

ARTÍCULO ESPECIAL

La violencia sexual y su abordaje en el sistema de salud



Lydia Salvador Sánchez^{a,*}, Nerea Rodríguez Conesa^b, Susana Sánchez Ramón^c
y Modesto Rey Novoa^d

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia Regional de Salud, Consejería de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

^b Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Río Hortega, Facultad de Enfermería, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Río Hortega, Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

^d Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos, España

Recibido el 3 de noviembre de 2023; aceptado el 21 de noviembre de 2023

Disponible en Internet el 11 de enero de 2024

PALABRAS CLAVE

Violencia sexual;
Agresión sexual;
Violencia de género;
Violación;
Acoso sexual;
Ciberviolencia sexual

Resumen La violencia sexual es un problema de salud pública muy infradetectado, con importantes consecuencias a corto y largo plazo sobre la salud física, mental, social, sexual y reproductiva, que deben ser tenidas en cuenta desde los servicios de salud.

Los sistemas de salud forman parte del conjunto de recursos necesarios para un abordaje integral desde el modelo ecológico: prevención y promoción de una sexualidad saludable y en igualdad, atención adecuada y coordinada ante una agresión sexual y apoyo posterior para la prevención de secuelas.

Todas las violencias sexuales tienen consecuencias para la salud, incluso las que puedan parecer menos graves, como el acoso sexual o la ciberviolencia sexual.

Debemos tener en cuenta las necesidades de la víctima y sus posibles reacciones emocionales. Se realizará una valoración de riesgos, se derivará a un servicio hospitalario cuando sea necesario y se priorizará una atención integral e integrada.

La atención y el seguimiento deben realizarse con un enfoque centrado en la superviviente y por profesionales formados en trauma para comprender las consecuencias de la violencia sexual, ofrecer un entorno seguro y de confianza, y saber reforzar sus cualidades y apoyos.

© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Sexual violence;
Sexual assault;
Gender violence;
Rape;

Addressing sexual violence in health services

Abstract Sexual violence is a very underdetected public health problem, with important short and long-term consequences on physical, mental, social, sexual and reproductive health, which must be taken into account by health services.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lizzsalva@hotmail.com (L. Salvador Sánchez).

Sexual harassment; Sexual cyberviolence

Health systems are part of the set of resources necessary for a comprehensive approach from the ecological model: prevention and promotion of healthy sexuality with equality, adequate and coordinated care in the event of sexual assault and subsequent support to prevent sequelae.

All sexual violence has health consequences, even those that may seem less serious such as sexual harassment or sexual cyberviolence.

We must know the needs of the victim and their possible emotional reactions. A risk assessment will be carried out, the victim will be referred to a hospital if necessary and comprehensive and integrated care will be provided.

Care and follow-up must focus on the survivor and with professionals trained in trauma to understand the consequences of sexual violence, offer a safe and trusting environment and know how to reinforce their qualities and support.

© 2024 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Contexto actual en violencia sexual. Causas y prevención desde atención primaria

La violencia sexual (VS) es un problema de salud pública que afecta a casi una de cada 3 mujeres en el mundo (29%)¹ a lo largo de su vida. Ninguna mujer permanece indiferente ante un episodio de VS, con diferentes grados de afectación física y psicológica. Es necesario tenerlo en cuenta como un aspecto importante de la salud de las mujeres en todos los ámbitos sanitarios, sobre todo desde atención primaria, ginecología y salud mental.

Aunque los hombres también son víctimas de VS (sobre todo niños y adolescentes), las mujeres tienden a sufrir tasas mucho más altas y lesiones más graves. La VS puede ser el tipo de violencia de género (VG) más humillante que una mujer puede experimentar.

En España, datos de la Macroencuesta de 2019² revelan que el 40,4% (8.240.537) de las mujeres de 16 o más años han sufrido acoso sexual y un 13,7% han sufrido una agresión sexual por cualquier persona (pareja o no), el 1,8% en los últimos 12 meses; el 7,5% de las mujeres han sido violadas por parejas o exparejas y un 2,2% por personas sin relación de pareja en algún momento de su vida.

Es una violencia muy compleja en la que los agresores suelen ser del entorno de la víctima: familia, parejas o conocidos, siendo especialmente relevante la llamada «violación en cita». Entre los casos de agresiones sexuales fuera de la pareja, un 49% de los agresores eran amigos o conocidos, y en el 44,2% la agresión sucedió en una casa. Además, el 12,4% de las mujeres que sufrieron VS fuera de la pareja refieren que participó más de un agresor, siendo muy frecuente también la revictimización, con un 49,6% de las mujeres que han sido agredidas en su vida en más de una ocasión.

Es destacable que solo el 8% de las mujeres que han sufrido VS fuera de la pareja han denunciado alguna de estas agresiones y el motivo más citado para no hacerlo es que eran menores de edad. Y es que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales cuando tenían entre 0 y 17 años. En España, entre un 10 y un

20% de la población ha sufrido algún tipo de abusos sexuales durante su infancia³.

En los últimos años los delitos registrados contra la libertad sexual están aumentando, con un incremento de los delitos cometidos por menores y sobre víctimas menores (más del 50% del total de las víctimas).

Es fundamental trabajar la prevención de este problema social y de salud pública y para ello hemos de conocer las causas de la VG y la VS y trabajar desde un modelo ecológico, como propone la OMS (2002) (fig. 1)^{4,5}.

De este modelo destaca la importancia de trabajar la educación de la salud sexual desde el ámbito sanitario, tanto en la consulta individual de la persona adolescente o joven (también desde la infancia y en otras edades) como mediante acciones grupales o comunitarias. Es fundamental trabajar el consentimiento e incluso ir más allá, trabajando el deseo mutuo y la empatía en las relaciones sexuales. El consumo sin filtros de pornografía (con un alto contenido en violencia y desigualdad) por parte de menores y el abuso de su consumo en adultos está creando una cultura sexual en la cual la violencia contra la mujer se considera permisible. El 53,8% de los adolescentes ven pornografía por primera vez antes de los 13 años y casi 7 de cada 10 la consumen de forma frecuente (68,2%), ellos el doble que ellas (81,6 y 40,4%, respectivamente)⁶. En distintos estudios sobre el tema, los jóvenes perciben que la pornografía afecta sus relaciones sexuales, influye en su comprensión de lo que es normal y deseable, lo que los lleva a presionar a sus parejas para realizar ciertos actos. El consumo de pornografía está asociado con la VS^{7,8}. Por el contrario, distintos programas preventivos se han asociado con la disminución de perpetrar o sufrir VS durante la adolescencia y juventud^{9,10}.

Tipos de violencias sexuales

Según la OMS, la VS es «cualquier acto sexual perpetrado contra la voluntad de alguien, cometido por cualquier persona independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno»¹¹.

Incluye la violación (acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por

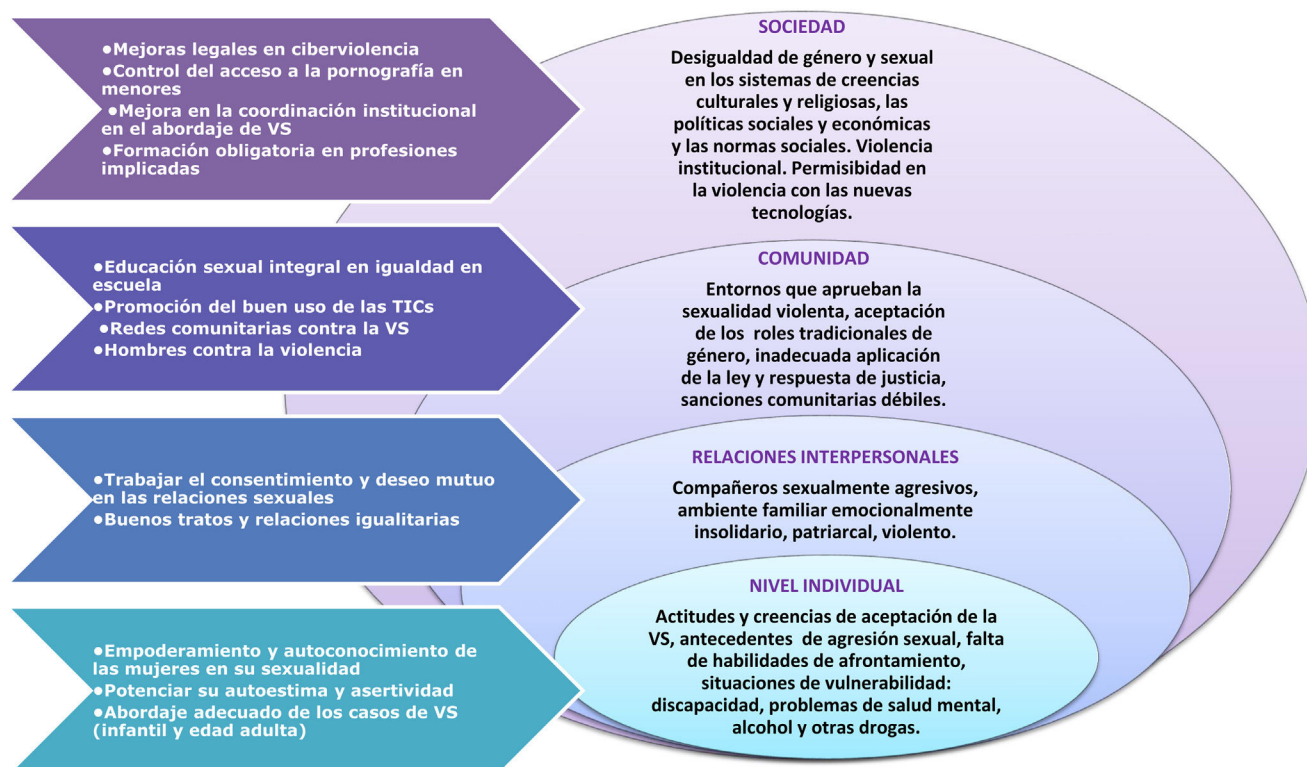


Figura 1 Modelo ecológico en violencia sexual. Elaboración propia basada en Rockowitz et al.⁴ y Stockman et al.⁵.

alguna de las 2 primeras vías), intento de violación, esclavitud sexual, así como tocamientos no deseados y amenazas verbales de violencia y acoso sexuales. En nuestro ámbito legal también se incluyen las VS cometidas en el ámbito digital (difusión de actos de VS a través de medios tecnológicos, la pornografía no consentida y la extorsión sexual), así como la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado y la trata (Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual).

Es de destacar el problema creciente de la *ciberviolencia sexual*, sobre todo en adolescentes y mujeres jóvenes (ver tipos en la figura 2). Puede suponer graves consecuencias para la salud mental, así como graves dificultades sociales y económicas que a veces llevan a un aislamiento de la víctima y su desaparición de los espacios públicos (digitales o no). Esta violencia está menos visibilizada y es menos frecuente su denuncia o revelación¹².

Un tipo específico de VS es la denominada *sumisión química*, la «utilización de agentes químicos para manipular la voluntad de las personas o modificar su comportamiento con fines delictivos». Serían sustancias psicoactivas (benzodiazepinas, GHB o éxtasis líquido, ketamina, etc.) que impiden que la víctima esté en condiciones de prestar su consentimiento legal o de presentar resistencia a su atacante. La más frecuente es la *vulnerabilidad química*: consumo voluntario de sustancias incapacitantes (sobre todo alcohol), que el agresor aprovecha para su beneficio¹³. La víctima no está segura de lo que le ha pasado, se ha despertado con lesiones o sensaciones extrañas, con amnesia parcial o completa u otros síntomas neurológicos asociados, por los que puede acudir a los servicios sanitarios días después del episodio.

Todas las VS van a tener consecuencias para la salud, incluso las que puedan parecer más leves por no haber existido agresión física, como el acoso sexual. Los factores que van a influir en el daño psicológico y la capacidad de recuperación son: la vulnerabilidad de la víctima (edad, historia de vida, etc.) y sus estrategias de afrontamiento, las características de la agresión, la relación con el agresor y la reacción de sus apoyos familiares y sociales y de los profesionales que la atiendan.

Consecuencias para la salud de la violencia sexual

La VS tiene gran repercusión en la salud integral de las mujeres, presentando graves consecuencias a corto y largo plazo sobre la salud física, mental, social, sexual y reproductiva (tabla 1)¹⁴. Diversos estudios indican el aumento de morbilidad de las mujeres que sufren VS. La VS por la pareja puede ser especialmente traumática; las víctimas manifiestan tener una mala salud autopercibida, consumir psicofármacos, ser hospitalizadas, presentar ideas suicidas o intentar suicidarse. Las mujeres agredidas tienen un riesgo un 42% mayor de desarrollar morbilidad ginecológica en general¹⁵⁻¹⁷. Las mujeres expuestas a acoso sexual experimentan repercusiones negativas en la salud, parece que con un impacto menor que en el caso de las otras formas de VS.

Detección de violencia sexual

Los centros de atención primaria y hospitalaria son fundamentales para la detección de las diferentes VS, para ello

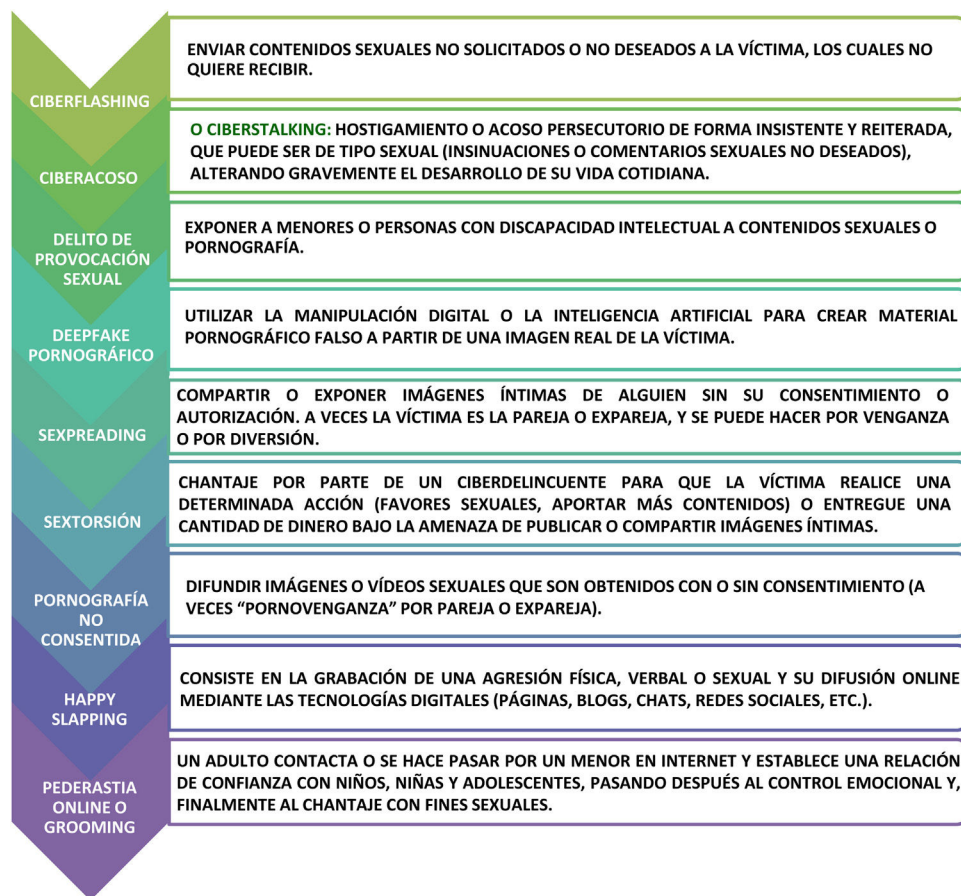


Figura 2 Tipos de ciberviolencia sexual. Elaboración propia.

es necesario que los profesionales sanitarios estén bien formados y cuenten con una actitud proactiva en su búsqueda y diagnóstico.

Es importante tener en cuenta las dificultades de la mujer para revelar este problema, debido a las consecuencias del trauma o el miedo a los efectos de hacerlo. Por ello, los profesionales debemos estar atentos e indagar sobre todo en ciertos momentos de sospecha: en urgencias ante una mujer con alteración del nivel de conciencia y síntomas de intoxicación (más si aparece con ropa rasgada o sin ropa interior, etc.), ante la petición de contracepción de emergencia, cribado de ITS, profilaxis postexposición VIH, petición de IVE o al atender a una mujer víctima de VG.

Sociedades científicas de ginecología (ACOG 2019ⁱ) y salud mental (APA 2019ⁱⁱ) recomiendan el cribado de VS y VG a las mujeres en sus consultas. En la cartera de servicios de atención primaria de algunas comunidades autónomas está incluido el cribado y preguntas para la detección precoz de la violencia de pareja, entre ella la sexual¹⁸.

Actuación ante una agresión sexual^{19,20}

La atención a una agresión sexual debe ser siempre integral y multidisciplinar, y se realiza desde distintos servicios de salud, policiales, judiciales y sociales, que han de coordinarse a través de un proceso integrado de atención.

Es fundamental tratar a la víctima desde el respeto y la sensibilidad, con acompañamiento en todo momento, evitando el victimismo e informando y consensuando con ella las actuaciones a seguir. Una agresión sexual siempre debe ser considerada una urgencia sanitaria. El apoyo psicológico basado en una actitud respetuosa y las actuaciones adecuadas deben comenzar en el primer punto de atención sanitaria de la víctima. Es necesario indicarle que no debe cambiarse ni lavarse la ropa, y no beber u orinar antes de la toma de muestras, para no destruirlas o desvirtuarlas.

No existe una reacción emocional universal tras un episodio de violencia, cada mujer se siente y se manifiesta de forma diferente tras un hecho traumático. Por ello, en el momento de prestar asistencia integral a una mujer que ha sufrido VS, nos podemos encontrar que¹⁴:

- El discurso de su relato difiera en la forma con respecto al de otras mujeres víctimas.
- Tema no ser creída y se sienta culpable.
- Muestre sentimientos de indefensión e hipervigilancia.
- Sienta vergüenza.

ⁱ American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion No. 777, 2019.

ⁱⁱ American Psychiatric Association. Guide to treating women who have experienced intimate partner violence, 2019.

Tabla 1 Consecuencias de la violencia sexual

Consecuencias a corto plazo de la violencia sexual

Sexual	Sangrado vaginal, irritación de la zona genital
Física	Lesiones corporales tanto en la zona genital como en otras partes del cuerpo, leves (magulladuras, cortes, moratones), graves (fracturas óseas, traumatismo craneoencefálico, grandes quemaduras, etc.) Náuseas
Psicológica	Emociones intensas de culpa, vergüenza, asco, miedo, terror, pánico, indefensión, impotencia, inseguridad, vulnerabilidad, tristeza, desesperanza, rabia o ira Estado de shock, bloqueo Crisis de ansiedad, estrés y síntomas depresivos Estado de alerta o hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada Dificultad para tomar decisiones Incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático Síntomas disociativos: paralización y/o distancia emocional significativa ante la violencia sufrida

Consecuencias a medio/largo plazo de la violencia sexual

Psicológica	Disminución significativa de la autoestima y de la confianza en sí misma Emociones persistentes de culpa, vergüenza, asco, miedo, rabia e impotencia, tristeza y desesperanza Ansiedad, estrés, síntomas depresivos y fobias Trastorno de estrés postraumático, trastornos de la alimentación, dificultades para dormir, disminución de la concentración, pérdida de memoria, irritabilidad, estado de alerta constante, abuso de sustancias (alcohol, drogas o medicamentos), autolesiones, ideas de suicidio e intentos autolíticos Aislamiento social, desconfianza en los demás y desconexión social. Evitación de estímulos relacionados con la violencia sufrida y dificultad para narrar determinados aspectos de lo ocurrido Síntomas disociativos: significativa distancia emocional tras la violencia sufrida
Sexual	Cambios en el deseo sexual (hipersexualización, pérdida o disminución del deseo), anorgasmia Menstruaciones irregulares, dolorosas, síndrome premenstrual Infecciones de transmisión sexual, fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones y hemorragias vaginales y urinarias de repetición Cáncer de cérvix, embarazos no deseados, carencia de autonomía sexual
Reproductiva	Anemia, abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, depresión postparto, lesiones fetales y mayor mortalidad perinatal, inicio tardío de la atención prenatal
Física	Dolores de cabeza, espalda, de articulaciones, musculares, de abdomen, cansancio acusado, problemas gastrointestinales, pérdida de apetito, hipertensión, úlceras, dolores crónicos, discapacidades o incluso la muerte por asesinato o suicidio
Social	Estigmatización, rechazo y aislamiento social, pérdida del trabajo y de oportunidades laborales

Basada en el Código VISEM (Comunidad de Madrid)¹⁴.

- Sufra alteraciones del estado de ánimo.
- Tenga sensación de incredulidad y presente estados disociativos.
- Mantenga una distancia emocional significativa frente a la violencia sufrida.

Todo ello deberá ser acogido emocionalmente, en un ambiente de intimidad y confianza, mostrando comprensión, sin juzgarla.

Desde el punto de vista sanitario e independientemente del escenario de atención a la víctima, lo primero que debemos hacer es: valorar el riesgo vital inmediato de las lesiones; se tratarán de manera prioritaria aquellas lesiones que puedan poner en peligro la vida de la paciente (traumatismo, hemorragia, etc.), realizando las actuaciones urgentes que se precisen para su estabilización. Por tanto, supone un abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato y prioritario. Se deberá derivar lo más pronto posible a un servicio de urgencias hospitalario, asegurándonos el transporte más rápido y seguro; según el riesgo vital, debe-

remos acompañarla o facilitar que la acompañe alguien de su confianza.

En el ámbito hospitalario, la paciente víctima de una agresión sexual precisa de una *asistencia interdisciplinar*. El tiempo desde el triaje hasta la atención de la paciente debe ser el mínimo posible, con un circuito de actuación bien definido. Tras la valoración y estabilización por los y las profesionales de urgencias, si ha existido penetración será valorada conjuntamente por el servicio de ginecología y profesional forense que acudirá al hospital tras comunicación con el juzgado. En caso de un niño o varón, la valoración específica se realizará según la anatomía de las lesiones que presente (generalmente cirugía general).

La anamnesis y exploración se deberán realizar con el mínimo número de personas presentes y siempre con al menos una mujer (matrona, enfermera, acompañante de confianza).

De una manera reglada, las actuaciones que se deben realizar son una *valoración física, psicológica y social y los tratamientos pertinente*. La [tabla 2](#) es un resumen de

Tabla 2 Actuación clínica ante una agresión sexual**Anamnesis**

- El motivo de consulta debe ser reflejado como «sospecha de violencia sexual» (no es competencia del/a médico/a demostrar si realmente se ha producido tal agresión)
- Valoración conjunta ginecología-forense. Debe recogerse:
 - *Información sobre el asalto*: fecha, hora, lugar, circunstancias, por quién/quienes fue atacada, si era alguien conocido
 - *Tipo de agresión*: física, relación sexual oral, anal y/o vaginal
 - *Asociación de sustancias*: consumo de alcohol, medicación, drogas de abuso
 - *Actos realizados* tras la agresión que pudieran alterar el resultado de las pruebas, como son: aseo personal, cambio de ropa, orinar/defecar.
 - *Antecedentes médico-quirúrgicos*: alergias, tratamientos habituales, anticonceptivos, embarazo, estado vacunal (hepatitis A, B, VPH, tétanos)
 - *Antecedentes ginecoobstétricos*: menarquia, fórmula menstrual, FUR, paridad, métodos anticonceptivos, fecha de última relación sexual voluntaria, alteraciones en el flujo vaginal, antecedente de ITS, posibilidad de embarazo actual
 - *Antecedentes de ataques/agresión sexual previa*
 - *Valoración del estado psicológico*: tanto valoración del estado emocional (shock, negación, culpabilidad, ansiedad, bloqueos, hiperactividad) como otra serie de manifestaciones que podrían explicarse por el propio asalto (temblor, sudoración, entre otras)

Exploración física*Exploración general:*

Examen de la totalidad de la superficie corporal en busca de lesiones, incluida la boca. Se debe detallar en el informe la descripción de dichas lesiones o la ausencia de las mismas (arañazos, hematomas, heridas, erosiones, señales de prensión manual). Se podrá adjuntar un esquema de las mismas o documentación fotográfica tras adquirir el consentimiento de la paciente

Exploración ginecológica (si ha existido penetración):

Antes de iniciar la exploración en sí se debe preguntar a la paciente si ha sido explorada previamente e ir explicando de manera detallada la misma. Debe constar:

- Inspección vulvovaginal, perineal y de región anal
- Especuloscopia con espéculo de plástico desechable humedecido con suero fisiológico, no usar lubricante

El tacto bimanual y la ecografía transvaginal: no son técnicas necesarias de rutina. Se realizará cuando se precise, según criterios clínicos

Recogida de muestras y pruebas complementarias

En los servicios de urgencias hospitalarios debería existir un kit de agresiones sexuales a fin de tener a disposición todo lo necesario para una correcta recogida de muestras y las instrucciones pertinentes al respecto, asegurándonos la correcta filiación de la víctima en las muestras

Al final de la exploración deberemos ofrecer a la paciente la posibilidad de aseo

Las *muestras* las podemos dividir en:

De interés legal

Son válidas en los primeros 7-10 días (su efectividad disminuye a partir de las 72 h)

Recogidas por el/la forense

- Ropas: se colocará cada prenda en una bolsa independiente
- Raspado de cara interior de las uñas
- Peinado de vello púbico
- Toma de muestras de fluidos corporales (saliva, sangre, semen)

de la superficie corporal de la víctima mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada

- Detección de esperma (toma con hisopo seco): según el tipo de agresión sufrida por la paciente (penetración anal, bucal o vaginal), se tomarán muestras de una o varias zonas. En caso de penetración bucal, insistir especialmente detrás de los incisivos y premolares

- Lavado posterior para la detección de esperma: se realizará con 10 cc de suero fisiológico estéril y la muestra será recogida en un bote/tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente

De interés clínico

Serán tomadas por el/la profesional de ginecología, asegurándonos la remisión a consultas para el resultado de las mismas

- Hemograma y bioquímica (perfil hepático y renal, especialmente si se va a iniciar profilaxis antirretroviral)
- Determinación de grupo sanguíneo y Rh
- Serologías previo consentimiento de la paciente: sífilis, VIH, VHC, VHB (HbsAg, anti-HBc, anti-HBs)
- Prueba de tóxicos si es necesario
- Test de gestación (orina vs. sangre) que se repetirá a las 3 semanas si no regla
- Cribado de ITS: toma vaginal y endocervical con hisopo estéril de algodón para *Trichomonas*, gonococo y *Chlamydia*. Valorar toma de región anal y oral según el tipo de agresión

Tabla 2 (continuación)**Tratamiento y actuaciones****De lesiones físicas:**

Tratamiento específico de las mismas y valoración del estado vacunal

Profilaxis de enfermedades infecciosas:

Es necesaria la profilaxis frente a gonococia, *Chlamydia*, *Trichomonas* y sífilis. La pauta recomendada según los CDC (guía 2021) es: dosis única de ceftriaxona 500 mg im + doxiciclina 100 mg, 2 veces al día durante 7 días o azitromicina 1 g vo dosis única + metronidazol 500 mg, 2 veces al día durante 7 días + azitromicina 1 g vo. Si la paciente es alérgica: administrar dosis única de gentamicina 240 mg im + azitromicina 2 g vo + metronidazol 2 g vo

Se recomienda abstinencia sexual los 7 primeros días y el uso del preservativo hasta finalizar las profilaxis y completar el estudio

Profilaxis VIH:

Hay que individualizar. Presenta mayor efectividad si se inicia en las 6 primeras horas tras la exposición. No administrar nunca si han pasado más de 72 h desde la misma

Raltegravir 600 mg/24 h: 2 comprimidos cada 24 h + emtricitabina 200 mg/tenofovir disoproxil 300 mg: un comprimido al día durante 28 días

Profilaxis VHB:

Se deberá administrar profilaxis en aquellas pacientes que no estén vacunadas. La paciente que sea HBsAg+ no requiere vacuna

Si precisa profilaxis, administrar en urgencias una dosis de gammaglobulina anti-Hb y la primera dosis de vacuna contra la hepatitis B. Posteriormente remitiremos a la paciente a su centro de salud para completar vacunación

Profilaxis tétanos:

Valorar profilaxis según estado vacunal si la paciente presentase heridas incisocontusas

Profilaxis de embarazo:

- Si han pasado menos de 72 h se puede administrar cualquier método de anticoncepción de urgencias; el más recomendado es levonorgestrel 1,5 mg dosis única

- Si han pasado menos de 5 días puede administrarse acetato de ulipristal 30 mg vo dosis única o bien un DIU de cobre

En ambos casos: si aparecen vómitos en las 3 h posteriores a la toma, administrar nuevo comprimido

Apoyo psicológico:

- Fase aguda: apoyo por el equipo que atiende a la paciente, administración de ansiolíticos si precisa y ofrecer intervención del psiquiatra de guardia

- Fase crónica: a valorar por MAP. Insistir siempre en la posibilidad de apoyo psicológico por los servicios competentes: centros de crisis contra la violencia sexual, centros de la mujer, servicios sociales, etc.

Apoyo social:

- Fase aguda: necesidad de centro de urgencia de acogimiento

- Fase crónica: asesoramiento legal, laboral, apoyo social, etc., por parte de servicios sociales y/o comunitarios (asociaciones, etc.)

Actuaciones legales-burocráticas:

- Se debe contactar con el juzgado de guardia de manera inmediata y con el equipo forense para la valoración conjunta en el menor tiempo posible

- Realización de parte judicial que se envía al juzgado con carácter urgente (o se lo lleva el forense)

- Registro adecuado en la historia clínica con copia del informe a la víctima

Seguimiento posterior ante una agresión sexual

Seguimiento lesiones físicas e ITS	Lesiones, serologías y nuevos cultivos con los tratamientos que sean precisos en caso de positivizarse
Seguimiento salud sexual y reproductiva	Preguntar por menstruación para valorar nuevo test de embarazo, ofreciendo IVE en caso necesario Va a ser importante la recuperación de una salud sexual tras una agresión, y detectar posibles problemas en las relaciones
Seguimiento salud psicológica	Es necesario ofrecer en todo momento apoyo psicológico por personal especializado en violencia sexual y de género, con un seguimiento suficiente, teniendo en cuenta el proceso judicial que se va a seguir si hay denuncia
Seguimiento social, legal y forense	Se valorará cualquier apoyo social que la mujer precise (legal, laboral, habitacional, económico, etc.) Se contará con entidades comunitarias con experiencia en la atención a víctimas que visibilizan modelos de supervivientes de violencia sexual
Se recomienda un mínimo de revisiones: a las 2 semanas, un mes, 3 meses y 6 meses tras la agresión	

Elaboración propia basada en Fernández et al.¹⁹, González²¹ y Consejo Médico Forense²².

Tabla 3 Caso clínico: violencia sexual en el pasado

«Soy matrona y acude a mi consulta una mujer de 45 años solicitando una citología; al realizarle la historia clínica en salud sexual la mujer me comenta que no ha vuelto a tener relaciones placenteras desde una agresión sexual que tuvo a los 25 años. Refiere es la primera vez que lo revela y que sucedió en otro país donde estaba trabajando. ¿Qué es lo que debemos hacer ahora?»

En nuestras consultas de atención primaria puede ser frecuente que se desvele una agresión sexual pasada, que ha sido ocultada durante años o desde la infancia

El momento de la revelación va a ser muy importante y es necesaria una adecuada acogida para no minimizar la importancia de lo que ha pasado, y cuyas consecuencias pueden estar afectando el estado de salud presente

Según el tiempo que haya pasado y el tipo de agresión se valorarán las exploraciones, pruebas y tratamientos que precise. Será fundamental ofrecer apoyo psicológico o legal y coordinarse con apoyos sociales y/o comunitarios que puedan ayudar a la reparación (asociaciones de víctimas, grupos de mujeres, etc.) (Ver apartado «Seguimiento y marco de apoyo ante la violencia sexual»)

la actuación clínica ante las agresiones sexuales^{19,21,22}. Se explicarán claramente los pasos a seguir y las exploraciones a realizar, obteniendo su consentimiento para ello. *No será precisa la denuncia* para la atención y la toma de muestras forenses, que se podrá decidir más tarde; muchas veces el momento agudo no es el más adecuado, aunque sí se podrá avisar a las fuerzas de seguridad si la mujer quiere, para que comiencen las pesquisas y poder detener al agresor.

Además, hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones la víctima nos va a revelar una *agresión sexual pasada*, sobre todo en el ámbito de atención primaria, donde existe una mayor cercanía y una longitudinalidad en la atención de la salud (ver caso clínico en la [tabla 3](#))²³.

Consideraciones en la atención a menores^{22,24}

La detección de VS y su asistencia sanitaria en menores constituye un proceso complejo que exige un alto nivel de formación de los y las profesionales, una atención urgente y preferente, promover la notificación desde los primeros indicios y un enfoque protocolizado e intersectorial para asegurar el abordaje efectivo de las complejidades legales, procesales y periciales que plantean estos casos.

Además, las características propias de la infancia hacen que sean especialmente vulnerables a la victimización secundaria derivada de someterles a interrogatorios y exploraciones reiteradas y a su eventual participación en procesos penales.

Previamente a la exploración se informará detalladamente de las actuaciones pertinentes a la víctima de acuerdo con su madurez intelectual y emocional, y a su representante legal, que firmará el consentimiento por escrito para el reconocimiento médico forense. Es recomendable que el relato se realice sin la presencia de acompañantes para que se exprese con más libertad. De existir dudas o discrepancias, se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial competente.

En lo referente a la atención, es esencial crear un clima de confianza y seguridad, evitando preguntas directas; se alentará el relato espontáneo y será importante observar la actitud, los gestos y la conducta del menor.

En cuanto a la exploración, puede ser conveniente que la persona de apoyo esté presente si el/la menor siente mayor protección.

No deben usarse espéculos ni se realizará anoscopia en el examen de niñas/os prepúberes o premenárquicas, a menos que estén bajo sedación o anestesia y por motivos médicos importantes.

No se recomienda la profilaxis generalizada. Evaluaremos el riesgo individual de transmisión y ante un caso de alto riesgo, plantearemos la introducción de profilaxis antibiótica, VHB y VIH tras la recogida de muestras microbiológicas.

En estos casos es recomendable iniciar la vacunación contra el VPH a partir de los 9 años.

Seguimiento y marco de apoyo ante la violencia sexual

Tras un episodio de agresión sexual, va a ser preciso un seguimiento de su salud física, sexual, psicológica y social que puede prolongarse en el tiempo, precisando cuidado de las lesiones físicas, controles serológicos y analíticos, seguimiento del tratamiento farmacológico (si está indicado), seguimiento forense, así como apoyo psicológico y social todo el tiempo que sea necesario. Es importante que todo ello sea *coordinado desde el equipo de atención primaria* para no perder resultados de pruebas o continuidad de los cuidados ([tabla 2](#), apartado de «Seguimiento posterior ante una agresión sexual»).

El marco para un adecuado abordaje y seguimiento de una agresión sexual debe tener en cuenta un enfoque *centrado en la superviviente*²⁵ y *basado en el trauma*²⁶ ([tabla 4](#))^{5,11,26}. Pero ¿cómo llevarlo a cabo desde los servicios sanitarios? Desde las consultas de atención primaria se debe realizar un *abordaje de la salud biopsicosocial con perspectiva de género*, apoyando las cualidades internas de resiliencia de la víctima y potenciando las redes de apoyo familiar y comunitarias que van a favorecer su recuperación.

En una atención basada en el trauma los y las profesionales deben ser capaces de reconocer dicho trauma, comprender sus implicaciones para la salud a corto y largo plazo y proporcionar un entorno seguro y de apoyo cuando atienden a sobrevivientes de agresión sexual. Los servicios informados sobre el trauma requieren un cambio de enfoque desde «¿qué es lo que tienes o qué va mal?» a considerar «¿qué te pasó?» y responder integrando este conocimiento en sus actuaciones prácticas, evitando activamente la retraumatización²⁶.

Tabla 4 Enfoques en la atención de la violencia sexual

Enfoque centrado en la superviviente

Respetando la *autonomía* de la víctima apoyando su toma de decisiones considerando las preferencias y necesidades individuales
Considerando la *seguridad* de la víctima la máxima prioridad, y su derecho a la *confidencialidad*, aunque con algunas limitaciones
Evitando que la víctima sea discriminada, independientemente de su religión, raza, sexo, identidad de género, edad, etnia, profesión, nivel socioeconómico, afiliación política u orientación sexual u otro factor
Aportando a las víctimas la *información* precisa sobre los servicios para abordar sus necesidades inmediatas y a largo plazo (salud, psicosociales, legales, económicas, seguridad y protección)
Favoreciendo la *accesibilidad de las víctimas a todos los aspectos del sistema médico-legal* con los apoyos para superar las barreras, incluyendo:

- Apoyo para el transporte
- Apoyo a las obligaciones de cuidado familiar (niños, ancianos)
- Apoyo jurídico a través de todos los pasos de la exploración forense, investigación y diligencias policiales posteriores
- Apoyo psicológico

Esta accesibilidad debe ser independiente a la denuncia que podrá decidir posteriormente
Teniendo en cuenta *disposiciones específicas* para el cuidado de las personas con necesidades individuales, incluidas menores, personas mayores, situación de discapacidad, mujeres en situación de trata y/o prostitución, consumo de tóxicos, inmigrantes y en el caso de los hombres víctimas de violencia sexual

Enfoque basado en el trauma

Reconocimiento de la historia de trauma: detección y abordaje en ambiente seguro y de confianza y empático para que pueda revelar el caso de violencia sexual. Se deben conocer los síntomas y consecuencias del trauma para así entender las respuestas emocionales de las víctimas/supervivientes
Respuesta centrada en la comunicación con la persona, favoreciendo el vínculo profesional y los cuidados y autocuidados
Respeto en el trato y evitar la revictimización: información y consentimiento sobre las actuaciones a realizar, evitar duplicidades, etc.
Resiliencia: enfocarse y reforzar las cualidades interiores de la persona (autoestima, recuperación del control de su vida, reflexión crítica sobre lo que le ha pasado desculpabilizando, promoción de su confianza en los demás) y red de apoyos externos para poder conseguir un abordaje eficaz

Elaboración propia basada en Stockman⁵, World Health Organization¹¹ y Farahi²⁶.

El apoyo psicológico experto va a ser fundamental y debe realizarse por personal con formación en el abordaje del trauma por VS utilizando psicoterapias existentes con evidencia científica^{27,28}.

Desde el sistema sanitario se puede trabajar en todos los niveles del modelo ecológico de la VS (ver flechas en la [figura 1](#)). La OMS recomienda hacer cambios que sean mantenidos en el tiempo en la intervención de los profesionales ante la VS, con una respuesta integral de todo el sistema de salud, coordinándose con otros ámbitos asistenciales y comunitarios.

Para ello, a *nivel asistencial clínico* es necesario permitir suficiente tiempo de consulta, difundir y aplicar los protocolos y conocer la red de atención a la violencia, con formación sobre el abordaje del trauma y VS con enfoque de género. A *nivel de sistema de salud*, el cambio podría implicar la provisión de apoyo y tutoría a los y las profesionales con la identificación de personas expertas, la asignación de más fondos a los servicios que trabajan sobre violencia familiar y la mejora de los sistemas de información para la evaluación de las actuaciones^{29,30}.

Ante una agresión sexual, la correcta recopilación de datos y pruebas para el sistema judicial es muy importante; se ha descrito que un manejo adecuado y profesional de las pruebas forenses puede ser determinante para la condena

del perpetrador, y se sabe que la reparación social de un delito mediante la condena tiene un efecto beneficioso a nivel psicológico para la superación del trauma y de su calidad de vida³¹. Pero garantizar la justicia para las mujeres que han sufrido VS es un proceso complejo que no debe ir exclusivamente dirigido a condenar a los perpetradores. Proporcionar una atención centrada en la paciente como se ha descrito anteriormente, caracterizada por la sensibilidad, la empatía y los cuidados, es un componente fundamental de la restauración de la justicia.

Financiación

El trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Li L, Shen X, Zeng G, Huang H, Chen Z, Yang J, et al. Sexual violence against women remains problematic and highly

- prevalent around the world. *BMC Womens Health*. 2023;23:196 <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02338-8>
2. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2019. Ministerio de Igualdad; 2020 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
3. Marcos L. Ojos que no quieren ver. Save the Children España; 2017 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver>
4. Rockowitz SR, Kanja W, Flowe HD. Challenging Social Norms and Legal Responses to Rape and Sexual Violence: Insights from a Practice-Research Partnership in Kenya. En: Bradbury-Jones C, Isham L, editors. *Understanding Gender-Based Violence An Essential Textbook for Nurses, Healthcare Professionals and Social Workers*. 1.ª ed. Springer; 2021. p. 99–112.
5. Stockman D, Haney L, Uzieblo K, Littleton H, Keynaert I, Lemmens G, et al. An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: a systematic meta-review. *Front. Psychol*. 2023;14:1032408 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1032408>
6. Sanjuán C. (Des)información sexual: pornografía y adolescencia. Un análisis sobre el consumo de pornografía en adolescentes y su impacto en el desarrollo y las relaciones con iguales. Save the Children; 2020 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia>
7. Tarzia L, Tyler M. Recognizing Connections Between Intimate Partner Sexual Violence and Pornography. *Violence Against Women*. 2021;27:2687–708.
8. Carrotte ER, Davis AC, Lim MSC. Sexual Behaviors and Violence in Pornography: Systematic Review and Narrative Synthesis of Video Content Analyses. *J Med Internet Res*. 2020;22:e16702.
9. Piolanti A, Jouriles EN, Foran HM. Assessment of Psychosocial Programs to Prevent Sexual Violence During Adolescence: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2022;5:e2240895 <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40895>
10. Finnie RKC, Okasako-Schmucker DL, Buchanan L, Carty D, Wetlington H, Mercer SL, et al. Intimate Partner and Sexual Violence Prevention Among Youth: A Community Guide Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2022;62:e45–55.
11. World Health Organization & UNODC. Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva: WHO; 2015 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.24>
12. Lomba N, Navarra C, Fernandes M. Combating gender based violence: Cyber violence. Brussels: European Parliamentary Research Service; 2021.
13. Comisión contra la violencia del Hospital Clínico San Carlos. Guía de Detección Clínica de la Sumisión Química. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2016.
14. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid (Código VISEM). Madrid; 2022 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050659.pdf>
15. García-Pérez S, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J. Relationship between Sexual Violence and the Health of Spanish Women. A National Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:3365.
16. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:15–26.
17. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;255:222–30.
18. Ministerio de Sanidad. Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial; 2021 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvsgt/deteccionTempranaVG.htm>
19. Fernández C, Rey M, Salvador L. Proceso de atención integrada ante las agresiones sexuales. Junta de Castilla y León; 2020 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/proceso-atencion-integrada-agresiones-sexuales>
20. Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual. Ministerio de Sanidad; 2023 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/GUIA.PAUTAS.BASICAS-SNS.VSEXUAL-03-2023.web.pdf>
21. González Fernández J, coord. *Manual de Atención y valoración pericial en violencia sexual*. Barcelona: JB Bosch Editor; 2018.
22. Consejo Médico Forense. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Madrid: Ministerio de Justicia; 2021 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://cpape.mpr.gob.es/producto/protocolo-de-actuacion-medico-forense-ante-la-violencia-sexual-en-los-institutos-de-medicina-legal-y-ciencias-forenses/>
23. Lanthier S, Du Mont J, Mason R. Responding to Delayed Disclosure of Sexual Assault in Health Settings: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19:251–65.
24. Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, D.C: OPS; 2023 [consultado 31 Oct 2023]. <https://doi.org/10.37774/9789275326824>
25. Barbara G, Buggio L, Micci L, Spinelli G, Paiocchi G, Dridi D, et al. Sexual violence in adult women and adolescents: a narrative review. *Minerva Obstet Gynecol*. 2022;74:261–9.
26. Farahi N, McEachern M. Sexual Assault of Women. *Am Fam Physician*. 2021;103:168–76.
27. World Health Organization. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women. WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf
28. World Health Organization. Rape: How women, the community and the health sector respond. Sexual Violence Research Initiative. Geneva: World Health Organization; 2007.
29. Hegarty K, Tarzia L. Identification and Management of Domestic and Sexual Violence in Primary Care in the #MeToo Era: an Update. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21:12.
30. World Health Organization. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Geneva: World Health Organization; 2017 [consultado 31 Oct 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489>
31. Barbara A, Facchin F, Vercellini P, Cattaneo C, Kustermann A. Sexual violence against women: a multi-disciplinary integrated care model. *BMJ*. 2019;367:l6616 <https://doi.org/10.1136/bmj.l6616>