede ayudar a no cargar con esto sola?"* - *"Es posible que encuentres barreras institucionales; por eso podemos identificarlas y canalizar un trato digno y respetuoso."* - *"Puedo compartir contigo opciones de apoyo en la comunidad, y tú decides cuáles te resultan útiles y en qué momento quisieras acercarte."* - *"Esta decisión es importante. Voy a conversar con [organización aliada] para asegurar que estamos considerando todas las opciones."*

6.4.6 Cierre simbólico, continuidad y puertas abiertas

Esta dimensión reconoce que el cierre del proceso terapéutico no es una alta clínica en el sentido tradicional, sino más bien, un momento simbólico y profundamente reparador. Es, en sí mismo, un acto ético y de justicia restaurativa, que devuelve a la persona sobreviviente su palabra, la autonomía sobre su historia y la confianza en su capacidad de seguir construyéndola a partir de sus propias decisiones. Su principal objetivo es reconocer, junto con la persona sobreviviente, el progreso alcanzado durante el camino transitado y su lugar recuperado como sujeta de derechos, dejando explícito que el acompañamiento siempre podrá retomarse si así lo requiere. Es importante que no se interprete como un cierre definitivo, sino por el contrario, que se entienda como una puerta abierta para su retorno en cualquier momento, si así lo requiere, entendiendo que la recuperación es un proceso que puede tener altibajos y que la autonomía incluye el derecho a buscar apoyo cuando lo necesite.

En la práctica clínica esta dimensión se desarrolla mediante un diálogo conjunto reflexivo y horizontal, en el que se da sentido a lo vivido en el proceso psicoterapéutico. Se trata de hacer conscientes los logros, lo que no se ha logrado y discutir hasta dónde se quiere avanzar. El o la profesional debe evitar que el cierre se perciba como un final, en especial abrupto, de mucha importancia para tomar en consideración, especialmente para personas sobrevivientes que han experimentado abandono o ruptura traumática de vínculos.

El cierre debe ser acordado conjuntamente, debe ser considerado como un logro de autonomía y debe ser planificado con tiempo suficiente para procesar la separación terapéutica. Incluye que se definan los próximos pasos, aclarando y acordando junto con la persona sobreviviente los recursos disponibles para sostener el progreso fuera del proceso terapéutico. Se puede conversar sobre un plan de autocuidado, con estrategias para identificación de alertas y señales de alarma, el manejo de las emociones e identificación de personas o espacios de apoyo. Es fundamental realizar una devolución de resultados que valide el recorrido transitado, reconociendo que el proceso se llevó a su ritmo y con sus propias estrategias. Esto refuerza la agencia y la autonomía recuperadas.

Para garantizar un cierre cuidadoso, reflexivo y alineado con el enfoque de derechos, presentamos la Tabla 9 que sintetiza las acciones de acompañamiento final.

TABLA 9.

Abordaje psicológico: Cierre simbólico, continuidad y puertas abiertas

Dimensión	Objetivo	Qué busca	Orientaciones para la práctica
Cierre simbólico, continuidad y puertas abiertas.	Validar el cierre como un acto reparador que reconoce el progreso, restituye la autonomía sobre la propia historia y garantiza la continuidad del apoyo si se requiere.	- Favorecer un cierre cuidadoso, reflexivo y consensuado del proceso terapéutico. - Realizar una devolución reconociendo los avances alcanzados y reforzando recursos personales. - Co-construir un plan de autocuidado y prevención de recaídas (alertas, manejo emocional, redes).	- *"Este cierre no es un final, sino el reconocimiento de todo lo que has construido. La puerta siempre estará abierta si necesitas volver."* - *"Hagamos un recorrido por lo alcanzado y lo pendiente, para que te lleves claridad sobre tus fortalezas y los pasos que deseas dar a partir de ahora."* - *"Antes de cerrar, revisemos juntas tus recursos, tus apoyos y algunas señales de alerta que puedan ayudarte a cuidarte."*

Capítulo 7

Modelo de evaluaciones e informes psicológicos

La evaluación psicológica con fines legales constituye una herramienta técnica y ética fundamental de este modelo integral de atención psicológica feminista. Este proceso no puede entenderse como un acto aislado; por el contrario, la psicología feminista parte del principio de que los procesos psíquicos de quienes han vivido violencia deben analizarse dentro del contexto sociocultural patriarcal, considerando las normas, valores y mandatos sobre género y poder que los rodean. La evaluación psicológica no escapa de ellos.

Su objetivo principal es aportar al sistema judicial una comprensión profunda, rigurosa y contextualizada del impacto psicológico por hechos de violencia, abuso o vulneración de derechos (Magdymar León, 2026). Se utiliza como elemento de prueba por parte del sistema de justicia, una vez que se activa un proceso de investigación por delitos de violencia, y a la vez funciona como un instrumento clave para la protección integral de las personas sobrevivientes, visibilizando el daño subjetivo y articulando lo psicológico con lo jurídico.

Para la descripción de este punto usaremos como referencia el modelo descrito en la Guía para la elaboración de informes psicológicos para fines legales de AVESA, elaborada por Magdymar León (2026).

7.1 Finalidad del informe psicológico legal

Refiere la autora que el informe psicológico legal es una herramienta de justicia, cuidado y reparación. Por una parte, representa un documento técnico especializado que ofrece elementos para apoyar la toma de decisiones en el proceso jurídico; por la otra, reconoce y comprende el daño psíquico, producido por la violencia. Trabaja con relatos de dolor, experiencias de violencia, trauma, abuso y profundas afectaciones subjetivas, lo que requiere una alta complejidad ética, técnica y humana para su elaboración. Tiene propósitos claros que definen su utilidad y marco de acción, entre los que resaltan:

Proveer al sistema de justicia de insumos técnicos especializados que permitan: comprender la dimensión psíquica de los hechos investigados y ofrecer elementos para apoyar la toma de decisiones de fiscalías, tribunales, consejos de protección y otros entes competentes.

Visibilizar el impacto emocional y subjetivo: permite mostrar las profundas marcas que deja la violencia en la autoestima, la identidad, los vínculos y el proyecto de vida, incluso cuando no hay huellas físicas. Esto ayuda a reconocer el daño sin exigir la presencia de pruebas materiales.

Prevenir la revictimización dentro del proceso judicial: evita que la persona repita, innecesariamente, su experiencia dolorosa en múltiples espacios institucionales. El informe sistematiza el relato y la afectación clínica, protegiéndola de una exposición innecesaria; por esto se convierte en una herramienta de cuidado que la protege de la exposición reiterada de su sufrimiento.

Protección integral de la persona: a partir de los hallazgos clínicos, el informe puede sustentar la adopción de medidas de protección, la evaluación de riesgos psicoemocionales, la pertinencia de medidas cautelares y la activación de rutas institucionales de resguardo. Cumple una función protectora que busca prevenir nuevas situaciones de violencia y reducir la exposición de la persona a escenarios de mayor vulnerabilidad.

Orientar en la continuidad de los procesos de atención psicoterapéutica y el acompañamiento: sus conclusiones y recomendaciones permiten definir la necesidad de intervención especializada, el tipo de abordaje psicológico requerido, el acompañamiento familiar y la articulación con otros servicios de atención. Este valioso documento no se agota en el ámbito judicial, sino que se integra al modelo de atención integral y de reparación del daño.

Delimitar el lugar técnico de la psicología dentro del proceso judicial: clarifica que la psicología no juzga ni decide el caso, sino que complementa el proceso judicial desde su campo técnico, delimitando con claridad las fronteras entre la evaluación clínica y la decisión jurisdiccional.

Contribuye a los procesos de restitución de derechos y reparación simbólica y emocional del daño: al reconocer formalmente la afectación psíquica producida por la violencia, el informe legitima la experiencia de la persona sobreviviente, valida su palabra y combate la invisibilización histórica del sufrimiento de mujeres, niñas, niños y adolescentes. Este reconocimiento resulta fundamental no solo para el proceso judicial, sino también para la reconstrucción subjetiva de quien ha sido vulnerada.

7.2 Estructura del informe psicológico legal

El informe debe dar cuenta de manera rigurosa y organizada de los resultados de la evaluación clínica, la observación profesional y el uso de instrumentos psicológicos válidos realizados directamente a la persona evaluada. Su estructura no responde únicamente a una exigencia formal del sistema de justicia, sino a la necesidad ética de expresar con claridad el estado psicológico, el impacto subjetivo de los hechos y la relación entre la afectación emocional y la violencia vivida, sin quedar determinado por interpretaciones externas ni por el relato de terceros (Magdymar León, 2026).

Según la autora, todo informe psicológico legal debe seguir la siguiente estructura:

Datos de identificación: se consigna la información esencial de la persona evaluada y los datos profesionales de la psicóloga o del psicólogo responsable. Esto permite ubicar formalmente el informe dentro del proceso judicial y garantiza la validez legal, manteniendo la condición de la persona como sujeta de derechos y no como objeto de registro administrativo.

Motivo de consulta o evaluación: se deja claramente establecido si la persona acude por iniciativa propia, referencia institucional o solicitud judicial. Se consignan los datos formales del oficio de remisión, número de expediente y fecha de solicitud para delimitar la finalidad del informe.

Proceso de evaluación: se describe de manera clara y transparente cómo se llevó a cabo la evaluación (número de sesiones, fechas, técnicas empleadas, tipos de entrevistas y pruebas aplicadas). Se documentan situaciones relevantes como crisis emocionales o nuevos hechos de violencia. Esto permite que el sistema de justicia comprenda que las conclusiones se derivan de un proceso clínico y no de una única entrevista aislada.

Antecedentes personales y situación actual: se contextualiza la vida de la persona antes y durante los hechos (historia personal, familiar, médica, psicológica, educativa, laboral y relacional). Esto permite comprender el contexto en el que se produce el daño psicológico y el momento vital en el que se encuentra la persona, sin funcionar como justificante de la violencia.

Descripción de los hechos: es un apartado sensible, que se construye prioritariamente a partir del relato de la persona evaluada, en tercera persona y utilizando verbatims para preservar la fidelidad de su discurso. No debe estar determinado por relatos de terceros, salvo excepciones justificadas (casos de niños, niñas , personas con severas limitaciones cognitivas o trastornos psicóticos).

Resultados de la evaluación psicológica: eje central que integra el examen mental, observación clínica, signos y síntomas, afectividad, discurso, juicio de realidad, funcionamiento cognitivo, validez del testimonio y resultados de pruebas. Debe responder a lo que le interesa al sistema de justicia (alteraciones en el juicio de realidad, los trastornos asociados a la violencia y la coherencia entre afectación y hechos, coherencia emocional). No toda la información obtenida en la exploración psicológica debe ser incluida, es indispensable que la información clínica no pertinente al objetivo legal se reserve al ámbito terapéutico.

Conclusiones: sintetiza de forma clara y precisa los hallazgos, estableciendo conexiones entre el estado psicológico, los hechos de violencia y la afectación observada. Se apoyan en clasificaciones diagnósticas reconocidas cuando sea necesario, evitando juicios de valor, afirmaciones sobre hechos no probados o el señalamiento de responsabilidad penal.

Recomendaciones: orientadas a la protección integral del proceso psicoterapéutico, la evaluación de otras posibles personas afectadas, la adopción de medidas de protección y la prevención de revictimización. Este apartado expresa que el informe es también una herramienta de resguardo y acompañamiento.

Cierre formal: se detalla la identificación completa de la psicóloga o del psicólogo responsable, número de colegiatura, firma, fecha y lugar de emisión, dejando constancia de la responsabilidad ética, técnica y legal asumida en su elaboración.

Esta estructura expresa un modo de hacer psicología que prioriza la voz de la persona evaluada y la protege, evita que el informe sea determinado por versiones externas, y articula lo clínico con lo jurídico, colocando siempre la dignidad, la verdad subjetiva y la protección de derechos en el centro del proceso.

7.3 Criterios de lenguaje y extensión

Otro aspecto importante que indica Magdymar León (2026), es que la redacción del informe debe realizarse con un lenguaje claro, preciso y técnicamente riguroso, con la calidad técnica necesaria para sustentar decisiones jurídicas. Dado que el informe forma parte de un expediente judicial que será leído por fiscales, jueces-juezas, abogados-abogadas, equipos interdisciplinarios y, en algunos casos, por las propias personas involucradas en el proceso, se recomienda cuidar el uso de la terminología psicológica especializada cuyo significado no sea de dominio en el ámbito legal (por ejemplo, términos como transferencia o mecanismos de defensa) para facilitar la comprensión. Se puede privilegiar el uso de descripciones contextualizadas como por ejemplo escribir "expresa pensamientos recurrentes sobre no querer seguir viviendo, vinculados a la desesperanza tras los episodios de violencia". Es fundamental recordar que cada palabra puede tener efectos directos en decisiones judiciales que impactan profundamente la vida de las personas.

Desde el enfoque feminista, es imperativo evitar expresiones que reproduzcan estereotipos de género, sesgos patriarcales o formas sutiles de culpabilización de la persona sobreviviente. No deben emplearse formulaciones que minimicen la violencia, justifiquen al agresor o trasladen la responsabilidad a la persona evaluada. El lenguaje debe respetar la dignidad y la experiencia subjetiva de la persona que ha sido vulnerada, reflejando claramente la diferenciación entre el relato de la sobreviviente, la observación clínica y los datos técnicos. Igualmente deben evitarse juicios de valor, descalificaciones, afirmaciones no sustentadas clínicamente, ni expresiones que correspondan al campo estrictamente jurídico, como determinación de culpabilidad, autoría del delito o responsabilidades penales, ya que la función del informe psicológico no es juzgar, sino aportar elementos técnicos que contribuyan a que el sistema de justicia pueda cumplir su labor (Magdymar León, 2026).

En cuanto a la extensión, León recomienda que el informe debe ser lo suficientemente completo para cumplir su finalidad legal, sin ser innecesariamente extenso. Se recomienda una extensión entre tres y cuatro cuartillas, salvo en casos de especial complejidad. El informe psicológico legal no es una historia clínica ni un reporte terapéutico detallado; es un documento técnico dirigido al sistema de justicia, que debe incluir únicamente la información pertinente al caso para proteger la intimidad de la persona evaluada y evitar exposiciones innecesarias

7.4 Consideraciones específicas para juventudes LGBTI

La elaboración de informes psicológicos para personas jóvenes LGBTI requiere precauciones adicionales para garantizar que el documento no se convierta en una fuente de riesgo. Dado que la orientación sexual y la identidad de género son datos sensibles, su inclusión en el informe debe responder estrictamente a la pertinencia legal del caso:

- **Confidencialidad reforzada:** la identidad de género u orientación sexual no debe quedar expresa en el informe, si no es relevante para los hechos denunciados, a fin de

evitar *outing* forzado que pueda poner en riesgo a la persona en su entorno familiar o comunitario.

- **Lenguaje no patologizante:** se debe evitar cualquier terminología que sugiera que la diversidad sexo-genérica es un trastorno. El informe debe reflejar con claridad que el malestar psicológico es consecuencia de la violencia, el estigma social, y la falta de redes de apoyo, no de la identidad de la persona. Este enfoque previene dinámicas de revelación forzada, al garantizar que el acompañamiento y la validación no estén condicionados a la visibilización de la identidad, respetando así el ritmo, la privacidad y la autonomía de la persona para decidir cuándo, cómo y con quién compartirla. Se priorizará, en todo momento, un trato respetuoso y la promoción de entornos psicosocialmente afirmativos.

7.5 Cierre formal y carta de remisión

El cierre del informe es el acto mediante el cual el o la psicóloga asume la responsabilidad ética, técnica y legal del contenido. Debe incluir la identificación completa (nombre, cédula, número de colegiatura), cargo institucional, lugar, fecha, firma y sello institucional. Este acto transforma el contenido clínico en un documento con valor legal. Si hubo supervisión clínica, puede incluirse la firma de la supervisora como aval técnico adicional. Y de manera inseparable al cierre, se debe anexar la Carta de Remisión, documento formal mediante el cual la institución hace entrega oficial del informe. Esta carta debe contar con un Número de Referencia Institucional único para garantizar la trazabilidad y el resguardo interno. En ella se describen los datos del ente solicitante, número de expediente y finalidad de la remisión, evitando así usos indebidos del documento. La carta, al igual que el informe, debe estar firmada y sellada, certificando su autenticidad y consolidado el informe como un acto técnico, ético y jurídico (Magdymar León, 2026).

Capítulo 8

Rol, posicionamiento y responsabilidad de la institución

Asumir un servicio de atención psicológica con orientación feminista implica una posición política institucional que cuestiona el modelo médico-psicológico tradicional, que ha tendido a patologizar tanto los comportamientos violentos de los agresores, al atribuirle la violencia a trastornos individuales, como a las propias mujeres agredidas al describir sus consecuencias como una manifestación de psicopatología personal, y evita la neutralidad cómplice que suaviza la agresión, al usar por ejemplo frases como "conflictos de pareja" en lugar de "agresión física".

Por otro lado, desde la concepción del servicio, se debe asumir que, si bien la violencia basada en género puede afectar a cualquier persona, la mayoría de las usuarias van a ser mujeres y adolescentes, como consecuencia de vivir en una sociedad patriarcal que naturaliza la violencia como recurso legítimo para mantener el control sobre sus cuerpos y sus decisiones. Por tanto, el rol de la organización pasa por definir cuál será el público objetivo del servicio y en función a ello tomar en cuenta sus necesidades diferenciadas, manteniendo un enfoque interseccional dependiendo del público a atender, pero como mínimo debe tomar en cuenta a las personas con discapacidad, LGBTI, indígenas, afrodescendientes, entre otras, para acceder a servicios.

En este sentido, es importante que se defina -teniendo en cuenta la población a atender- dónde ubicar los servicios, horarios de atención más convenientes, los mecanismos de ingreso (agenda de citas, días de atención y triaje), y posibilidad de atención remota o presencial. Estas consideraciones ayudan a evitar **barreras de atención**, por ello es conveniente considerar:

- Cargas de cuidado y de trabajo de la población a atender;
- Dinámicas locales (horarios de transporte, costumbres y cultura local);
- Clima y contexto local;
- Conocimiento acerca de los servicios;
- Idioma, nivel de alfabetismo;
- Creencias religiosas predominantes;
- Acceso confidencial al servicio.

Una forma de conocer estas circunstancias y evitar generar barreras en el servicio es escuchar previamente a las posibles usuarias a través de la herramienta del grupo focal. La información que aporten puede ser muy útil para adaptar el servicio a las necesidades locales, por ejemplo el lugar

elegido para las atenciones a fin de garantizar a las sobrevivientes que otras personas no puedan identificarle, pues esto genera una sensación de estigma asociado a la vergüenza de ser señalada.

Cuando el servicio de atención psicológica forma parte de una propuesta con tiempo limitado –como en el marco de un proyecto humanitario- es fundamental considerar que se trata de un proceso que requiere continuidad, desde el primer contacto hasta el cierre del acompañamiento. Este proceso implica un número variable de sesiones, determinado por el ritmo y las necesidades de cada persona. Por ello, no se recomienda incluir este tipo de servicio en proyectos con una duración menor a un año, ya que ello podría comprometer la calidad, continuidad y efectividad del proceso terapéutico. Esta consideración aplica específicamente a intervenciones de carácter temporal y no a programas permanentes, donde la atención puede sostenerse sin las restricciones propias de un periodo de ejecución limitado.

A los fines de contratación del equipo de psicología, es útil que la organización/institución tenga en cuenta la normativa que rige el horario asistencial[2] para profesionales de psicología vigente en Venezuela la cual prevé:

> una jornada de tiempo completo de seis (6) horas diarias, incluyendo una (1) hora de descanso para todos los profesionales de la psicología que efectúan labores asistenciales tales como: atención psicológica de personas de manera individual y/o colectiva, donde se evalúa, analiza, interpreta, diagnóstica, orienta y genera recomendaciones, en base a la exploración psicológica, examen mental, entrevistas clínicas, entrevistas motivacionales, aplicación de pruebas proyectivas y psicométricas, así como el abordaje mediante procesos psicoterapéuticos.

Este horario asistencial, se mantiene vigente en todo el territorio nacional, tanto para todas las instituciones de administración pública como para todo tipo de organización privada. Especificando como una jornada de trabajo, el cumplimiento de un turno sea el mismo de 07:00 am hasta las 12:00 pm o de 01:00 pm hasta las 06:00 pm, esto según disponibilidad del profesional.

En este sentido, la cantidad de personas a atender por día debe contemplar el rango de duración de la jornada asistencial que prestan estas profesionales, ya que como se ha dicho, la carga emocional a la que están expuestas es alta. En este mismo sentido es importante considerar otras disposiciones que si bien no son vinculantes, son altamente útiles a la hora de implementar un servicio de atención. Por ejemplo, la Convención Colectiva del sector salud que rige las prestaciones de servicios psicológicos en centros de salud mental adscritos al MPPS, IVSS e IPASME, otorgan a su personal diez (10) días continuos de Descanso Trimestral no acumulables, cada tres (3) meses de labor cumplida a fin de contribuir a su descontaminación corporal, para optimizar las condiciones de salud y de vida útil del Trabajador y la Trabajadora (Federación de Psicólogos de Venezuela, 2014).

2 Acta Convenio firmada en fecha 18/02/1991, signada por la Federación de Psicólogos de Venezuela, la Oficina Central de Personal y el entonces, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, ratificada por comunicación conjunta N°004593 del 30/07/1992

Como se observa, la postura que asuma la institución frente a la provisión del servicio tiene una relación directa con la calidad de este, el sentido de pertenencia de su personal y en general proveer de condiciones óptimas para que las usuarias sean atendidas con calidad y calidez, por lo que las organizaciones juegan un papel crítico en la creación de una cultura organizacional que prioriza la seguridad y el bienestar de su personal.

8.1 Procedimientos institucionales ético-legales y protocolos de notificación obligatoria

Otro aspecto que la organización debe definir y mantener son los procedimientos claros de denuncia obligatoria, especialmente en casos de explotación y abuso sexual, asegurando que todas las acciones se articulen con la legislación local y las políticas institucionales vigentes.

Aun cuando la confidencialidad es un pilar fundamental para generar confianza y seguridad en las personas que acceden a los servicios (como se explicó en capítulos anteriores), cuenta con límites éticos y legales precisos que el equipo profesional debe conocer y aplicar rigurosamente. Estas excepciones incluyen situaciones de riesgo inminente para la vida o la integridad, afectación de NNA o de personas con discapacidad, así como delitos graves de obligatoria denuncia por ley.

El manejo de estas excepciones requiere protocolos definidos de coordinación interinstitucional, registro documentado y supervisión especializada. Cuando el personal requiera orientación para brindar una atención adecuada o responder a requerimientos de otras instituciones, deberá consultar a su supervisora o supervisor. Cualquier situación que active los límites de la confidencialidad debe derivar en una respuesta articulada que priorice la protección inmediata y el acompañamiento continuo de la persona sobreviviente. En este proceso, se garantizará el consentimiento previo, expreso y directo de la persona sobreviviente, salvo en los casos de urgencia o de riesgo inminente ya mencionados.

Por ello, la organización debe mantener políticas actualizadas contra la explotación y el abuso, así como vías de notificación socializadas internamente y alineadas con los estándares de derechos humanos y el principio de no revictimización que sustentan este protocolo. Asimismo, se recomienda la formación continua del personal en legislación aplicable y procedimientos de prevención, asegurando una gestión ética, transparente y centrada en la persona.

8.2 La provisión de servicios de manera remota

Cada vez es más frecuente que los servicios de psicología se brinden de manera remota, lo cual facilita la superación de enormes barreras de acceso. Sin embargo, deben conservarse las mismas condiciones de seguridad y confidencialidad que se mantendrían si el servicio fuese presencial; para ello pueden ser útiles las recomendaciones del UNFPA (2020) para la prestación de servicios remotos (por ejemplo puede verificarse a través de video llamada que se encuentra en una habitación sola) y expresarse el consentimiento de manera verbal o a través del chat de WhatsApp y luego este se anexa al consentimiento informado. Si con posterioridad se logra un contacto personal con la usuaria se recaba la firma del consentimiento en el formato físico y se siguen las mismas indicaciones que para la atención presencial.

8.3 Criterios de calidad de la atención – Monitoreo y retroalimentación

La atención de personas sobrevivientes pasa también por escuchar su punto de vista antes, durante y posterior a la atención. Esto se puede hacer a través de diferentes mecanismos como: encuestas de satisfacción del servicio, grupos de escucha activa y la supervisión continua del equipo, entre otros.

Es especialmente importante valorar lo que las usuarias de los servicios pueden aportar para su mejoramiento, en cuanto a calidad de atención, ubicación, adaptabilidad o barreras que pudieron experimentar para considerar estas experiencias como aspectos no contemplados en el proyecto o líneas de posible interés de la organización a profundizar.

Involucrar regularmente a las usuarias para monitorear su comprensión sobre los puntos de acceso en las rutas de remisión a servicios externos a la organización, puede resultar muy útil a la hora de identificar deficiencias (ej. violaciones de la confidencialidad, seguridad, respeto y no discriminación) de cara a la formulación de nuevas propuestas.

8.4 Gestión de riesgos institucionales

Sobre este punto es especialmente importante considerar el contexto en el que se desarrolla el servicio. La ubicación geográfica y las dinámicas de funcionamiento por territorios de la criminalidad en la zona, tienen un impacto en los servicios que debe considerarse. La ubicación del servicio debe ser lo más neutral posible para evitar que sea excluyente como ya se explicó; sin embargo, es importante que el espacio también garantice condiciones de seguridad y preservación del equipo, por lo que la iluminación, instalación de cámaras de seguridad, vías de acceso, conectividad del transporte público y la identificación (o no) del espacio físico son factores a tener en cuenta.

Es esperable que a consecuencia del trabajo terapéutico se generen cambios en las usuarias atendidas por el servicio que modifiquen la dinámica inicial y la manera de relacionarse con su entorno, incluida la relación con su agresor; por lo que la institución asume el riesgo de ser vista como intrusiva en “asuntos de pareja” que le “meten ideas en la cabeza de las mujeres” y que si les hacen caso “se van a quedar solas”, que vienen a “destruir familias” y otras creencias, fuertemente arraigadas en la idea patriarcal de que las mujeres deben hacer sacrificios por el bien de su matrimonio o de la familia. Por lo que, la organización debe prepararse ante visitas del agresor a las instalaciones o en las adyacencias a las mismas para acosar a las usuarias o al equipo. Es importante estar en contacto con las autoridades locales, tener a la mano sus números telefónicos en caso de emergencia y, de ser posible, cámaras de seguridad para documentar cualquier situación.

8.5 Planes de seguridad

Otras circunstancias a considerar a la hora de atender a usuarias de un servicio de psicología sobrevivientes de VbG son las circunstancias de la dinámica entre el agresor y la usuaria, así como

las características de ambos; por ello, saber si existe convivencia entre ambos en una misma casa, es un factor a tener en cuenta a la hora de evaluar la seguridad del servicio, la presencia de armas de fuego, historial de consumo de drogas o alcohol, amenazas de femicidio/suicidio, pertenencia a bandas delictivas, conductas agresivas hacia otros integrantes de la familia, mascotas, etc.

Un plan de seguridad no es más que una descripción de previsiones que debe tomar el personal para ponerse en contacto con una usuaria y de los momentos en los cuales serán los pasos a seguir en caso de que detone un incidente de violencia. **No todos los casos requieren este plan, pero es útil tenerlo sobre todo cuando la participante manifiesta que vive con el agresor.**

Es importante determinar cuál es el riesgo actual de la usuaria, valorar la probabilidad de que experimente un nuevo episodio de violencia, verificar si están involucradas otras personas con riesgo de ser agredidas, determinar cuán severas son las consecuencias y la afectación acumulada de la situación traumática en su salud física, mental y psicosocial.

También es importante la identificación de factores de riesgo asociados a pensamientos, planes, o intención de autolesión o conducta suicida. Las urgencias psicológicas requieren respuestas inmediatas de coordinación y protección y la elaboración de un plan de seguridad, diseñado en conjunto con la usuaria o algún representante en caso de requerirse por su condición. Y posterior remisión del caso a servicios de atención legal con los que cuente la organización u organizaciones aliadas o disponibles en el mapeo de servicios existentes en la localidad. En caso de inexistencia, evaluar la remisión al órgano correspondiente, que incluye, por ejemplo: referencias a casas de paso, a instancias del sistema de justicia para la denuncia y dictar medidas de protección, o consejos de protección de niños, niñas y adolescentes (AIDOS et al. 2010). Las decisiones en situaciones de riesgo deben ser colegiadas; de esta manera, se mitiga el actuar precipitadamente sin tener en cuenta todas las consecuencias de una acción. Para elaborar un plan de seguridad acorde, véase la Herramienta técnica del Banco Interamericano sobre Planes de seguridad para mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y basada en género (BID, 2021).

Entre las condiciones materiales es indispensable que la organización dote al personal de psicología de una línea corporativa para mantener el contacto con las usuarias: bien si el servicio se presta de forma presencial para agendar las sesiones, así como los recordatorios de las mismas, y aún más si se presta de forma remota. Nunca debe utilizarse el teléfono personal para este tipo de comunicaciones, tanto por razones de seguridad como para mantener límites saludables entre la vida personal y laboral del equipo.

La prestación de servicios debe priorizarse en los espacios adecuados para la atención; sin embargo, en algunas ocasiones es posible hacer un contacto en espacios comunitarios para ganar la confianza de las usuarias y explicar las condiciones del servicio; en esos casos se debe recordar que no es aconsejable reunirse en el hogar de una persona sobreviviente debido a la falta de confidencialidad y los riesgos para la persona, para el personal y para la comunidad.

Tampoco es recomendable mediar entre una persona sobreviviente y su agresor, incluso si la persona sobreviviente solicitase este tipo de intervención, ya que la mediación tiene pocas

probabilidades de detener la violencia a largo plazo y sostiene el riesgo de escalar y generarle más daño a la persona sobreviviente. Es un gran riesgo para la persona sobreviviente, para el personal y para la organización.

8.6 Resguardo seguro de historias clínicas y gestión de datos

Las historias clínicas constituyen documentos sensibles que contienen información protegida por el secreto profesional y el derecho a la privacidad. En el marco de la atención a personas sobrevivientes de violencia basada en género, su gestión debe regirse por protocolos institucionales que garanticen la seguridad, confidencialidad e integridad de los registros. El resguardo físico y digital de estos documentos es una medida de protección activa que previene fugas de información, revictimización por exposición indebida y uso no autorizado de datos.

La organización debe implementar lineamientos claros que incluyan: acceso restringido exclusivamente al personal autorizado y directamente involucrado en la atención; almacenamiento seguro mediante archivos bajo llave o sistemas digitales cifrados con copias de respaldo periódicas; aplicación del principio de mínima información necesaria, consignando únicamente los datos estrictamente pertinentes para los fines terapéuticos, legales o administrativos; y definición de plazos de retención y disposición final acordes con la normativa nacional y los estándares deontológicos profesionales. Ante solicitudes de acceso por parte de terceros o autoridades, se verificará el cumplimiento de los requisitos jurídicos, se notificará a la persona sobreviviente cuando sea pertinente y se priorizará la confidencialidad relativa. Este manejo técnico y ético de las historias clínicas reafirma el compromiso institucional con la dignidad, la autonomía y la seguridad integral de las personas sobrevivientes, alineándose con los principios de no revictimización y justicia restaurativa que sustentan este protocolo.

Para cerrar, recordamos que la aplicación de este protocolo no constituye un punto de llegada, sino un compromiso institucional y profesional en permanente construcción. Su implementación exige reflexión crítica, contextualización situada y una disposición ética para adaptar sus lineamientos a las realidades cambiantes de las personas sobrevivientes. Al integrar saberes clínicos, marcos teóricos y estándares de derechos humanos, este documento busca elevar la calidad de la atención psicológica, prevenir la revictimización y promover procesos de reparación integral centrados en la dignidad, la autonomía y la justicia restaurativa. Las orientaciones aquí sistematizadas invitan a la revisión permanente y la actualización continua, para asegurar que la práctica profesional se mantenga alineada con estándares de calidad, ética y compromiso feminista.

Referencias bibliográficas

ACNUR (2014). *La protección internacional de las personas LGTB*. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2014/9872.pdf

American Psychological Association (2012). *Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*. APA.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW).

Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. https://www.refworld.org/es/leg/resol/agonu/1993/10685

Asociación Italiana Donne per lo Sviluppo (AIDOS) et al. (2010). *Violencia contra las mujeres: Modelo de atención integral.* https://avesawordpressles.wordpress.com/2015/11/violencia-contra-las-mujeres-modelo-de-atencion-integral-version-final.pdf

Barraza Macías, A. (2018). *Metodología de la investigación cualitativa: Una perspectiva interpretativa*. Universidad del Pacífico. Disponible en: https://editorialupd.mx/index.php/libros/catalog/book/7

BID (2021). *Planes de seguridad para mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y basada en género*. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: https://publications.iadb.org/es/planes-de-seguridad-para-mujeres-victimassobrevivientes-de-violencia-sexual-y-basada-en-genero

Blanco, A. y Valera, S. (2007). *Abordaje psicosocial en violencia de género*. En revista de Intervención Psicosocial PEARSON EDUCACIÓN, S.A. Madrid. Pág. 3-44 en https://www.scribd.com/document/660713430/Intervencion-psicosocial

Bosch-Fiol, E. y Ferrer-Pérez, V. (2022). *El papel de la intervención temprana en la violencia de género: un enfoque de derechos humanos.* Revista de Psicología Social, 35(2), 123–140. https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818244002.pdf

Bosch-Fiol, E., Ferrer-Pérez, V. A. y Aina, A. (2005). *Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género*. Grupo de investigación «Estudios de género», Universidad de las Islas Baleares. Feminismos (6), 121-136. https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/8b804180-e753-403b-9ca8-074b812044cf/content

Burín, M. y Meler I. (1998). *Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós.

Burín, M. (1995a). *Mujeres y salud mental. Apuntes de Psicología*, (44), 7-15. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9212249 a

Burin, M. (1995b). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Paidós.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020). *Enfrentar la violencia contra las mujeres y las niñas durante y después de la pandemia de COVID-19 requiere financiamiento, respuesta, prevención y recopilación de datos.* https://www.cepal.org/es/publicaciones/46422-enfrentar-la-violencia-mujeres-ninas-durante-despues-la-pandemia-covid-19

Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicólogos de España (2010). *Manual de atención psicológica a víctimas de violencia de género. Consejo General de la Psicología de España*. http://www.cop.es/uploads/PDF/MANUAL-PSICOLOGICA-VICTIMAS-VIOLENCIA-GENERO.pdf

Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos (2007). *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género*. https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH (2015). *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. Organización de los Estados Americanos. http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciaPersonasIgBti.pdf

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2019). Compendio sobre la igualdad y no discriminación: Estándares interamericanos. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/compendio-igualdadnodiscriminacion.pdf

Crenshaw, K. (1991). *Mapping the margins: Interseccionalidad, políticas de identidad y violencia contra las mujeres de color* https://www.solidaridadobrera.org/ateneo_nacho/libros/Kimberle%20W%20Crenshaw%20-%20Interseccionalidad.pdf

DEMUS (2010). *Un modelo de atención integral en casos de violencia contra las mujeres*. https://www.demus.org.pe/wp-content/uploads/2023/05/446_doc_modelo_aten_integral-1.pdf

Echeburúa, Enrique y Esbec, Enrique (2014). *La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5*: Recursos y limitaciones [Assessment of personality disorders according to DSM-5: Available instruments and limitations]. Terapia Psicológica, 32(3), 255–264. https://psycnet.apa.org/record/2015-06835-008

Espinoza, Valeria y Mosquera, Carlos (2024). *Efectos Psicológicos en mujeres que viven violencia doméstica*. Revisión Sistemática vitalia revista acadeica disponible en https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/412

Federación de Psicólogos de Venezuela (2014) Volumen 1, N°3, noviembre de 2014, disponible en: https://v1.fpv.org.ve/wp-content/uploads/2014/11/FVP2014-1-3.pdf y Documento original: https://www.fecobiove.org/wp-content/uploads/Normativa-Laboral-para-todos-los-Organismos-Adscritos-al-Sector-Salud.pdf

Federación de Psicólogos de Venezuela (1981). *Código de Ética Profesional del Psicólogo*. https://fpv.org.ve/wp-content/uploads/codigodeetica.pdf

Flores Soto, M. et al. (2018). *Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes.* Revista Cubana de Salud Pública, 44(4), 200-216. https://www.redalyc.org/journal/214/21458870016/html/

García, S. -Dauder & Pérez, G. (2020). *Feminist psychology in Latin America: Epistemological and political challenges*. Feminism & Psychology, 30(3), 315–333. https://doi.org/10.1177/0959353520925501

Harding, S. (1991) *Whose science? Whose knowlwdge? Thinking from womwn´s lives*. Cornell University Press.

Herman, J. (1992). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia- atrocidades domésticas y políticas*. Gedisa.

Hernández-Flórez, N. et al. 2024. *Aspectos psicosociales de la violencia de género y su incidencia en el feminicidio: una revisión sistemática*. Revista Estudios Psicológicos. 4, 3 (Jul. 2024), 7–27. DOI: https://doi.org/10.35622/j.rep.2024.03.001.

Hill Collins, P. (2000). *Pensamiento feminista negro: Conocimiento, conciencia y política de empoderamiento (*2ª ed.). Routledge. (Traducción al español publicada por Ediciones Catarata, 2019)

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2017) *Directrices Interagenciales para la gestión de casos de violencia basada en género, Proporcionar servicios de atención y gestión de casos a sobrevivientes de VBG en entornos humanitarios*, Disponible en: https://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_ES_HIGHRES.pdf

Janice Y. (2015). *Women and gender: Transforming psychology* (5th ed.). Oxford University Press.

Jiménez J. M. (2019*). El perfil de la violencia de género en la unidad de gestión clínica "Valle de Lecrín": un análisis desde el trabajo social sanitario* https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/242/el-perfil-de-la-violencia-de-genero-en-la-unidad-de-gestion-clinica-valle-de-lecrin-un-analisis-desde-el-trabajo-social-sanitario/

Kislinger L. y León, M. (2019). *Derechos sexuales y derechos reproductivos y violencias por razón de género contra las mujeres*. https://compresso MPDL-manual-SRHR-GBV-espanol.pdf

León Magdymar (2026). *Guía para la elaboración de informes psicológico para fines legales*. Guía sobre Informes Psicológicos Legales: Protección y Derechos

Ley para la Prevención y Erradicación del Abuso Sexual Contra Niñas, Niños y Adolescentes. (2021). Gaceta Oficial N.° 6.655 Extraordinario.

Ley Orgánica contra la Discriminación Racial (2021). Gaceta Oficial Extraordinaria N.° 6.657. https://accesoalajusticia.org/ley-organica-contra-la-discriminacion-racial/

Ley Constitucional contra el Odio, por la Convivencia Pacífica y la Tolerancia (2017). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.232 Extraordinario, 8 de noviembre.

Ley Orgánica para el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.981 Extraordinario. (Última reforma: 16 de diciembre de 2021, Gaceta Oficial N° 6.667 Extraordinario)

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA). (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 5.453 Extraordinario. (Reformada el 11 de diciembre de 2015, Gaceta Oficial N° 6.195 Extraordinario).

Ley de Ejercicio de la Psicología (1978). Gaceta Oficial N.° 2.306. https://venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-de-ejercicio-de-la-psicologia/gdoc/

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM.

Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Cuadernos de Horas y Horas. https://diariofemenino.com.ar/documentos/Marcela%20Lagarde%20-%20Claves%20feministas%20para%20la%20autoestima%20de%20las%20mujeres.pdf

Meyer, I. (2003). *Prejuicio, estrés social y salud mental en poblaciones lesbianas, gays y bisexuales: Cuestiones conceptuales y evidencia empírica*. Psychological Bulletin, 129(5), 674-697.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2016). *Violencia basada en género: Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado*. MIMP. https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf

Organización de los Estados Americanos & Comisión Interamericana de Mujeres (2018). *Manual: Derechos sexuales y derechos reproductivos y violencia basada en género contra las mujeres*. https://www.oas.org/es/cim/docs/Manual-SRHR-GBV-ES.pdf

ONU Mujeres (2015). *Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia*. https://knowledge.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence

ONU Mujeres (2020). *El progreso de las mujeres en el mundo 2019-2020: Familias en un mundo cambiante*. Naciones Unidas. https://www.unwomen.org/es/digital-library/progress-of-the-worlds-women

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023). *Violencia contra la mujer: Hoja informativa*. https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer

Organización Mundial de la Salud (2025, 7 de octubre). *Salud mental. OMS* https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2022). *Manual clínico: Atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud*. https://doi.org/10.37774/9789275326084

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021a). *Guía clínica para la atención integral de las personas afectadas por violencia sexual y violencia por pareja íntima.* https://iris.paho.org/handle/10665/345265

Organización Mundial de la Salud (2021, 8 de marzo). *Violencia contra la mujer.* OMS. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Servicios de salud amigables para personas LGBTI.* OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *La salud de las personas LGBTI en las Américas*. OPS. Organización de los Estados Americanos (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer* (Convención de Belém do Pará). https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html

Naciones Unidas ONU (1995). Plataforma de Acción de Beijing. *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.* https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf

Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life.* https://womensaid.org.uk/information-support/what-is-domestic-abuse/coercive-control/

UNICEF (2019). *Convención sobre los Derechos del Niño y autonomía progresiva*. Naciones Unidas. https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

UNFPA (2024). *Estado de la población mundial 2024: Vidas entrelazadas, hilos de esperanza.* https://www.unfpa.org/swp2024

UNFPA (2020) *Guía técnica de servicios remotos: Atención psicosocial especializada para sobrevivientes de violencia basada en género*, Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_guiavbg_web_1.pdf

UNFPA (2015). *Poner fin a la violencia y a la discriminación contra las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex.* https://www.unfpa.org/es/press/poner-fin-a-la-violencia-y-a-la-discriminaci%C3%B3n-contra-las-personas-lesbianas-gais-bisexuales

UNICEF (2021). *Poner fin al matrimonio infantil: avances y perspectivas*. https://www.child-identity.org/unicef-is-an-end-to-child-marriage-within-reach-latest-trends-and-future-prospects/

UNESCO (2021). *Violencia y acoso escolar / Violencia y acoso en entornos educativos* [según la edición que estés usando]. https://www.unesco.org/es/articles/violencia-y-acoso-escolar-la-unesco-reclama-una-mejor-proteccion-de-los-estudiantes

Velázquez, S. (2010). *Violencia de género: Una perspectiva desde la salud mental comunitaria. En Salud mental y género en América Latina* (pp. 45-67). CLACSO.

Walker, L. (1979). *The battered woman. Harper and Row*. Publisher, Inc. Nueva York, 1979. Traducido por Ma. del Rocío Cordero. https://www.scribd.com/document/332303528/Lenore-Walker-Ciclo-de-La-Violencia-Traducción

Ward, J. (2023). *Enfoques feministas sobre la atención especializada en la salud mental para las sobrevivientes de la violencia basada en el género* https://gbvaor.net/sites/default/files/2023-02/Feminist%20Approaches%20to%20Mental%20Health%20Care%20for%20GBV%20Survivors%20-%20ES_formatted_0.pdf

Yanes Bethencourt, Z. (2020). *Te acompaño: Guía de intervención con menores que sufren o han sufrido una situación de violencia de género*. Instituto Canario de Igualdad, Gobierno de Canarias. https://campusvirtual.ull.es/ocw/pluginfile.php/22217/mod_resource/content/1/Gu%C3%ADa%20de%20intervenci%C3%B3n%20con%20menores%20que%20sufren%20VG.pdf

Zehr, H. (2010). *El pequeño libro de la justicia restaurativa*. Good Books. [PDF]. https://www.fapromed.es/wp-content/uploads/2023/02/EL_PEQUENO_LIBRO_DE_LA_JUSTICIA_RESTAURATIVA_CURSO_JUSTICIA_RESTAURATIVA_Y_MEDIACION.pdf

AVESA

+58 424 1659742
@avesaong
www.avesablog.com

PLAFAM

+58 412 2273712
@plafamong
www.plafam.org.ve

Mayo, 2026
Depósito legal N° 978-980-8021-23-3
ISBN: 978-980-8021-23-3
9 789808 021233