

IMPACTO EN LA SALUD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

HEALTH IMPACT ON WOMEN VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT

TRABAJO FINAL DE GRADO:

Ana Martín Vega

Sergio Quirós Mercado

Tutorizado por: Dra. Juana Robledo Martín

4º Curso. Grado Enfermería

Año escolar: 2017/2018.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
A. Prevalencia	6
B. Marco teórico.....	9
C. Medidas de actuación	10
D. Marco legal.....	12
E. Justificación.....	14
OBJETIVOS	15
METODOLOGÍA	15
RESULTADOS	20
1. Consecuencias para la salud	20
a) Impacto en la salud mental.....	21
b) Afectación en la salud física.....	23
2. Intervenciones sociales y sanitarias en la práctica clínica	27
3. Ejemplos de protocolos vigentes en España	32
CONCLUSIONES	36
LIMITACIONES	38
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	39
POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	49
Anexo 1: Tablas de estrategia de búsqueda	49
Anexo 2: Parte de lesiones	51

RESUMEN

Objetivo: Analizar la repercusión de las agresiones sexuales en la salud de las mujeres.

Metodología: Se realizó una revisión narrativa a través de las bases de datos internacionales de PubMed, Web of Science, Cinahl, Biblioteca Virtual de la Salud y la base de datos nacional IBECS, además de una búsqueda en el buscador Google. Se establecieron unos criterios de inclusión/exclusión determinados y se utilizó el lenguaje controlado y libre combinado junto con operadores booleanos.

Resultados: Se encontraron un total de 50 estudios e investigaciones y 3 protocolos. El contenido de éstos se dividió de acuerdo con los objetivos planteados: consecuencias para la salud, intervenciones sociales y sanitarias en la práctica clínica y ejemplos de protocolos vigentes en España.

Conclusiones: Las afecciones con mayor incidencia a nivel psicológico son el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), depresión, estados ansiosos y baja autoestima, mientras que las afectaciones físicas más frecuentes son las lesiones generadas por la agresión, disfunción del suelo pélvico y las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS). Por otra parte, sufrir una agresión sexual se ha relacionado con una disminución de la adaptación a las posteriores etapas vitales del ciclo vital. Es por esto, que los servicios de salud a los que más acuden las víctimas son los servicios de urgencias hospitalarias y los servicios de salud mental. Las intervenciones encontradas son de carácter preventivo, en menor proporción; y terapéutico, principalmente destinadas a reducir las secuelas en la salud mental de las víctimas.

Palabras clave: Violación; Agresión sexual; Mujeres; Consecuencias para la salud; Salud mental.

ABSTRACT

Objective: To analyze the impact of sexual assault on women's health.

Methodology: A narrative review was conducted through the international databases of PubMed, Web of Science, Cinahl, Biblioteca Virtual de la Salud and the national database IBECS, in addition to other sources such as Google. It was established an inclusion/exclusion criteria combined with the controlled language, common language and the boolean operators.

Results: A total of 50 studies and 3 protocols were found. The contents of these are divided in accordance with the objectives: health consequences, health and social interventions in the clinical practice, and examples of current protocols in Spain.

Conclusions: The conditions with the greatest psychological impact are the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), depression, states of anxiety and low self-esteem, while the most common physical effects are injuries caused by the aggression, pelvic floor dysfunction and Sexually Transmitted Diseases (STDS). On the other hand, suffering a sexual assault has been associated with a decrease in the adaptation to later life stages of the life cycle. It is for this reason that the health care services more often used by victims are the hospital emergency and mental health services. The interventions found are in a lesser proportion of a preventive nature; and therapeutic, primarily designed to reduce the victim's mental health effects.

Key words: Rape; Sexual assault; Women; Health impact; Mental health.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es uno de los problemas más graves de la salud pública mundial, se establece como una violación de los derechos humanos para las mujeres, que a pesar de los avances y evolución de la sociedad, todavía hoy permanece aceptada en muchos países¹.

Son muchas las formas de violencia que existen, aunque en este trabajo se desarrollará la agresión sexual. Para ello, es preciso disponer de unas nociones básicas acerca de las distintas definiciones sobre la violencia contra la mujer, especialmente la violencia sexual.

Es por esto, que se ha procedido a realizar en primera instancia, una distinción entre los diversos términos que se pueden emplear para hacer referencia a este tipo de agresión.

En primer lugar, conocer cuál es el significado de la violencia cometida contra la mujer. Este término hace referencia a *“todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”*².

Se entiende por violencia sexual *“todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*³.

Dentro de la violencia sexual se distinguen dos tipos:

- Violencia sexual que no implica contacto corporal: Comprende el *“exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo telefónico, gestos o palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales no deseadas y voyerismo”*.
- Violencia sexual con contacto corporal:
 - *“Tocamientos, caricias, masturbación, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes”*.

- Violación: *“Agresión sexual /abuso sexual consistente en la penetración con el órgano sexual por la vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal”*.

Se puede observar que la definición de violación incluye los términos agresión sexual y abuso sexual, por lo que se explica a continuación la diferencia:

Según la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal ⁴, Título VIII: Los delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexuales, Capítulos I y II, la agresión sexual es *“cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona”* e implica que sea realizado con violencia o intimidación, mientras que el abuso sexual no implica violencia o intimidación. Apuntar también que se considera abuso sexual no consentido si éstos se realizan contra menores de 13 años, los que se realizan sobre personas privadas de sentido o posean trastorno mental y los que se realicen cuando el consentimiento se obtiene en una situación de superioridad manifiesta.

A. PREVALENCIA

Gracias a un análisis, a partir de encuestas poblacionales, realizado por la Organización Mundial de la Salud, en el año 2013, se reveló que, a nivel mundial, aproximadamente 1/3 mujeres (35%) han sido sometidas a violencia física o sexual por su pareja y/o por terceras personas.

Los datos referentes a la situación de violencia sexual que acontecen al continente europeo, son arrojados por la Oficina Europea de Estadística (Eurostat)⁵. Según el estudio publicado en el año 2017, a partir de datos recogidos por los cuerpos de seguridad de los distintos países, se sucedieron alrededor de 215.000 crímenes de violencia sexual en el año 2015. De todos ellos, aproximadamente 1/3, es decir, 80.000, fueron clasificados como violaciones.

Las víctimas fueron, en su mayoría, niñas y mujeres (9 de cada 10 en casos de violación y 8 de cada 10 en asaltos sexuales), mientras que en el 99% de los casos, las personas juzgadas como responsables de dichos sucesos, fueron hombres.

Además, esta investigación, ofrece las cifras relativas a cada país que compone la Unión Europea en función de su población. Gracias a ellos, se conoce:

- Los países que encabezan el mayor número de episodios de delitos sexuales violentos (casos denunciados y no denunciados), son Suecia (178/100.000), Escocia (163/100.000), Norte de Irlanda (156/100.000), Inglaterra (113/100.000) y Bélgica (91/100.000).
- Los países con mayores tasas de violación sexual, son Inglaterra y Gales (62/100.000) y Suecia (57/100.000).
- Los países con menor número de denuncias de violación sexual son Grecia (1,12/100.000), Serbia (0,86/100.000) y Montenegro (0,80/100.000).

Este mismo análisis del Eurostat, indican que la tasa de este tipo de violencia de que se dispone en España, es de alrededor de 21 casos por cada 100.000 habitantes, en el año 2015, que constituye un 2,65% de crímenes sexuales, ya sea a manos de una pareja, expareja o por terceros.

De forma más específica, se disponen de cifras obtenidas a partir de la Macroencuesta de violencia contra la mujer llevada a cabo en el año 2015, realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad del gobierno de España⁶ y en ella se ofrecen datos de las víctimas que sufren las diversas formas de violencia que existen (violencia psicológica, sexual, física, económica,...) a manos de su pareja o expareja.

En esta investigación, que contó con una muestra de 10.171 mujeres de 16 años en adelante, se conocieron los siguientes apuntes:

- Un 8,1% de las residentes en España había sufrido abusos sexuales en algún momento de su vida, y de éstas, un 94% reconoció que no fue una agresión aislada en el tiempo, sino que ocurrió de forma reiterada.
- En los últimos 12 meses, un 1,4% de las mujeres entrevistadas fueron víctimas de violencia sexual, de las cuales un 88,6% fue un abuso que se repitió a lo largo de los meses.

Así mismo, informa acerca de las diferencias de prevalencia en diversas situaciones, entre las víctimas que viven en España:

- Un 7,5% de las mujeres nacidas en España sufren maltrato sexual, mientras que de las mujeres que no nacieron en el país, lo sufren un 15,5%.

- Otro factor que influye es el desempleo, un 2,6% de las mujeres sin trabajo lo sufren, mientras que aquellas que disponen de uno, lo sufren un 0,8%.
- El número de parejas que se ha tenido, también puede incrementar la frecuencia de este tipo de abusos, del total de encuestadas, un 16,8% de las que tuvieron más de una pareja lo sufrieron, en contra, las mujeres con una sola pareja lo padecieron en un 4,4%.
- El nivel de estudios de la mujer también se constituyó como un factor importante, ya que entre las encuestadas que disponían sólo de estudios inferiores o primaria, un 10,5% de ellas fueron sometidas a alguna situación de abuso sexual; a diferencia de aquellas con estudios universitarios finalizados, que presentaron este tipo de violencia un 5,8%.

No obstante, todas las cifras indicadas en los diferentes estudios aquí descritos, sólo pueden aceptarse como aproximaciones, ya que los datos finales que son publicados surgen a raíz de las denuncias que se han formalizado, y no todos los casos en los que se ha producido un abuso o violación de carácter sexual se hace. Si bien es cierto, que los datos pueden haber sido extraídos a partir de encuestas anónimas aleatorias a la población.

Sufrir este tipo de agresiones genera consecuencias negativas para la calidad de vida de las víctimas, pues afecta gravemente a su salud física (1,5 veces más riesgo a desarrollar enfermedades de transmisión sexual –ETS- como el virus de inmunodeficiencia humana –VIH- que aquellas que no sufren este tipo de violencia por parte de su pareja), sexual (lesiones genitales o de suelo pélvico, temor a mantener relaciones sexuales), reproductiva (como abortos o embarazos no deseados) y mental (presentan el doble de posibilidades de padecer depresión respecto a las mujeres que no sufren agresión sexual), a corto y largo plazo⁷.

No sólo es un problema que repercute en ellas, sino también en sus descendientes (ocasionando alteraciones en los patrones de conducta y dando lugar a inestabilidad emocional) y genera un gran coste no sólo económico en la sociedad dada la situación de incapacidad laboral que puede generarle a la agredida (bajas laborales prolongadas, pérdida de sueldo o del empleo) sino también, social, con consecuencias para las mujeres y su entorno por el aislamiento social al que pueden verse sometidas, falta de apoyo o reducción de la capacidad de cuidar de ellas mismas y de sus hijos.

B. MARCO TEÓRICO

El abuso sexual se caracteriza por ser multicausal, en la que existen factores de riesgo que pueden asociarse al cometimiento de estos actos y/o al padecimiento de los mismos¹.

Uno de los autores que trabajó sobre este tema, Heise⁸, desarrolló un modelo llamado “*Marco ecológico integrado*”, que permite clasificar estas causas en 4 grandes grupos que permitan el estudio y conocimiento de esta problemática, constituyendo así una teoría que puede ser aplicada a nivel mundial. Estos son:

- Factores socioculturales, relación de desigualdad entre hombres y mujeres, que surge como consecuencia de las enseñanzas a mano de la sociedad u organización social preestablecida. Mantener esta jerarquía supone la creencia de una dominancia y control sobre los demás integrantes del grupo social.

Así mismo, las repercusiones legales o jurídicas contra el agresor, por estigmas sociales que aún prevalecen, falta de pruebas, tiempo prolongado en emitir sentencia o levedad de la pena estipulada ejercen un papel importante en el cometimiento de estos delitos.

- Factores individuales como el consumo de sustancias, ser hombre, ser testigo de violencia dentro del matrimonio cuando se es un niño o ser abusado y relación tormentosa con la figura paterna o ausencia de la misma, ayudan a desarrollar o empeorar las conductas violentas, pudiendo así, facilitar que se lleven a cabo situaciones violentas, como las agresiones sexuales.
- Factores comunitarios, factores como la pobreza, nivel socioeconómico medio-bajo, compañía de personas con historial delictivo o actitudes de aislamiento a las mujeres y resto de componentes de la familia.
- Factores familiares o de pareja, ya sean por discusiones entre los componentes de la misma o por la necesidad de control en la toma de decisiones y planificación respecto a la familia por parte de la figura masculina.

Heise, también menciona la existencia de unos factores que ejercen labor protectora contra este tipo de violencia contra la mujer, algunos de estos son la rápida intervención por parte de los miembros de la familia, la figura de la mujer como empoderada y con autoridad fuera de la pareja o familia y tener un elevado apoyo social.

Esto refleja el estigma que hoy en día, aún permanece en la sociedad, pues la violencia contra la mujer era prácticamente invisible hace unas décadas, se padecía en el núcleo de la familia por vergüenza, falta de apoyo o credibilidad y las normas sociales que se imponían, donde el hombre era más que la mujer⁹.

C. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

Dadas las dimensiones de este problema, los órganos de gobierno de los distintos países se han encontrado en la necesidad de trabajar junto con diversas asociaciones de víctimas y organizaciones con reconocimiento internacional, para tomar medidas y tratar de reducir las alarmantes cifras de casos de violencia sexual.

En primer lugar, según la OMS¹, las investigaciones disponibles han demostrado los beneficios de los programas de prevención a partir de la acogida que éstos tuvieron y el impacto en la sociedad que generaron, reduciendo así el número de casos de violencia sexual ejercida contra la mujer.

Sin embargo, no en todas las comunidades se deben aplicar los mismos recursos de prevención, ya que tanto la manera de ejercer la violencia, como las normas por las que se rigen son muy diferentes. Por eso, en aquellos países desarrollados, las actividades de concienciación a las víctimas son las que mejor acogida tuvieron, junto con las visitas a domicilio por parte de profesionales sanitarios con formación específica en violencia contra la mujer.

En contraposición, las intervenciones que generaron mejores resultados al aplicarse a la población de los países en vías de desarrollo, fueron:

- Otorgar poder a la figura de la mujer, tanto de forma económica como social.
- Ayudar a desarrollar estrategias de afrontamiento y que gracias a ellas pudieran mejorar la capacidad de comunicación tanto con la pareja como con la comunidad.
- Actividades e información referente al uso excesivo de alcohol, los efectos que éste puede tener y los beneficios de no consumirlo frecuentemente.

- Grupos formados por mujeres y hombres donde se analizan las normas sociales, entre ellas, las relaciones entre estos dos grupos y la estructura patriarcal que generar diferencias entre ambas figuras.

Es decir, en ambos casos, se aboga por realizar estrategias que ayuden a la víctima y permitan que ésta pueda desarrollar un nuevo papel en la sociedad donde tenga mayor capacidad para tomar decisiones sin encontrarse reprimida. No obstante, para que esto pueda prosperar, se debe mantener esta ayuda en el tiempo, por lo que es de gran importancia el trabajo multidisciplinar del que se hablaba con anterioridad.

Una de estas ayudas centradas en la investigación, es la obtención de recursos económicos, que permitan seguir desarrollando estudios para conocer la eficacia de las intervenciones que se aplican con las víctimas o con la sociedad (en caso de tratarse de actuaciones de prevención).

Otra, es la formación de los profesionales para que éstos puedan actuar ante un caso de violencia contra la mujer, permitiendo que puedan adquirir herramientas que les ayuden a:

- Ver las agresiones sexuales como un hecho que no debe suceder, pues se trata de una violación contra los derechos de este grupo poblacional.
- Identificar de forma temprana los signos o síntomas que puedan denotar que una mujer está siendo víctima de abusos.
- Ayudar a las mujeres, favoreciendo el acceso a los distintos recursos que puedan necesitar.
- Abogar por la introducción de estrategias de educación sexual en los programas de estudio de los niños y adolescentes, así como favorecer actividades de promoción y prevención que ayuden a promover la igualdad entre sexos.
- Participar en el desarrollo de nuevas estrategias que permitan disminuir el número de casos de agresión sexual que se suceden.

Además de estas actividades de promoción y prevención, las distintas comunidades y países, han desarrollado protocolos de actuación ante casos en los que se ha producido violencia sexual. En estos protocolos se recogen de forma estricta cada una de las actividades y pasos que se han de seguir de forma que la víctima pueda tener una

experiencia lo menos traumática posible y se recojan las pruebas necesarias para intentar llevar a cabo un proceso judicial.

Algunos de estos protocolos son los que se utilizan, por ejemplo, en Madrid, Cantabria y Andalucía ⁽¹⁰⁻¹²⁾. En ellos, se detalla el tipo de asistencia y las intervenciones que se han de realizar tanto en los servicios de Urgencias del hospital de referencia para casos de abuso sexual, como el seguimiento posterior; así como las medidas que ha de adoptar la víctima, es decir, acudir a una comisaria especializada en violencia sexual, informar de lo sucedido y luego acudir a recibir asistencia sanitaria.

Entre las actividades que se deben llevar a cabo por los profesionales, se encuentra la recogida de muestras tanto del cuerpo de la mujer, como de sus pertenencias si éstas han estado en contacto con el agresor, de forma que se trate de esclarecer quién ha sido el artífice de dicho abuso. Siempre se debe proceder a su recolección, y tras esto, es la víctima quien decide si denunciar la situación o no.

En caso de hacerlo, tanto las pruebas como la información proporcionada por la víctima en la entrevista con los profesionales sanitarios y los cuerpos de seguridad, será remitido a los juzgados.

Es por esto, que otra de las medidas más importantes, es la formulación y actualización de las leyes que hacen referencia a las penas que se pueden aplicar a los agresores.

MARCO LEGAL

A continuación, se hará una breve mención a la legislación vigente España.

Primeramente, en la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal⁴, Título VIII: Los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. Capítulos I y II, se especifican dos casos para las agresiones y luego agravantes:

1. *“El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años”.*

2. *“Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación con la pena de prisión de seis a 12 años”.*

Posteriormente especifica que la pena de prisión se vería aumentada de cuatro a 10 años en el primer caso y de 12 a 15 años para el segundo caso si ocurriera alguna de las siguientes circunstancias:

- Cuando la violencia o intimidación ejercida tenga un carácter especialmente degradante o vejatorio.
- Cuando se realice conjuntamente por dos o más personas.
- Cuando la víctima sea vulnerable por razón de edad, enfermedad o situación, y, en cualquier caso, cuando sea menor de 13 años.
- Cuando el responsable se haya aprovechado de una situación de superioridad o parentesco, ya sea por naturaleza o adopción.
- Cuando se utilicen medios peligrosos que pudiesen producir la muerte.

Si ocurriesen dos o más de estas circunstancias las penas se impondrán en su mitad superior del intervalo que se especifica.

Por otra parte, habla de los abusos sexuales (aquellos que se realizan sin violencia o intimidación) la pena será de uno a tres años o multa de 18 a 24 meses. Si el abuso se realiza por vía vaginal, oral o anal, con algún miembro u objetos la pena se eleva a prisión de 4 a diez años.

Si es cierto que, a pesar de la legislación vigente, para que todos los organismos se pongan en marcha es necesario que la víctima interponga la denuncia sino es dificultoso que las autoridades puedan intervenir.

En 2004 se aprobó la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género¹³, en ella se recogen medidas para la realización de campañas sensibilización de la sociedad sobre el problema de la Violencia de Género, fomento de la igualdad en las escuelas, formación del profesorado, publicidad, medios de comunicación, derechos de asistencia social integral para las víctimas (derecho de información, reinserción laboral, ayuda psicológica... entre otras).

También se modificaron algunas penas que ya se encuentran actualizadas y vigentes en el Código Penal.

D. JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual era, hasta hace unas décadas, un problema social que existía a nivel mundial que resultaba desconocido pese a suceder dentro de la comunidad, ya fuera por motivos relacionados con la víctima (como sentimiento de vergüenza o miedo al rechazo) o por parte del agresor que ejerce un papel de dominancia o superioridad, amenazando a la mujer de forma que se aplacaba su voluntad para ser sometida a las normas impuestas, en gran medida, por la sociedad⁹.

Todo esto, cambia con la aparición de los medios de comunicación y los movimientos feministas, que empiezan a hacerse eco de la situación que está teniendo lugar y comienzan a luchar por ponerle fin.

Gracias a ello, los distintos organismos más representativos de cada comunidad y de las naciones, iniciaron investigaciones en aras de conocer el impacto de este tipo de violencia contra las mujeres, en cada país.

A raíz de estos estudios, los grupos políticos junto con los organismos jurídicos, comienzan a desarrollar normas y leyes que deberán ser aplicadas de manera inmediata, para promover la seguridad de las mujeres, o como método de corrección en caso de haberse cometido este acto delictivo y actuar contra la persona que lo ha ejecutado.

Además, no sólo fueron importantes estos organismos, los servicios sanitarios y sociales adoptan una nueva labor de protección y atención a las mujeres, prestando especial cuidado a la detección de signos o síntomas que puedan presentar, y denunciar la situación.

Dada la labor que hoy en día, continúan desempeñando los medios de comunicación (haciendo públicas las cifras existentes de agresiones sexuales) y las actividades por parte de los grupos feministas que fomentan no sólo su visibilización sino también el papel de la mujer en la sociedad. Generando una mayor confianza en las víctimas y otorgándoles la ayuda precisa para superar la violencia que sufren, frenando al agresor. Esto se establece como un objetivo marcado por parte de la comunidad internacional, en el que

se aboga por el trabajo multidisciplinar de los distintos profesionales (sanitarios, sociales, jurídicos, de gobierno...) para desarrollar estrategias e intervenciones que acaben con lo que hoy se clasifica como una pandemia, que atenta contra los derechos de las mujeres.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es unificar toda la información disponible respecto a la violencia sexual contra la mujer, la cual es muy extensa, de forma que se pueda obtener una visión global de la situación actual de este problema.

OBJETIVOS

- **General:** Analizar la repercusión de las agresiones sexuales en la salud de las mujeres
- **Específicos:**
 - Conocer las consecuencias de una agresión sexual en la salud mental de las mujeres
 - Conocer el efecto que tiene una violación sexual en la salud física de las víctimas.
 - Identificar las intervenciones sanitarias y sociales que se llevan a cabo en una situación de agresión sobre las mujeres. Papel de enfermería.
 - Describir protocolos de actuación existentes ante una agresión sexual en España.

METODOLOGÍA

El tipo de metodología utilizada ha sido la revisión narrativa, también denominada revisión de la literatura o del estado de la cuestión; es una herramienta científica cuyo objetivo es analizar y resumir la literatura disponible de un tema en particular, tanto desde el punto de vista conceptual como de la metodología. En la revisión narrativa se hace una interpretación y análisis de la literatura desde el punto de vista de los autores, y por lo

general, suelen tener una mayor cobertura temática, lo que las hace óptimas para adquirir y actualizar conocimientos sobre el tema seleccionado de manera sencilla¹⁴.

Para ello, se ha realizado una búsqueda en múltiples bases de datos, entre las que se encuentran:

- Pubmed
- IBECs
- Web of Science
- Cinahl
- Biblioteca virtual de la salud

Además, se realizó una búsqueda libre en el buscador de Google, para enriquecer la revisión, encontrándose protocolos de actuación ante el abuso sexual y documentos europeos con material rico en información para la revisión.

Para facilitar la redacción de la presente revisión y recopilar los datos más pertinentes que pudiera responder a los objetivos planteados, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión, que se desarrollarán a continuación.

CRITERIOS SEGUIDOS

- **Criterios de inclusión:**
 - La población de estudio se limita a mujeres adultas → Se decidió escoger para la revisión las poblaciones de mujeres adultas ya que es en ellas donde se producen la mayoría de las agresiones sexuales conocidas y además incluye la población anciana, que, por su vulnerabilidad, también son susceptibles de sufrir este tipo de agresiones; no se incluyó los abusos a menores ya que es un tema más complejo tanto a nivel de las repercusiones que pueden acarrear este tipo de agresiones, al estar todavía en una etapa de desarrollo, como a nivel legal.
 - Investigaciones cuyo desarrollo se lleve a cabo en Europa y Norteamérica → Se eligieron las zonas de países desarrollados, excluyendo los países en vías de desarrollo por las diferencias culturales existentes.

- Acceso abierto de los artículos.
- Investigaciones realizadas en los últimos 11 años → Pues toda aquella información relativa a estudios previos, puede estar desactualizada.
- **Criterios de exclusión:**
 - Estudios que traten el tráfico de personas → No se recogieron los estudios del tráfico de personas ya que se trata de una situación extrema en la que no se respeta ninguno de los derechos humanos y los datos serían muy dispares.
 - Estudios que aborden las características del agresor → ya que el objeto de esta revisión es conocer a la víctima
 - Investigaciones cuya muestra se componga de veteranas del ejército → No se recogieron las investigaciones que incluían mujeres veteranas del ejército porque la cantidad de información sobre esta población era muy extensa, tanta que el ruido documental era muy grande y se decidió que fuese excluida.

A continuación, se resumen los criterios en la tabla 1:

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres adultas (+19 años) - Investigaciones en Europa y Norteamérica - Acceso abierto a los artículos - Realizadas en los últimos 11 años (a partir de 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tráfico de personas. - Artículos que aborden características del agresor. - Muestra constituida por veteranas del ejército.

Fuente de elaboración propia.

No obstante, 4 artículos fueron seleccionados, fuera de los criterios de inclusión dada la relevancia de los mismos para esta revisión narrativa.

Por otra parte, para las estrategias de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: *“rape”, “sex offenses”, “sexual assault”, “effects on health”, “health”, “mental health”, “health impact”, “nursing care”, “quality of life”, “Europe”, “United states”, “Canada”, “child-abuse”, “military”, “women”, “female”, “woman”* y *“Africa”* en las búsquedas en bases de datos en inglés; en las bases de datos en español se utilizaron *“mujeres”, “impacto”, “violencia sexual”, “delitos sexuales”, “violación”, “efectos salud”, “salud mental”* y *“enfermería”*.

Estas palabras clave se utilizaron en las estrategias de búsqueda combinadas con los operadores booleanos AND, OR y NOT para centrar la búsqueda en los artículos pertinentes para la revisión.

Seguidamente se añadieron límites en la estrategia de búsqueda en las bases de datos que lo permitían para afinar aún más la misma y además adecuar los resultados a los criterios de inclusión y exclusión, estos límites fueron:

- Para la antigüedad de los artículos: *“11 años”, “2007-2018”, “2008-2018”*.
- Para la disponibilidad de los artículos: *“free full text”, “acceso abierto”, “texto completo en vínculo”, “texto completo disponible”*.
- Edad: *“Adult: 19+ years”, “all adult”*.
- Lugar: *“América del norte y Europa”*

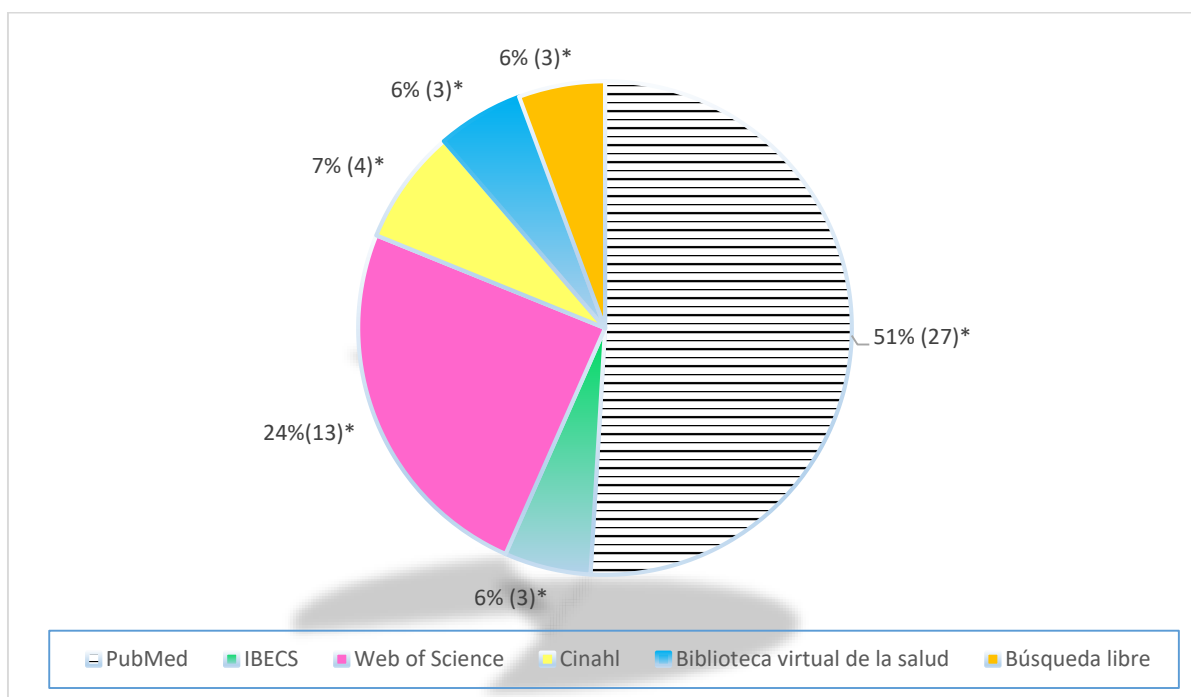
Por último, la selección de los artículos se realizó de la siguiente manera:

1. Se hizo una lectura rápida de todos los títulos y se descartó de aquellos que no formaban parte de los criterios de inclusión.
2. Se procedió a leer el resumen de los artículos e igualmente se descartaron aquellos que no concordaban con los criterios.
3. Se realizó una lectura más exhaustiva del artículo para seleccionar los artículos finalmente.

En el apartado de anexos, se pueden ver las estrategias de búsqueda desarrolladas en cada base de datos, donde se indica el número de artículos revisados y seleccionados [Ver Anexo 1].

Se seleccionaron un total de 50 artículos y 3 protocolos. El gráfico 1, muestra el número de investigaciones que fueron extraídas en cada base de datos y su porcentaje correspondiente del total. En él, se puede apreciar que la base de datos de la que más artículos fueron extraídos, es PubMed.

Gráfico 1: Artículos seleccionados en cada base de datos

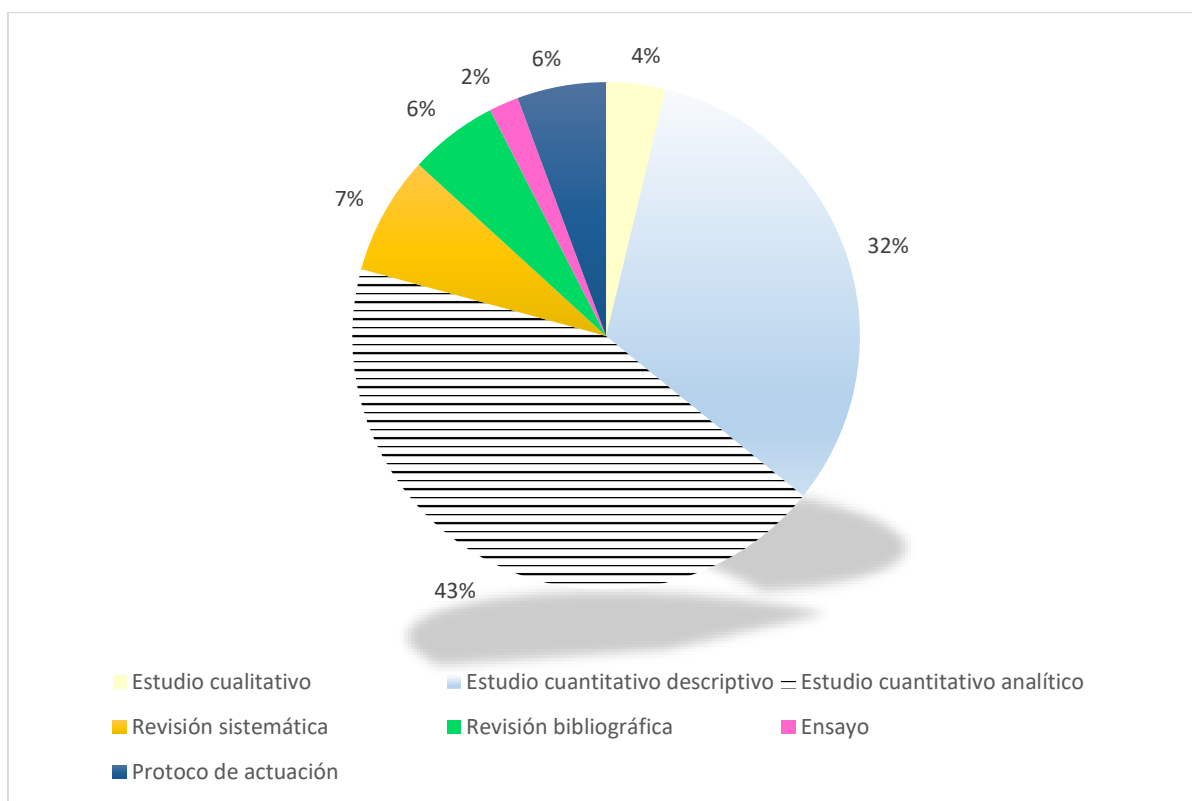


(*). Los datos entre paréntesis representan el número de estudios/investigaciones escogidos en cada base de datos empleada.

Fuente de elaboración propia.

El gráfico 2 detalla la tipología de las distintas investigaciones seleccionadas, se puede observar que la mayoría son estudios cuantitativos analíticos.

Gráfico 2: Estudios clasificados según su tipología.



Fuente de elaboración propia.

RESULTADOS

1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

En esta revisión se pretende conocer cuáles son las repercusiones en la salud de las mujeres que a lo largo de su etapa adulta, han sufrido algún episodio de abuso sexual, dado que es un apartado muy amplio, la información obtenida de los artículos encontrados mediante las búsquedas bibliográficas, ha sido estructurada en dos grandes grupos, atendiendo a su relación con la salud mental y la salud física.

a) IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

Después de una búsqueda exhaustiva se han encontrado un total de 16 referencias bibliográficas que tratan el tema de la salud mental tras haber sufrido una agresión sexual. A continuación, se expondrá la información que de dichos artículos.

Una de las conclusiones más compartidas entre los estudios, es que las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen más posibilidades de desarrollar Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) y síntomas depresivos.

Respecto al TEPT un estudio en el que la muestra eran 317 personas que habían sufrido una agresión sexual¹⁵, apuntaba que el 39% había sufrido TEPT en los 6 meses de duración del estudio, además puntualizaba que había mayor riesgo si habían sufrido la agresión por más de una persona o si habían sufrido heridas en el proceso.

Un estudio similar puntualizó que el riesgo de sufrir TEPT aumentaba si la agresión sexual se había producido con la ayuda de sustancias que facilitasen el control de la víctima¹⁶.

Respecto a la diferencia étnica, un estudio¹⁷ comparó una muestra de mujeres afroamericanas (n=272) y otra de origen europeo (n=217) en relación con el desarrollo de TEPT, observaron que la proporción de mujeres víctimas de agresión sexual que presentaban síntomas de TEPT era mayor en aquellas afroamericanas (65.0%) frente a un 51.2% de las de origen americano/europeo.

También, en cuanto al desarrollo de síntomas de TEPT, se ha considerado destacar la siguiente información, ya que es común que a las mujeres que acuden al servicio de urgencias después de sufrir una agresión sexual se les realicen medidas de contracepción para prevenir embarazos no deseados, pero un estudio realizado en la universidad de California¹⁸ demostró que la manipulación hormonal utilizada para este fin podía producir mayor incidencia en el desarrollo de síntomas de estrés post-traumático en las víctimas, mientras que si utilizaban Ogestrel, una combinación en dosis bajas de Estrogen Ethinyl Estradiol sintético y Progestin Levonorgestrel sintético, la incidencia de síntomas eran menores.

En referencia al desarrollo de síntomas depresivos, un estudio realizado en Suecia a 573 mujeres¹⁹ comprobó que aquellas que habían sufrido una agresión sexual en el pasado, tenían más posibilidades de sufrir síntomas depresivos.

También, en *“Depressive symptoms after a sexual assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions”*²⁰ se relataba que el nivel de depresión era menor si la agresión se había producido por una persona desconocida para la víctima y que, por el contrario, si el agresor era conocido y/o pariente de ésta, los síntomas eran mayores ya que las víctimas se sentían más culpables.

Además, en el estudio *“Between desire and rape”*²¹, se describen los testimonios de algunas mujeres que padecen violencia sexual dentro de la pareja. Éstas comunicaban las experiencias y sentimientos que les habían surgido en la relación, y la gran mayoría reconoció ver el abuso como una imposición y acataban aquello que su pareja decía por evitar que la situación empeorara.

Existen más investigaciones que también establecen una relación entre haber sufrido una agresión sexual y desarrollar síntomas de una depresión o TEPT ⁽²²⁻²⁴⁾.

Otros estudios relacionan que el hecho de haber sufrido una agresión sexual puede llevar a desarrollar hábitos perjudiciales para la salud como el consumo de sustancias, fumar o el alto consumo de alcohol. Así mismo, se señala que pueden desarrollar una desregulación de las emociones, y también tienen posibilidad de aparecer otras enfermedades crónicas como asma, enfermedades cardiovasculares, ictus, etc. ⁽²⁵⁻²⁷⁾ Aparte, se ha encontrado un estudio²³ que hace mención al desarrollo de otras como la ansiedad, irritabilidad y otros síntomas físicos.

Otra consecuencia a destacar es la baja autoestima, ya que según un estudio de 2014 realizado en Estados Unidos en el que se entrevistaron a 1224 personas²⁸ a las que se les sometieron a varios cuestionarios y diversas entrevistas sobre la autoestima, concluyeron que las personas que habían sufrido alguna agresión sexual tenían una autoestima menor que aquellas que no la habían sufrido y que a su vez esto tenía posibilidades de acarrear problemas psicológicos.

Es importante, destacar que existen investigaciones como *“Service utilization and health seeking in a national sample of female rape victims”*²⁹, en las que se establece una relación entre la búsqueda/obtención de ayuda temprana y la aparición o prevención de problemas psicológicos, en ella se reducía la manifestación de síntomas depresivos y

mejorando la autoestima de las mujeres si se obtenía ayuda temprana, aunque cerca de un 40% podían o no deseaban ser ayudadas.

Por último, en relación con el riesgo de suicidio de las mujeres víctimas de una agresión sexual, un estudio realizado con 34 mujeres de un refugio de mujeres víctimas de violencia domésticas³⁰, las cuales habían sufrido tanto abuso sexual como psicológico, llegó a la conclusión de que el 42% de las mujeres había tenido ideación suicida y el 31% admitió haber cometido un intento de suicidio en el periodo comprendido entre los 17 años previos y las 2 semanas anteriores a la realización del estudio.

b) AFECTACIÓN EN LA SALUD FÍSICA

Respecto a las repercusiones en la salud física, se han encontrado un total de 14 artículos, en los que se reflexiona sobre si existe una relación aparente entre sufrir un episodio de abuso sexual y la aparición de síntomas, signos y patologías tanto emocionales como físicas, no sólo al momento de haber sufrido dicha agresión, también en los años posteriores, que afectan a la víctima; generando un gran impacto en su salud y por tanto, en la calidad de vida.

Han sido muy diversos los aspectos que se han querido analizar en las distintas investigaciones (el impacto en el embarazo, alteraciones cardiovasculares, percepción de técnicas o procedimientos invasivos, aparición de lesiones) para tratar de averiguar si se podía establecer un nexo de unión entre la aparición de los mismos y ser víctima de una violación. Estas afirman que así es, y que las consecuencias de ello, se traducen en: mayor riesgo a desarrollar patologías, disminuir la tolerancia a determinadas pruebas sanitarias (como las revisiones ginecológicas) y el impacto en todas las esferas que constituyen al ser humano (biológica, psicológica, social y espiritual). A continuación se pasará a hablar de dichos puntos.

Estudiar los distintos rangos de edades en la vida de las mujeres adultas, ayuda a comprender cuáles o cómo se manifiestan los efectos del abuso sexual en las distintas etapas evolutivas.

En la investigación publicada en el año 2011, que contaba con una muestra de 2000 mujeres³¹ que estudiaban en la universidad, los autores concluyeron que presentar una historia de abuso puede acarrear más frecuentemente la aparición de problemas de salud

mental, alteración de la salud autopercebida, incremento de casos de trastorno de estrés post-traumático, mayor frecuencia de episodios depresivos y la tendencia a iniciar o incrementar el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas), por lo que destacan la labor de los equipos de psicólogos para evitar la aparición o progresión de los mismos, favoreciendo el mayor bienestar psicológico posible para la víctima.

Gracias a estudios como el siguiente, con una muestra poblacional compuesta por mujeres de 57 a 85 años²⁸, se ha conocido que los resultados obtenidos en esta población, guardan cierta similitud respecto a la población más joven en referencia al impacto psicológico y la influencia de esta secuela a la hora de conseguir una transición adecuada a la etapa vital en la que se encuentran, si bien al disponer de pocos estudios en víctimas de este rango de edad, no son datos definitivos y que puedan extrapolarse al resto de mujeres de este grupo etario.

No obstante, se debe tener en consideración que cada víctima puede reaccionar de una manera u otra en función de múltiples factores, tanto personales como externos, y que a raíz de la aparición de una alteración o patología psicológica pueden presentarse síntomas físicos que generen modificaciones, e incluso incapacidad en las actividades de la vida de la mujer^{23, 32}.

A nivel orgánico, se han encontrado estudios cuyos objetivos eran determinar el impacto de una agresión sexual puntual o que se mantiene en el tiempo sobre los sistemas cardiovascular³³ y endocrino³⁴.

Relativo al sistema cardiovascular, el efecto que quería estudiarse era la hipertensión arterial, si bien los resultados no fueron concluyentes, pues del total de la muestra (51.434 participantes), únicamente el 10% había sufrido este tipo de violencia y tan sólo se pudo determinar que constituía un factor de riesgo por el impacto emocional que genera en la víctima, pero no que el hecho de haber sido abusada sexualmente lo generara³³.

En el segundo caso, el objetivo fue tratar de relacionarlo con los cambios hormonales que tenían lugar en el eje hipotalámico-pituitario-tiroideo³⁴, algo que ya había sido estudiado a través de casos-controles, de pacientes que sufren trastorno de ánimo relacionado con la menstruación y las que no, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

- Las mujeres que padecen este trastorno, tenían niveles más altos de T3/T4 y concentraciones menores de T4 libre.

- Cuanto mayores sean los niveles de T3/T4 y menor sea la cantidad de T4 que se encuentra de forma libre, mayor gravedad de síntomas premenstruales.

Debido a estos resultados, se quiso comprobar si ocurrían alteraciones iguales o similares en mujeres víctimas de abuso sexual, obteniendo la siguiente información:

- Mujeres con trastorno relacionado con la menstruación y con historia de agresión sexual, mostraron niveles más altos de hormona T3.
- Mujeres sin este trastorno que sí tenían historia de abuso sexual, disponían de niveles de T3 más bajos.

Los resultados permitieron conocer que presentar un episodio de asalto sexual sí actúa como factor de riesgo de provocar niveles más altos de T3, pero no puede ser establecido como causa principal, pues los grupos sometidos a estudio generaron datos variables.

Las mujeres víctimas de una agresión sexual, no sólo padecen secuelas psicológicas, las cuales se han expuesto anteriormente, sino también físicas.

Concretamente, el hecho de sufrir un trastorno de estrés post-traumático o recordar el momento en que se produjo el asalto, puede dar lugar a una disminución a la tolerancia de ciertos procedimientos clínicos invasivos (como el caso de las colonoscopias), pues puede desencadenar reacciones emocionales intensas en las pacientes recordando la agresión, por ello es importante que los profesionales conozcan si sus pacientes cuentan con un historial de abuso previo y adecuar sus intervenciones en consecuencia³⁵.

Además de las emociones que puedan aflorar en las víctimas a raíz de estas intervenciones, existen otras alteraciones cuya manifestación se pudo producir en el momento de la agresión, se ha desarrollado a posteriori o se ha producido un agravamiento, como ocurre en el caso de la incontinencia fecal y/o urinaria por presencia de fístulas o de daños provocados durante la penetración pudiéndose conocer que en estudios realizados^{36,37}, el 12% de las mujeres entrevistadas presentaban una sintomatología más grave que otras pacientes sin historial de abuso.

Otra situación en la que aparece en gran medida el carácter psicológico acompañado de padecimiento físico es la etapa del embarazo, pues puede repercutir en el estado de la madre y el del bebé. Según un estudio realizado en Noruega con una muestra de 78.660 mujeres³⁸, que se encontraban entre las 17 y las 32 semanas de gestación, un 12% de las entrevistadas refirieron haber sido/ ser sometidas a abusos sexuales leves, un 2,8% a

moderados y un 3,6% a agresiones severas, lo que llevó a los investigadores a preguntarse si existía una relación entre la presencia de este tipo de violencia en la vida de las gestantes, pues generaba una sintomatología (contracciones de Braxton Hicks, náuseas y vómitos, cansancio, dolores de espalda, constipados y calambres en las piernas) de mayor magnitud que la presentada en mujeres embarazadas que no habían sido/eran sometidas a abusos sexuales antes o durante el embarazo, viéndose que en efecto, éstas últimas no manifestaban síntomas de la gravedad en la que lo hacían las primeras.

Además de la mayor presencia de sintomatología y la gravedad de la misma, en una investigación desarrollada por el *University Hospital of North Norway*³⁹ comparando el trabajo de parto en primíparas que habían sido víctimas de abuso sexual con respecto a las mujeres que no han sufrido este tipo de agresión. Determinaron que las primeras, de forma generalizada, tenían un parto más complejo, en el que el trabajo de parto tiene una duración mayor (120 minutos el grupo de casos y 55 las del grupo control), el riesgo de cesárea es más elevado, así como la necesidad de precisar asistencia durante la fase de expulsivo; no obstante, deberá continuar la investigación en este campo concreto para que pueda establecerse una relación entre ambas variables y no ser sólo un factor de riesgo.

No obstante, en otras circunstancias, los trastornos físicos aparecen en el momento de la agresión o tras esta. Es el caso de las lesiones, que como se menciona en un estudio desarrollado tras una decisión del tribunal de Virginia⁴⁰ en el año 2000, no deben servir como única prueba de haber sido cometido un delito pues éstas pueden aparecer (aunque en menor magnitud) en una relación sexual consentida ya que depende, en parte, de la respuesta sexual natural de la mujer, y por otro lado, también pueden ser provocadas por el agresor, en cuyo caso sí debe ser descrita y documentada como prueba. Estas lesiones pueden ser de carácter genital –siendo esta la región afectada- como extragenital – como hematomas, abrasiones o laceraciones-, que pueden aparecer al ser provocadas por el agresor como por la víctima tratando de zafarse del violador.

Algunos estudios, orientaron sus objetivos a tratar de conocer patrones de agresión y tipo de lesiones según la persona que ejerce la violencia y el perfil de víctima que se analizaba, pudiéndose arrojar luz sobre esta compleja materia. Es el caso de una investigación desarrollada en Londres⁴¹, cuyo objetivo era comparar los datos obtenidos de grupo de mujeres post-menopáusicas respecto al grupo de mujeres pre-menopáusicas.

En él, se refleja el mayor riesgo de las componentes del primer grupo, a sufrir un asalto domiciliario a manos de un desconocido (más del 25% frente al 18% en el caso del grupo pre-menopáusico), el incremento de la vulnerabilidad psicológica y cognitiva, mayor probabilidad de presentar lesiones genitales (3 veces más que el grupo premenopáusico) y no diferencias significativas entre un grupo y otro a presentar lesiones extragenitales, aunque sí, la tendencia a presentar más hematomas por las víctimas del grupo postmenopáusico.

Otro estudio⁴² optó por categorizar las lesiones en función de los distintos factores que se modifican a medida que se produce el desarrollo evolutivo de la mujer (como la experiencia sexual previa –mayor riesgo de lesiones en vírgenes declaradas en el momento que se produjo la violación-, edad de la víctima -75% de las mujeres son menores de 28 años-, tiempo transcurrido entre el asalto y la atención sanitaria –no siendo este superior a 72 horas-, agresor conocido o no y el resultado legal, en caso de haber sido identificado el sospechoso).

2. INTERVENCIONES SOCIALES Y SANITARIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Después de la exposición de los distintos problemas que pueden sufrir las mujeres víctimas de violencia sexual, se exponen las intervenciones dedicadas a tratar y paliar estas posibles consecuencias para la salud anteriormente descritas.

Se han encontrado un total de 22 referencias bibliográficas, entre las cuales se encuentran medidas de prevención, intervenciones determinadas para tratar secuelas de una agresión sexual, tanto físicas como psicológicas, así como la formación de los profesionales.

En primer lugar, se va a exponer la información encontrada en varios artículos en relación con el cuidado inmediato que se debería proporcionar a las mujeres víctimas de agresión sexual. En ellos se describe que se debe atender primeramente a las heridas traumáticas como las heridas de un intento de estrangulación, heridas en cara, torso, extremidades... etc, posteriormente se prestará atención a las heridas anogenitales.

En el artículo “*A comparison of intimate partner abuse and other sexual assault survivors*”⁴³, se recalca que todo el material utilizado tanto en el traslado de la víctima como en el tratamiento de las heridas debe ser preservado para que, si la víctima decide denunciar, puedan ser utilizados como prueba en un futuro juicio. Tras la recogida de pruebas se proporcionará profilaxis contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), además de actividades de prevención de embarazo en el caso de que la víctima lo desee. Aunque recibir este tipo de tratamientos dependa en gran parte, de la mujer, es cierto que, en algunos casos, se pueden hacer modificaciones en la dispensación de los mismos, por ejemplo, en función de si el agresor es desconocido o es la pareja de la víctima.

Durante todo el proceso se proporcionará apoyo emocional por parte del profesional sanitario e inmediatamente se le pondrá en contacto con el trabajador social o psicólogo ya que una atención psicológica temprana está relacionada con la menor aparición de síntomas TEPT y otras secuelas, por último se realizará seguimiento de la víctima.

Los artículos⁽⁴⁴⁻⁴⁸⁾ destacan la labor de la figura del profesional de enfermería ya que es quien está en todo momento con la víctima, la atiende y proporciona el primer contacto y apoyo cuando la víctima llega al centro sanitario. El enfermero/a es el que valora las lesiones, realiza las curas, recoge las muestras y administra la profilaxis anteriormente mencionada, es por esto que debe contar con las nociones necesarias para atender a estas mujeres entre los que se encuentran el conocimiento del examen forense, entrenamiento en el TEPT y los tipos de lesiones (anales, genitales, equimosis, lesiones en el tronco o las extremidades...). Para conseguir todo ello, el profesional debe construir y favorecer un entorno agradable y lo más confortable posible para la víctima (como hablar de forma pausada y con tono bajo o moverse de forma lenta), de forma que se pueda establecer una relación de confianza con la paciente y se sienta protegida.

Siguiendo con el cuidado inmediato, se ha considerado relevante destacar el proceso de recogida de muestras, sin la cual las víctimas podrían encontrarse con muchos obstáculos a la hora de denunciar a su agresor. A pesar de que el parte de lesiones debe ser rellenado por el personal médico forense, las muestras serán recogidas por el personal enfermero. Éstos se encargaran de obtener las muestras de sangre y orina para determinar las sustancias que pueda haber en el organismo; posteriormente, se recogerán muestras vaginales, anales y bucales para estudio genético/toxicológico, y por último, restos biológicos que puedan haber quedado bajo las uñas de la víctima, recortándolas para su posterior estudio¹⁰.

A continuación, se expondrán diversas intervenciones específicas dedicadas a tratar las secuelas de una violación sexual (mayormente psicológicas) y a prevenir la violencia sexual.

En primer lugar, se exponen dos estudios dirigidas a la prevención y concienciación acerca de las agresiones sexuales y diversas medidas para conseguir reducirlas en un futuro.

El primero es “Campus Craft”⁴⁹, un juego virtual realizado con varios grupos de personas, mayormente jóvenes, en los que se exponían varios escenarios en los cuales podían interactuar y hacer minijuegos y además éstos proporcionaban información sobre el acoso sexual. El objetivo del juego era trabajar las actitudes de los participantes hacia las agresiones sexuales proporcionando información acerca de las agresiones y los resultados del estudio concluyeron que los participantes, adquirieron un mayor conocimiento respecto al tema que el que poseían previamente a la realización del juego.

Como dato a destacar, se ha encontrado información en estudios que demuestran que las mujeres de edades comprendidas entre los 17-24 años son las que más padecen episodios de violaciones. En estos estudios se entregaron unos test a una muestra de 2000 féminas⁵⁰, en el que se preguntaba acerca de si se tenía o no en conocimiento algún caso de agresión sexual y si se había hecho algo al respecto, más del 40% afirmó saber de alguna situación así y el 60% recomendó a la víctima tomar medidas legales o sanitarias contra el agresor. Además, en otro test, un 35% de 899 mujeres⁵¹, habían sufrido un intento de violación y el 23,5% fueron violadas. Por esto el estudio de “Campus Craft” se ha considerado una iniciativa relevante en esta revisión, ya que está destinada a la población joven.

El segundo estudio⁵² propuso tres medidas para reducir la violencia sexual en los próximos 30 años, éstas son reforzar el trabajo interdisciplinar entre instituciones para unificar el esfuerzo en la lucha contra el abuso sexual, priorizar la práctica basada en la evidencia para investigar los factores de riesgo de la violencia sexual, y realizar inversiones económicas en la prevención de la violencia sexual.

De esta forma, gracias al capital disponible, se podrán seguir desarrollando estudios e investigaciones sobre las que generar, posteriormente, intervenciones tanto a nivel comunitario con diferentes actividades de concienciación para tratar de modificar comportamientos en países donde la estructura es todavía jerarquizada y patriarcal, como

a nivel social y personal con la creación de recursos en forma de centros físicos o virtuales que puedan ofrecer ayuda a las víctimas interesadas, de manera que, con el tiempo si éstas estructuras permanecen, podrán obtenerse datos de violencia más bajos.

En cuanto a intervenciones específicas para tratar síntomas del TEPT, síntomas depresivos, estrés y ansiedad se han encontrado diversos estudios que tratan el tema.

Algunos de ellos⁽⁵³⁻⁵⁵⁾, realizados en Estados Unidos, determinaron que la utilización de métodos de reestructuración cognitiva y la proporción de consejo y apoyo emocional reducía en gran medida los síntomas de TEPT y los síntomas depresivos que poseían las víctimas. También se respaldaba que la terapia debía ser individualizada a la situación de cada víctima para mayor efectividad⁵⁶.

Otro estudio realizado por la *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses de Estados Unidos*⁵⁷, se centraba en el trabajo de parto en mujeres que habían sufrido una agresión sexual previamente, y comprobaron que el estrés y la ansiedad de las mujeres atendidas disminuía si se informaba en todo momento a la mujer de los procedimientos que iban a realizarse, (ya que éstas poseían un nivel mayor de estrés y ansiedad que aquellas mujeres que no tenían historial de agresiones sexuales) si se respondía a sus preguntas y se les hacía partícipes de las decisiones. Además, comentaban que el uso de smartphones era recomendable para buscar información con el objetivo de proporcionársela al paciente, o bien recomendar al paciente que busque información en páginas fiables previamente comprobadas por el profesional.

Además, para respaldar en mayor medida la importancia de las intervenciones dirigidas a tratar las secuelas de una agresión, dos estudios^{58, 59} llegan a la misma conclusión de que hacer un correcto uso y entrenamiento de estrategias de afrontamiento, ya sea por su cuenta o, en mayor medida, con la ayuda de los profesionales sanitarios, produce una disminución de los síntomas del TEPT.

Por último, en relación con las intervenciones, un estudio de 2013 realizado en España, concretamente en el País Vasco⁶⁰, realizó dos intervenciones con 138 mujeres víctimas de agresión sexual, en la primera intervención se realizó un proceso motivacional, en el cual se favorecía la percepción de seguridad por parte de las participantes y además se proporcionaba apoyo emocional. En la segunda intervención se facilitaron estrategias en relación con el proceso jurídico-penal al que podían enfrentarse

las víctimas y también se realizó un tratamiento individualizado de las psicopatologías detectadas en cada víctima.

Los resultados de estas intervenciones dieron lugar a una reducción en el 100% de las víctimas de los síntomas de TEPT, una reducción del malestar emocional en 65,6% de las víctimas y una disminución del 60% de la evitación sexual.

Respecto a la formación de los profesionales y las dificultades percibidas por los mismos para realizar intervenciones con las víctimas de una agresión sexual cabe mencionar un estudio realizado a distintos profesionales de salud de Estados Unidos⁶¹, en el que se les preguntaba las dificultades para realizar el seguimiento de las víctimas, desarrolla que las tres principales dificultades que experimentan estos profesionales son:

- Las barreras internas de cada profesional (como la falta de confort que les proporciona el tema de abuso sexual).
- Problemas en la comunicación con el paciente, ya sea por el idioma, que el paciente tenga alguna discapacidad, no poder crear el entorno adecuado...
- Los obstáculos del sistema, como el poco tiempo que tienen en las consultas para realizar un correcto seguimiento.

También se han encontrado dos revisiones^{62, 63} en las que se analizaban diversos programas de entrenamiento a profesionales, en ellos se les proporcionaba información acerca del abuso sexual, técnicas de comunicación, práctica basada en la evidencia y nociones de cómo guiar acompañar a una víctima en la toma de decisiones. Los profesionales se mostraban más seguros a la hora de atender a este tipo de víctima e incluso a identificarlas.

Para cerrar este apartado se ha considerado como dato importante a destacar la asistencia de las víctimas a los servicios de salud, ya que es cierto que no todas las víctimas buscan ayuda, y lo respalda un estudio realizado a 3001 mujeres adultas²⁹ de las cuales 556 tenían historial de abuso sexual determinó que el 60% de las mujeres si buscó ayuda frente al 40% que no lo hizo, algunas por no creer ser merecedoras de la misma o bien por tratar de no recordar nuevamente lo sucedido.

Además, apunta que la búsqueda de ayuda estaba positivamente asociada con el hecho de sufrir alguna enfermedad mental, estar divorciado o vivir solo y ser de raza blanca. Se puede concluir, también, que el servicio más utilizado por mujeres víctimas de agresión sexual es el de salud mental, ya que se ha encontrado información lo respalda en

un estudio a mujeres agredidas sexualmente⁶⁴ en el realizaron tres test en distintas ventanas de tiempo, 1.5 meses, 3 meses y 6 meses post-asalto y se obtuvo que un 43.5%, 36.5% y 31.4% respectivamente utilizaron servicios de salud mental.

3. EJEMPLOS DE PROTOCOLOS VIGENTES EN ESPAÑA.

Para poder conocer de primera mano cuáles son las actuaciones y procedimientos que se siguen desde el momento en que una víctima acude a la comisaría o es llevada al hospital, se han desarrollado protocolos en los que se recoge dicha información. En esta revisión, serán descritos los tres relativos a las siguientes comunidades autónomas:

- Comunidad autónoma de Madrid
- Comunidad autónoma de Cantabria
- Comunidad autónoma de Andalucía

En primer lugar, se hablará del protocolo de la Comunidad Autónoma de Madrid que fue creado en 2007 y actualmente es el único en vigor para esta comunidad¹⁰.

El protocolo especifica que las víctimas que deseen denunciar deberán acudir al Servicio de Atención a la Familia (SAF) de la Jefatura Superior de la Policía de Madrid o, en el caso de que acudieran a otra comisaría de policía, éstas serían trasladadas también al SAF para formular la denuncia.

Tras ser formalizada la denuncia, la víctima será conducida al Hospital Universitario La Paz para ser atendida por el personal sanitario, y se avisará al personal médico forense de guardia para que se encargue de que se reflejen sus lesiones físicas y estado emocional, se soliciten muestras de sangre y orina, muestras anales, vaginales y bucales, y por último restos encontrados en las uñas.

Una vez recogidas las pruebas, el personal médico forense las entregará a la Policía, preservando la cadena de custodia, y éstas serán enviadas a los laboratorios de la policía científica.

También el protocolo especifica que, si hubiese un sospechoso detenido, el SAF le comunicará al médico, para que estime si le debe hacer un reconocimiento en los calabozos de Tetuán por si la víctima hubiese producido lesiones en el sospechoso y así detectarlas o bien que el sospechoso tenga restos de la víctima en su cuerpo o uñas.

Por otra parte, se encuentra el protocolo de actuación de Cantabria¹¹, ya que fue una de las comunidades que contó con más de 90 partes de denuncia (concretamente 94) por este tipo de abuso. Es por esto que lugares como el Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género, cobran importancia, dado que cada año, un gran número de mujeres acuden para obtener ayuda y recibir atención precisa para su caso, de forma que se traten de reducir los daños o repercusiones a corto y largo plazo evitando así, que surjan limitaciones en la vida de estas personas.

Este tipo de agresiones, deben ser abordadas conjuntamente por un equipo sanitario y representantes del servicio judicial, de forma que los primeros sean los encargados de la recopilación de las distintas pruebas que pueda presentar la víctima y los segundos sean quienes las custodien, asegurando la validez de las mismas y no dando lugar a repeticiones de procedimientos que pueden resultar traumáticos para las pacientes.

La víctima de violación sexual, tiende a padecer secuelas a corto y largo plazo, que afectan no sólo a su salud física, sino también psicosocial. La intensidad con que estas se presenten, quedará determinada por variables como:

- Tipo de agresión a la que ha sido sometida, teniendo en cuenta el grado de violencia, lesiones, duración y lugar de los hechos.
- El agresor, es decir, si existe una relación con dicha persona o no, y número de agresores.
- Características propias de la víctima como la edad, etapa vital en el momento del abuso y estrategias de afrontamiento que desarrolle.
- Asistencia sanitaria otorgada de la víctima que determinará si se favorece la relación de confianza con la mujer o no, con la consiguiente colaboración o negación durante el proceso de reconocimiento y las consecuencias que esto puede tener.
- Actitud del círculo familiar y de amistades de la paciente, si éste es de apoyo o no.

En aras de unificar los pasos que han de seguirse en la atención de este tipo de víctimas, se elabora este protocolo guiado por: las líneas elaboradas que se recogen en el plan de actuación: salud para las mujeres (2004-2007) y por la ley Integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección a sus víctimas (Ley Cantabria 1/2004).

En él, se distinguen los siguientes puntos:

1. **Recogida y acogida**: tratar que el tiempo entre el momento de la agresión y el de la recepción y atención sea el menor posible, pues algunos signos de la agresión son susceptibles de pasar desapercibidos.

Se debe procurar que el equipo que lleve a cabo el reconocimiento de la víctima, sea consciente de la situación delicada que presenta la paciente y actúe en función de ello.

El primer contacto de la mujer (esté o no acompañada) con el profesional sanitario va de la mano de un/a enfermero/a, en un lugar acogedor que favorezca la relación terapéutica. Se evitará la realización de preguntas, tratando de dar a la víctima la oportunidad de que relate lo sucedido. Entre las actividades que han de llevarse a cabo, se encuentran la realización de una valoración física y psicosocial de la usuaria, mostrar interés en lo que está relatando, otorgarle información relativa a los procedimientos a los que será sometida (siempre que ésta lo permita) y las medidas que debe tomar respecto a la exploración que se le practicará, determinar si quiere o no denunciar los hechos, y sobre todo, acompañar a la víctima durante todo el proceso.

2. **Actuación clínica**

- a. Anamnesis: fecha, hora, lugar, tipo de agresión sexual sufrida (vía utilizada, objetos empleados...), fecha de última regla, consumo de alcohol o sustancias, embarazo ya conocido, conocer si se ha duchado u orinado, y circunstancias en las que se ha producido, transcribiendo fielmente los hechos narrados.
- b. Valoración psicológica: manifestaciones somáticas (náuseas, palidez, sudoración o temblor), comportamiento verbal (tartamudez, mutismo...), alteraciones comportamentales (hiperactividad o pasividad, hipervigilancia, ansiedad, temor...).
- c. Exploración física: general y ginecológica.
- d. Exámenes de laboratorio estudio cito-bacteriológico (priorización de recoger muestras de esperma), analítica sanguínea y recogida de otras muestras como ropa, pelos,...). Estas muestras deben ser correctamente

identificadas con los datos de la víctima, del médico/forense que ha llevado a cabo la exploración y la fecha de recogida. Aquellas que vayan a formar parte de las pruebas judiciales, deberán ser guardadas en una nevera específica hasta que el personal del juzgado acuda con la documentación precisa para recogerlas.

- e. Tratamiento profiláctico, si éste fuera preciso, para enfermedades de transmisión sexual, tétanos, embarazo y cuidados psicológicos.

Además, existen unos criterios de hospitalización, que deberán ser evaluados de tal forma que las víctimas que así lo requieran, puedan ser ingresadas. Estos son: presentar daños físicos genitales o extragenitales y un gran deterioro psicológico.

3. **Cumplimentación del parte de lesiones**, siempre se debe presentar (vaya a haber o no denuncia), éste será rellenado por el personal facultativo para ser enviado al Juzgado de guardia y se realizará 3 veces (una copia para la víctima, otra para el Juzgado y otra que se archivará en la historia clínica). [Ver anexo 2].

4. **Actuaciones e información al alta**, poner en conocimiento de la necesidad y la importancia de los controles de seguimiento que se le realizarán, así como de acudir a los mismos. Asegurar que se le ofrecen los recursos sociales o sanitarios que pueda precisar. Así mismo, se debe procurar la citación para el primer chequeo.

5. **Seguimiento y controles posteriores**: con 3 citas obligatorias.
 - A los 10 días
 - A las 4-6 semanas
 - A los 6 meses

En estas visitas, se realizarán controles analíticos y recogida de nuevas muestras si los resultados previos no fueron concluyentes, revisión de las secuelas físicas (evolución de las lesiones) y llevar a cabo una valoración psicológica de la víctima.

Al igual que sucede en este protocolo, el que se desarrolló en la Comunidad de Andalucía¹², hace referencia a la importancia de actuar siguiendo los pasos de entrevista inicial con reconocimiento de la víctima, obtención de las diversas muestras, valorar el riesgo de exposición por parte de la víctima a una enfermedad de transmisión sexual (ETS) y ofrecer el tratamiento profiláctico preciso.

En esta publicación del año 2015, se describe un aspecto que no se ha encontrado en otros protocolos, este resulta ser la escritura durante el registro en la historia de la paciente, de las siglas CMT si el agresor ha sido o aún es la pareja sentimental de la víctima.

Todos los protocolos coinciden en destacar la importancia de comprender la situación que vive la mujer que ha sufrido una violación sexual y la necesidad de atender de forma primordial la salud psicológica de la misma.

CONCLUSIONES

Una vez analizados todos los resultados a partir de los cuales se ha generado esta revisión narrativa, se ha llegado a una serie de conclusiones que responden a los objetivos planteados, las cuales pasarán a ser descritas a continuación:

- La principal afección psicológica que desarrollan las víctimas de abuso sexual, resulta ser el trastorno de estrés post-traumático. Seguido de sintomatología depresiva y estados ansiosos.
- El hecho de haber sufrido una agresión sexual podría derivar en la adquisición de hábitos perjudiciales para la salud de las víctimas, como el consumo de alcohol, drogas u otros hábitos tóxicos.
- Así mismo, se comprobó que la población femenina que sufre una agresión sexual, posee una baja autoestima más acentuada que aquellas que no la han padecido.
- Se han encontrado datos, aunque poco significativos, que determinaban que en las mujeres con baja autoestima u otra patología mental podría aparecer aumentada la probabilidad de presentar ideación suicida, llegando en algunos casos al intento de realizarlo.

- Existe una estrecha relación entre ser una mujer que ha sufrido un asalto sexual y la pérdida o reducción de la capacidad de adaptación a las etapas evolutivas posteriores, hecho que sobre todo se manifiesta en población de edad superior a los 55 años.
- El impacto de la agresión en la víctima repercute, entre otros aspectos, en la realización de pruebas o técnicas invasivas de carácter terapéutico, de prevención, como es el caso de las colonoscopias y exámenes ginecológicos, por el grado de ansiedad y discomfort que les es generado, rememorando el suceso traumático.
- Queda establecida una relación entre padecer un abuso sexual y la aparición de una sintomatología más remarcada de diferentes afecciones (incontinencia fecal y/o urinaria) y de las situaciones de salud que se desarrollan a lo largo de las distintas etapas de la vida de las mujeres (como el embarazo, donde a lo largo de toda la gestación presentan mayor gravedad de los síntomas respecto a mujeres que no han sido víctimas).
- Dos grandes repercusiones de la agresión sexual, son las infecciones por enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Las actuaciones, además, son diferentes si el asalto ha sido llevado a cabo por la pareja de la víctima, alguien conocido o por un desconocido.
- Se reconocen dos tipos de lesiones, genitales y extragenitales, pueden aparecer en víctimas de cualquier edad, aunque las primeras son más frecuentes en mujeres que hayan alcanzado la menopausia, y las segundas se pueden presentar en cualquier mujer por igual.
- Dada la incidencia de la clínica psicológica que pueden presentar las víctimas, las intervenciones que se desarrollan, se dirigen a cubrir las necesidades que puedan aparecer, y de esta forma, evitar que éstas deriven en una patología de mayor gravedad.
- Las intervenciones encontradas recalcan la importancia de la atención inmediata tras la agresión tanto en el tratamiento de las lesiones físicas, la recogida de pruebas y la realización del seguimiento de la víctima. Además se puede observar que el papel de la enfermería es muy relevante ya que es el profesional enfermero el que valora las lesiones, las cura, recoge muestras... y da apoyo a la víctima.

- Se ha observado que, aunque hay pocas estrategias o intervenciones de prevención y concienciación acerca de las agresiones sexuales, existen buenas iniciativas como por ejemplo el juego virtual “*Campus Craft*”, el cual está orientado a la población joven, ya que es la que más sufre este tipo de agresiones, y aboga por actuar generando un cambio de actitud y de comportamiento en los jóvenes, confrontándolos con esta situación.
- A pesar del alto porcentaje de mujeres que sufren una agresión sexual sólo el 60% acuden en busca de ayuda; mientras que alrededor del 40%, rehúsan recibir algún tipo de atención y prefieren hacer frente a la situación por sí mismas (generar estrategias de afrontamiento o tratar de olvidar lo ocurrido).
- Se ha comprobado la efectividad de las intervenciones dirigidas a tratar salud mental de la víctima, desde que se establece el primer contacto con ella ya que previene el desarrollo futuro de patologías psicológicas como depresión, ansiedad o trastorno de estrés post-traumático, siendo tal vez por ello, que los servicios más utilizados por estas mujeres son los mentales.

LIMITACIONES

A la hora de recoger los datos necesarios para esta revisión nos hemos encontrado con varias limitaciones que nos ha dificultado la obtención de los mismos:

- Sólo se ha accedido a las bases de datos disponibles a través de la página web de la biblioteca de la universidad, pues son las que hemos conocido a lo largo de los años que hemos estudiado aquí.
- Todavía no se manejan las plataformas más allá del nivel básico que tenemos como estudiantes, por lo que las búsquedas han aportado en ocasiones mucho ruido documental.
- A pesar de haber aplicado filtros, se obtuvieron resultados con muestra en la que se incluían hombres o niños y otras desactualizadas, por lo que se ha tenido que hacer una lectura exhaustiva de los artículos para asegurar que cumplieran los criterios para ser utilizados en esta revisión.

- Otra limitación ha sido no poder acceder a todos los artículos en los que estábamos interesados, pues algunos precisaban una suscripción a la plataforma digital o física que lo había publicado y en otras ocasiones, los links daban error al ser abiertos o resultaban ser de pago; además algunos de ellos, se trataron de obtener por otros medios y no fue posible.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Consideramos que después de realizar esta revisión existen varias propuestas que se podrían llevar a cabo en un futuro, dirigidas a mejorar la situación actual respecto a la violencia sexual y el efecto que tiene en la salud de las víctimas. Son las siguientes:

- Desarrollar campañas de prevención, con el apoyo por parte de los órganos gubernamentales para dedicar más recursos económicos a estas iniciativas (mediante anuncios, cursos de autodefensa, enseñanza en los colegios) que eviten que esta situación sea vista como “*normal*” y así, tratar de erradicar este problema.
- Reforzar las leyes de castigo para los agresores y de derecho de protección/atención a las víctimas.
- Sería recomendable la utilización de métodos anticonceptivos, con una concentración de hormonas más baja, ya que se observó que la incidencia de síntomas de estrés post-traumático eran menores tras su utilización frente a otros con mayor carga hormonal.
- Otorgar formación complementaria o específica en la atención de agresiones sexuales a los profesionales sanitarios, de forma que éstos puedan tratar a las víctimas proporcionando los cuidados adecuados y evitando así, que las intervenciones enfermeras y médicas contribuyan a magnificar la carga traumática de lo acontecido.
- Revisión y actualización de los protocolos de actuación ante las agresiones sexuales, de tal manera que se tengan en cuenta los cambios que se han producido en la sociedad, los avances tecnológicos, y sobre todo, mirar por la salud de las víctimas pues en el protocolo actual de la Comunidad de Madrid¹⁰, queda descrito

que las mujeres han de acudir al Servicio de Atención a la Familia (SAF), ubicado en la calle Doctor Federico Rubio y Galí 55; y posteriormente, ser trasladadas al Hospital Universitario La Paz, por lo que víctimas que residan lejos del centro de la ciudad, pasarán un gran número de horas en un entorno hostil que no les es familiar, sin poder asearse o acudir al servicio hasta que no hayan sido recogidas todas las muestras pertinentes.

POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Evaluación de las intervenciones clínicas que se desarrollan con las víctimas, dirigidas a tratar de reducir las secuelas físicas y psicológicas, con el fin de conocer la efectividad de las mismas.
- Creación de tácticas que motiven a las mujeres que han sufrido una agresión sexual a continuar con el tratamiento psicológico o farmacológico que les sea prescrito, en aras de asegurar una buena adherencia terapéutica y evitar el rechazo o abandono del mismo.
- Conocer la percepción de las mujeres atendidas respecto a los cuidados y actividades realizadas no sólo en el cuidado inmediato, sino también a largo plazo, de forma que se conozca el grado de aceptación y adaptación por parte de las pacientes a las mismas, la satisfacción con la atención que han recibido y las propuestas de mejora (si incluirían alguna intervención que consideran que les habría resultado de ayuda, si se debe mejorar el enfoque de las actividades...), permitiendo que las modificaciones que se lleven a cabo, reduzcan la aparición o impacto de las posibles secuelas tanto psicológicas como físicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Violencia contra la mujer [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 7 January 2018]. Available from: <https://goo.gl/9ryckA>
2. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1996 p. 51. Available from: <https://goo.gl/MM4WCJ>
3. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia Sexual [Internet]. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud; 2013 [cited 19 February 2018]. Available from: <https://goo.gl/75mPhy>
4. Código Penal. Ley 10/1995 de 23 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 281 (24/11/1995)
5. Violent sexual crimes recorded in the EU [Internet]. Eurostat. 2017 [cited 12 February 2018]. Available from: <https://goo.gl/ksBNjP>
6. De Miguel V. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España; 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: <https://goo.gl/Md3pyH>
7. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas [Internet]. ONU Mujeres. 2017 [cited 17 January 2018]. Available from: <https://goo.gl/mCdpeY>
8. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women [Internet]. 1st ed. Baltimore, Maryland, USA: Bryant Robey; 1999 [cited 24 February 2018]. Available from: <https://goo.gl/DR2yR7>
9. Comas D. La violencia sobre las mujeres en la agenda política, en la sociedad y en los medios de comunicación. Ankulegi Revista de antropología social [Internet]. 2011 [cited 29 March 2018]; (15). Available from: <https://goo.gl/ddyJGo>
10. Protocolo de actuación coordinada de los organismos competentes en materia de agresiones sexuales [Internet]. Madrid: Área de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid; 2007 [cited 2 April 2018]. Available from: <https://goo.gl/7KRcJ7>

11. De la Puente E, De Miguel J, Estébanez A, Estébez J, Freijo M, Guillén P et al. Violencia contra las mujeres. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales [Internet]. Cantabria: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.; 2006 [cited 9 March 2018]. Available from: <https://goo.gl/xRvnL6>
12. Suárez A, Borrás S, Fría I, Llamas M, Vizuetete E. Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. 2nd ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.; 2015 [cited 23 January 2018]. Available from: <https://goo.gl/uw4Jc3>
13. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29/12/2004).
14. Serrano P, Martínez M. Tipologías en el Trabajo Fin de Grado. En: Serrano P. Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. 1ª ed. Madrid: DAE, SL; 2012. p. 34-85.
15. Tiihonen Möller A, Bäckström T, Söndergaard H, Helström L. Identifying Risk Factors for PTSD in Women Seeking Medical Help after Rape. PLoS ONE [Internet]. 2014 [cited 11 December 2017]; 9 (10). Available from: <https://goo.gl/NJfvQP>
16. Zinzow H, Resnick H, McCauley J, Amstadter A, Ruggiero K, Kilpatrick D. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology [Internet]. 2011 [cited 11 December 2017]; 47 (6):893-902. Available from: <https://goo.gl/ANE63k>
17. Littleton H, Ullman S. PTSD Symptomatology and Hazardous Drinking as Risk Factors for Sexual Assault Revictimization: Examination in European American and African American Women. Journal of Traumatic Stress [Internet]. 2013 [cited 12 December 2017]; 26 (3):345-353. Available from: <https://goo.gl/9RLfzz>
18. Ferree N, Wheeler M, Cahill L. The influence of emergency contraception on post-traumatic stress symptoms following sexual assault. Journal of Forensic Nursing [Internet]. 2012 [cited 11 December 2017]; 8 (3):122-130. Available from: <https://goo.gl/qPim1z>

19. Lövestad S, Löve J, Vaez M, Krantz G. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. BMC Public Health [Internet]. 2017 [cited 11 December 2017];17(1). Available from: <https://goo.gl/BuxzkQ>
20. Abrahams N, Jewkes R, Mathews S. Depressive symptoms after a sexual assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. African Journal of Psychiatry [Internet]. 2013 [cited 13 December 2017];16(4). Available from: <https://goo.gl/wBr68f>
21. Edin K, Nilsson B. Between desire and rape – narratives about being intimate partners and becoming pregnant in a violent relationship. Global Health Action [Internet]. 2013 [cited 11 December 2017]; 6 (1). Available from: <https://goo.gl/rwg4xn>
22. Walsh K, Nugent N, Kotte A, Amstadter A, Wang S, Guille C et al. Cortisol at the emergency room rape visit as a predictor of PTSD and depression symptoms over time. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2013 [cited 11 December 2017]; 38 (11):2520-2528. Available from: <https://goo.gl/TMBMk1>
23. Taft C, Vogt D, Mechanic M, Resick P. Posttraumatic stress disorder and physical health symptoms among women seeking help for relationship aggression. Journal of Family Psychology [Internet]. 2007 [cited 11 December 2017]; 21 (3):354-362. Available from: <https://goo.gl/99eGiw>
24. Taft C, Resick P, Watkins L, Panuzio J. An Investigation of Posttraumatic Stress Disorder and Depressive Symptomatology among Female Victims of Interpersonal Trauma. Journal of Family Violence [Internet]. 2009 [cited 12 December 2017]; 24 (6):407-415. Available from: <https://goo.gl/ZFDsDN>
25. Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2014 [cited 11 December 2017]; 14 (1). Available from: <https://goo.gl/ZjBgi2>
26. Weiss N, Tull M, Gratz K. A Preliminary Experimental Examination of the Effect of Emotion Dysregulation and Impulsivity on Risky Behaviors Among Women With Sexual Assault-Related Posttraumatic Stress Disorder. Behavior Modification [Internet]. 2014 [cited 11 December 2017]; 38 (6):914-939. Available from: <https://goo.gl/HNUQ39>

27. Vallejo Á, Córdoba M. Abuso sexual: Síntomas y consecuencias. Apuntes de psicología Revista cuatrimestral de psicología [Internet]. 2011 [cited 13 December 2017]; 29 (1):161-175. Available from: <https://goo.gl/2Bej5H>
28. Sachs-Ericsson N, Kendall-Tackett K, Sheffler J, Arce D, Rushing N, Corsentino E. The influence of prior rape on the psychological and physical health functioning of older adults. Aging & Mental Health [serial on the Internet]. (2014, Aug), [cited December 12, 2017]; 18(6): 717-730. Available from: <https://goo.gl/xeUU1u>
29. Amstadter A, McCauley J, Ruggiero K, Resnick H, Kilpatrick D. Service Utilization and Help Seeking in a National Sample of Female Rape Victims. Psychiatric Services [Internet]. 2008 [cited 12 December 2017]; 59 (12):1450-1457. Available from: <https://goo.gl/HrME9J>
30. Karakurt G, Smith D, Whiting J. Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. Journal of Family Violence [Internet]. 2014 [cited 13 December 2017]; 29 (7):693-702. Available from: <https://goo.gl/AmBRR4>
31. Zinzow H, Amstadter A, McCauley J, Ruggiero K, Resnick H, Kilpatrick D. Self-rated Health in Relation to Rape and Mental Health Disorders in a National Sample of College Women. Journal of American College Health [Internet]. 2011 [cited 13 December 2017]; 59 (7):588-594. Available from: <https://goo.gl/7ZpN2B>
32. Du Mont J, Forte T. Intimate partner violence among women with mental health-related activity limitations: a Canadian population based study. BMC Public Health [Internet]. 2014 [cited 11 December 2017]; 14 (1). Available from: <https://goo.gl/cmeZ4b>
33. Mason S, Wright R, Hibert E, Spiegelman D, Forman J, Rich-Edwards J. Intimate partner violence and incidence of hypertension in women. Annals of Epidemiology [Internet]. 2012 [cited 11 December 2017]; 22 (8):562-567. Available from: <https://goo.gl/dAUZWP>
34. Bunevicius A, Leserman J, Girdler S. Hypothalamic-Pituitary-Thyroid Axis Function in Women With a Menstrually Related Mood Disorder. Psychosomatic Medicine [Internet]. 2012 [cited 13 December 2017]; 74 (8):810-816. Available from: <https://goo.gl/H9X3Bs>

35. Nicolai M, Keller J, de Vries L, van der Meulen-de Jong A, Nicolai J, Hardwick J et al. The Impact of Sexual Abuse in Patients Undergoing Colonoscopy. PLoS ONE [Internet]. 2014 [cited 13 December 2017]; 9 (1). Available from: <https://goo.gl/Yzjxzz>
36. Cichowski S, Dunivan G, Komesu Y, Rogers R. Sexual Abuse History and Pelvic Floor Disorders in Women. Southern Medical Journal [Internet]. 2013 [cited 11 December 2017]; 106 (12):675-678. Available from: <https://goo.gl/oU34at>
37. Imhoff L, Liwanag L, Varma M. Exacerbation of Symptom Severity of Pelvic Floor Disorders in Women Who Report a History of Sexual Abuse. Archives of Surgery [Internet]. 2012 [cited 11 December 2017]; 147 (12):1123-1129. Available from: <https://goo.gl/owXiZm>
38. Lukasse M, Henriksen L, Vangen S, Schei B. Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2012 [cited 11 December 2017]; 12 (1). Available from: <https://goo.gl/n6P27s>
39. Nerum H, Halvorsen L, Øian P, Sørli T, Straume B, Blix E. Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2009 [cited 11 December 2017]; 117 (3):288-294. Available from: <https://goo.gl/VgvAjR>
40. Anderson J, Sheridan D. Female Genital Injury Following Consensual and Nonconsensual Sex: State of the Science. Journal of Emergency Nursing [Internet]. 2012 [cited 11 December 2017]; 38 (6):518-522. Available from: <https://goo.gl/F2zxoo>
41. Morgan L, Dill A, Welch J. Sexual assault of postmenopausal women: a retrospective review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2011 [cited 11 December 2017]; 118 (7):832-843. Available from: <https://goo.gl/V8Zb1M>
42. Maguire W, Goodall E, Moore T. Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. 2009 [cited 12 December 2017]; 142 (2):149-153. Available from: <https://goo.gl/KNefTF>
43. Du Mont J, Woldeyohannes M, Macdonald S, Kosa D, Turner L. A comparison of intimate partner and other sexual assault survivors' use of different types of specialized hospital-based violence services. BMC Women's Health [Internet]. 2017 [cited 13 December 2017]; 17 (1). Available from: <https://goo.gl/PmLMpf>

44. Resnick H, Acierno R, Waldrop A, King L, King D, Danielson C et al. Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. 2007 [cited 13 December 2017]; 45 (10):2432-2447. Available from: <https://goo.gl/Aih9hB>
45. Linden J. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2011 [cited 11 December 2017]; 365 (9):834-841. Available from: <https://goo.gl/BMbxxu>
46. Luce H, Schrage S, Gilchrist V. Sexual Assault of Women [Internet]. *Aafp.org*. 2010 [cited 11 December 2017]. Available from: <https://goo.gl/Updvvy>
47. Campbell R, Townsend S, Long S, Kinnison K, Pulley E, Adames S et al. Responding to sexual assault victims' medical and emotional needs: A national study of the services provided by SANE programs. *Research in Nursing & Health* [Internet]. 2006 [cited 11 December 2017]; 29 (5):384-398. Available from: <https://goo.gl/DvZeXk>
48. Sommers M, Buschur C. Injury in Women Who Are Raped. *Dimensions of Critical Care Nursing* [Internet]. 2004 [cited 11 December 2017]; 23 (2):62-68. Available from: <https://goo.gl/SZ7zWi>
49. Jozkowski K, Ekbia H. "Campus Craft": A Game for Sexual Assault Prevention in Universities. *Games for Health Journal* [Internet]. 2015 [cited 11 December 2017]; 4 (2):95-106. Available from: <https://goo.gl/ySMhnc>
50. Paul L, Walsh K, McCauley J, Ruggiero K, Resnick H, Kilpatrick D. College Women's Experiences With Rape Disclosure. *Violence Against Women* [Internet]. 2013 [cited 11 December 2017]; 19 (4):486-502. Available from: <https://goo.gl/6DexU4>
51. Senn C, Eliasziw M, Barata P, Thurston W, Newby-Clark I, Radtke H et al. Sexual violence in the lives of first-year university women in Canada: no improvements in the 21st century. *BMC Women's Health* [Internet]. 2014 [cited 11 December 2017]; 14 (1). Available from: <https://goo.gl/MeRHpN>
52. Jewkes R. (How) Can We Reduce Violence Against Women by 50% over the Next 30 Years?. *PLoS Medicine* [Internet]. 2014 [cited 11 December 2017]; 11 (11). Available from: <https://goo.gl/u3CCB2>

53. Jayawickreme N, Cahill S, Riggs D, Rauch S, Resick P, Rothbaum B et al. Primum non nocere (first do no harm): symptom worsening and improvement in female assault victims after prolonged exposure for PTSD. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2013 [cited 11 December 2017]; 31 (5):412-419. Available from: <https://goo.gl/MW5UXd>
54. Resick P, Williams L, Suvak M, Monson C, Gradus J. Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 2012 [cited 11 December 2017]; 80 (2):201-210. Available from: <https://goo.gl/iiV3Fp>
55. Zoellner L, Feeny N, Eftekhari A, Foa E. Changes in negative beliefs following three brief programs for facilitating recovery after assault. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2011 [cited 11 December 2017]; 28 (7):532-540. Available from: <https://goo.gl/5hymZr>
56. Santandreu M, Ferrer VA. Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual* 2014 [cited 13 December 2017]; 22 (2):239-256. Available from: <https://goo.gl/cU4jYb>
57. Parker C. An Innovative Nursing Approach to Caring for an Obstetric Patient With Rape Trauma Syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [Internet]. 2015 [cited 11 December 2017]; 44 (3):397-404. Available from: <https://goo.gl/E9KCA5>
58. Flicker S, Cerulli C, Swogger M, Talbot N. Depressive and Posttraumatic Symptoms Among Women Seeking Protection Orders Against Intimate Partners. *Violence Against Women* [Internet]. 2012 [cited 13 December 2017]; 18 (4):420-436. Available from: <https://goo.gl/ntEkqj>
59. Ullman S, Peter-Hagene L, Relyea M. Coping, Emotion Regulation, and Self-Blame as Mediators of Sexual Abuse and Psychological Symptoms in Adult Sexual Assault. *Journal of Child Sexual Abuse* [Internet]. 2014 [cited 12 December 2017]; 23 (1):74-93. Available from: <https://goo.gl/MT7dzg>
60. Sarasua B, Zubizarreta I, de Corral P, Echeburúa E. Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. *Psicología conductual* [Internet]. 2013 [cited 13 December 2017]; 21 (2):249-269. Available from: <https://goo.gl/u4DAEp>

61. Amin P, Buranosky R, Chang J. Physicians' Perceived Roles, as Well as Barriers, Toward Caring for Women Sex Assault Survivors. *Women's Health Issues* [Internet]. 2017 [cited 11 December 2017]; 27 (1):43-49. Available from: <https://goo.gl/rgKd7T>
62. Kouta C, Pithara C, Zobnina A, Apostolidou Z, Christodoulou J, Papadakaki M et al. A systematic review of training interventions addressing sexual violence against marginalized at-risk groups of women. *Health Education Research* [Internet]. 2015 [cited 13 December 2017]; 30 (6):971-984. Available from: <https://goo.gl/W7L6Wh>
63. Fernandez P. Sexual assault: An overview and implications for counselling support. *Australasian medical journal* [Internet]. 2011 [cited 13 December 2017]; 596-602. Available from: <https://goo.gl/CeeHi2>
64. Price M, Davidson T, Ruggiero K, Acierno R, Resnick H. Predictors of Using Mental Health Services After Sexual Assault. *Journal of Traumatic Stress* [Internet]. 2014 [cited 13 December 2017]; 27 (3):331-337. Available from: <https://goo.gl/1xg17q>

ANEXOS

ANEXO 1: Tablas de estrategia de búsqueda

- **Tabla 2: Estrategia de búsqueda en PubMed**

<u>Estrategia de búsqueda</u>	Artículos que contienen palabras claves	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos seleccionados para la revisión
((("Health"[Mesh]) OR "Quality of Life"[Mesh]) AND "Sex Offenses"[Mesh]) OR "Rape"[Mesh]	348	75	41	24
("Nursing Care"[Mesh]) AND "Rape"[Mesh]	55	32	10	3
TOTAL				27

Fuente de elaboración propia.

- **Tabla 3: Estrategia de búsqueda en IBECS**

<u>Estrategia de búsqueda</u>	Artículos que contienen palabras claves	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos seleccionados para la revisión
Mujeres [Palabras] AND violencia sexual [Palabras] AND NOT Impacto [Palabras]	29	11	6	3
TOTAL				3

Fuente de elaboración propia.

- **Tabla 4: Estrategia de búsqueda en Web of Science**

<u>Estrategia de búsqueda</u>	Artículos que contienen palabras claves	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos seleccionados para la revisión
TS= (Rape OR Sexual assault OR Sex offenses) AND TS= (Effects on health OR Health OR Quality of life OR Health impact OR Mental health OR Nursing care) AND TS= (Europe OR United States OR Canada) AND TS= Female NOT TS= Child-abuse NOT TS= Military	266	51	9	2
TS= (Rape OR Sexual assault OR Sex offenses) AND TS= (Effects on health OR Health OR Health impact OR Mental health OR Nursing care) AND TS= Woman NOT TS= (Child-abuse OR Children OR Childhood) NOT TS= Military NOT TS= Africa	453	34	29	8
TS= (Rape OR Sexual assault OR Sex offenses) AND TS= Effects on health AND TS=Women	127	71	14	3
TOTAL				13

Fuente de elaboración propia.

- **Tabla 5: Estrategia de búsqueda en Cinahl**

<u>Estrategia de búsqueda</u>	Artículos que contienen palabras claves	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos seleccionados para la revisión
Rape OR Sexual assault OR sex offenses AND (Effects on health OR Health OR Health impact OR Mental health OR Nursing care)	168	53	28	4
TOTAL				4

Fuente de elaboración propia.

- **Tabla 6: Estrategia de búsqueda en Biblioteca virtual de la salud**

<u>Estrategia de búsqueda</u>	Artículos que contienen palabras claves	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos seleccionados para la revisión
(tw:(Delitos sexuales)) OR (tw:(Violación)) AND (tw:(Efectos salud)) OR (tw:(Salud mental)) OR (tw:(enfermería))	272	65	21	3
TOTAL				3

Fuente de elaboración propia.

ANEXO 2: Parte de lesiones¹¹



PARTE DE LESIONES

D/D*.....

Médico/a colegiado/a en Cantabria con el n°.....

COMUNICA a usted, que en el día de hoy, a las.....horas, he atendido en el centro sanitario.....

A.....

de.....años, con domicilio en (calle y nº).....

CP.....y localidad.....Provincia.....

Teléfono.....

Y le REMITE el siguiente INFORME MÉDICO por una presunta agresión sexual

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

.....

ESTADO EMOCIONAL

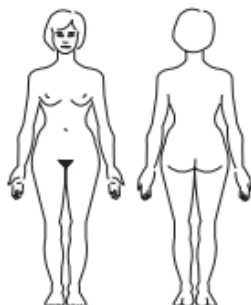
.....

ANTECEDENTES PERSONALES Y GINECO-OBSTETRICOS DE INTERES

.....

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL:

(Se deberá describir de forma pormenorizada el tipo de lesión y las características de las mismas)



.....

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA:



(Se deberá describir de forma pormenorizada el tipo de lesión y características de las mismas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRUEBAS CLÍNICAS REALIZADAS:

- Cultivo vaginal Sí No
- Cultivo endocervical Sí No
- Cultivo anal Sí No
- Cultivo bucal Sí No
- Serología de Sífilis Sí No
- Serología de Hepatitis B Sí No
- Serología de VIH Sí No
- Beta HCG en sangre Sí No

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Profilaxis ETS Sí No
- Profilaxis Hepatitis B Sí No
- Profilaxis VIH Sí No
- Profilaxis antitetánica Sí No
- Anticoncepción postcoital Sí No

Otras observaciones:

.....

.....

.....

DESTINO: Ingreso Alta

Lo que COMUNICO a usted a los efectos que considere oportunos.

..... a de 200

Firma:

SR/A JUEZ DE INSTRUCCIÓN DEL JUZGADO DE GUARDIA