

Silvia Tomás Penadés

Rebeca Viñas Valls

**IMPACTO DE LA AGRESIÓN SEXUAL EN LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS DESDE UNA PERSPECTIVA
ENFERMERA: REVISIÓN NARRATIVA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Lleixà Fortuño, Maria del Mar

Grado en Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

TORTOSA, 2025



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi madre, Mari Carmen, y a mis tías, Ana y Dolores por estar siempre, por dármele absolutamente todo aunque ellas no tuvieran nada y, sobre todo, por creer en mí incluso en aquellos momentos en los que yo misma no lo hacía. Y a mis abuelos, Enrique y Lola, al final he cumplido nuestra promesa, a medias, me he convertido en enfermera, pero no os he podido curar, os echo de menos.

También quisiera agradecer a mi hermano Nicolás, por ser mi guía, mi referente y el ejemplo de persona que a todos nos gustaría ser.

A mis amigas de la carrera, Rebeca, Mari y Júlia, por convertirnos en mi hogar estos cuatro años, por ser mi lugar seguro y especialmente por ser un verdadero reflejo de admiración. Nada habría sido igual sin vosotras.

A todas estas amistades de la infancia que siempre están, que me acompañan en cada paso y me impulsan a ser mejor cada día, en especial, a Pau y a Mar, por no dejar que la distancia nos separe, por ser mi *"sí a todo"*.

Y finalmente, a mi pareja, Javi, por tu amor, apoyo y por ser mi fuerza cuando los momentos se vuelven complicados.

Silvia

A mis padres, Mari y Antonio, por darme la oportunidad de formarme, por su apoyo incondicional y por permitirme ser quien soy a día de hoy. Gracias por estar siempre ahí cuando más lo necesitaba y por enseñarme, con vuestro ejemplo, el valor del esfuerzo y la constancia. Sin vosotros no habría llegado hasta aquí.

A mi hermana Lorena, que siempre ha estado ahí, tanto en lo bueno como en lo malo. Gracias por aguantar mis agobios, por hacerme reír y por corregirme los trabajos una y otra vez sin quejarte (bueno, a veces). Eres un ejemplo para mí, aunque no siempre te lo diga. Ojalá te sientas tan orgullosa de mí como yo lo estoy de ti, porque una parte de esto también es tuyo.

A mis amigas de la carrera, Silvia, Júlia y Mari, con las que no solo compartí clases, sino también un piso, viajes y mil momentos que no olvidaré. Sin vosotras, todo habría sido mucho más difícil y menos divertido. Como bien sabéis, sois parte de mí.

A mis amigas de toda la vida que han estado conmigo en cada paso. Gracias por estar siempre, incluso cuando la vida nos llevó por caminos diferentes. Gracias por hacerme sentir que, pase lo que pase, todo estará bien. Sois un reflejo de quién soy, de dónde vengo, y una parte esencial en mi historia.

Rebeca

Por último, ambas queremos agradecer a nuestra tutora del TFG, Mar Lleixà, por su acompañamiento y dedicación durante este proceso. Su apoyo, orientación y consejos han sido claves para el desarrollo del trabajo.



ÍNDICE

1. Introducció.....	6
2. Marco conceptual.....	9
A) Definició i tipus de violència sexual.....	9
B) Causes.....	10
C) Victimització.....	11
D) Impacto.....	11
E) Marco legislatiu.....	15
F) Prevalència.....	19
3. Pregunta de investigació.....	20
4. Objectius.....	20
5. Metodologia.....	21
5.1. Període de cerca i selecció.....	21
5.2. Bases de dades utilitzades.....	21
5.3. Terminologia utilitzada.....	21
5.4. Operadors booleans.....	22
5.5. Criteris d'inclusió i exclusió.....	22
6. Resultats.....	22
6.1. Ecuació i resum de la cerca bibliogràfica.....	22
6.2. Diagrama de flux de la cerca bibliogràfica.....	24
6.3. Resum de la revisió bibliogràfica.....	25
6.4 Taula de resultats.....	27
7. Discussió.....	33
7.1 Conseqüències per a la salut.....	33
7.1.1 Conseqüències per a la salut física.....	33
7.1.2 Conseqüències per a la salut mental.....	34
7.1.3 Conseqüències per a la salut reproductiva.....	35
7.1.4 Conseqüències socials.....	35
7.1.5 Conseqüències mortals.....	36
7.2 Intervencions sanitàries i socials en la pràctica clínica.....	36
7.3 Protocols d'actuació vigents a Espanya.....	41
7.3.1 Intervenció assistencial urgent hospitalària.....	41
7.3.2 Profilaxi.....	44
7.3.3 Continuidat assistencial.....	45
7.3.4 Documents a omplir.....	46
7.3.5 Procediment denúncia.....	47
8. Conclusió.....	47
9. Limitacions de l'estudi i possibles línies de investigació en un futur.....	48
10. Bibliografia.....	49

RESUMEN

Introducción:

La violencia sexual es una forma de violencia machista y constituye una violación de los derechos humanos. Este tipo de violencia provoca graves consecuencias en la salud y bienestar de las víctimas. Es considerada un problema de salud pública, y a menudo, las víctimas no reciben la atención adecuada debido a la falta de formación y sensibilización por parte de los profesionales sanitarios.

Objetivos:

El objetivo general del trabajo se basa en identificar el impacto de la violencia sexual en la salud de las mujeres. Los objetivos específicos son los siguientes: describir las repercusiones de una agresión sexual en la salud, prevenir y reconocer signos, síntomas e intervenciones a realizar ante un caso desde enfermería e identificar protocolos enfermeros sobre la violencia sexual en España.

Metodología:

Este estudio se trata de una revisión bibliográfica narrativa, realizada a partir de la búsqueda en las siguientes bases de datos de carácter científico: Dialnet, Scopus, Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud y Web of Science, entre los meses de enero y febrero de 2025.

Resultados:

De 12.007 artículos identificados, se seleccionaron un total de 17, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Conclusión:

La violencia sexual es una forma extrema de violencia machista con graves repercusiones en la salud física, mental, reproductiva y social. Es necesaria una atención integral centrada en la víctima, con profesionales sanitarios formados con perspectiva de género. Además, se destaca la importancia de la educación a la sociedad para prevenir este tipo de violencia.

Palabras claves: Violencia machista; Violencia sexual; Agresión sexual; Consecuencias para la salud; Salud Mental; Atención de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction:

Sexual violence is a form of gender-based violence and constitutes a violation of human rights. This type of violence causes serious consequences for the health and well-being of the victims. It is considered a public health problem, and often, victims do not receive adequate care due to a lack of training and awareness among healthcare professionals.

Objectives:

The general objective of the work is based on identifying the impact of sexual violence on women's health. The specific objectives are the as follows: to describe the repercussions of a sexual assault on health, to prevent and recognize signs, symptoms, and interventions to be carried out in a nursing context in case of an incident, and to identify nursing protocols on sexual violence in Spain.

Methodology:

This study is a narrative bibliographic review, conducted through searches in the following scientific databases: Dialnet, Scopus, Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud, and Web of Science, during the months of January and February 2025.

Results:

Of the 12,007 identified articles, a total of 17 were selected after applying the established inclusion and exclusion criteria.

Conclusion:

Sexual violence is an extreme form of gender-based violence with serious repercussions on physical, mental, reproductive, and social health. Comprehensive victim-centered care is necessary, with healthcare professionals trained in gender perspective. Moreover, the importance of educating society to prevent this type of violence is emphasized.

Keywords: Machista violence; Sexual violence; Sexual assault; Health consequences; Mental health; Nursing care.

1. Introducció

La Asamblea General de las Naciones Unidas define la violencia de género como cualquier forma de violencia dirigida a una mujer por el simple hecho de pertenecer al sexo femenino que cause o pueda causar un daño físico, psicológico o sexual, incluyendo las amenazas, intimidación o la restricción injustificada de la libertad, independientemente de si se produce en la vida pública o privada⁽¹⁾.

Según la Ley catalana 17/2020, del 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, en el Artículo 3 (Modificación del artículo 4 de la Ley 5/2008), se habla de las diversas formas de violencia machista. Dicha violencia se configura por una continuidad de situaciones en las que interactúan cada una de las formas de violencia machista con los diferentes ámbitos en los que se producen. Se puede ejercer de manera puntual o de manera reiterada en alguna de las formas siguientes:

- Violencia física: acciones que causan o pueden causar daño o lesión al cuerpo de la mujer.
- Violencia psicológica: conductas como amenazas, humillaciones o insultos que buscan desvalorizar o controlar a la mujer, incluyendo agresiones al entorno afectivo y violencia sobre sus bienes (violencia ambiental).
- Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: impedimentos para acceder a información o servicios relacionados con salud sexual y reproductiva, como anticoncepción, aborto legal o prácticas ginecológicas respetuosas.
- Violencia económica: privación injustificada de recursos esenciales, impago de pensiones o apropiación de bienes compartidos.
- Violencia digital: agresiones a través de redes o tecnologías que afectan la privacidad, dignidad y libertad de las mujeres.
- Violencia de segundo orden: violencia ejercida contra quienes apoyan a las víctimas, dificultando su atención y recuperación.
- Violencia vicaria: daño a los hijos e hijas con el fin de causar sufrimiento psicológico a la madre.
- Violencia sexual: cualquier acto sexual sin consentimiento que atente contra la libertad y dignidad de la mujer⁽²⁾.

Como podemos observar, son muchas las formas de violencia que existen, aunque en el presente trabajo se desarrollará la agresión y violencia sexual.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como cualquier acto sexual, intentos de llevar a cabo un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas o las actividades realizadas para comercializar o usar de cualquier manera la sexualidad de una persona a través de la amenaza, extorsión y/o intimidación por parte de otro individuo, sin importar la relación con la víctima, en cualquier entorno como el hogar o el puesto de trabajo. Asimismo, se considera violencia sexual si la víctima no está capacitada para proporcionar su consentimiento, por ejemplo, si se encuentra en un estado de embriaguez, bajo los efectos de alguna sustancia ilícita, dormida o incapacitada mentalmente⁽³⁾.

La violencia sexual es considerada una de las violaciones de los derechos humanos más comunes y ocultas de cuantas se producen. Esta tiene consecuencias trágicas en la salud y el bienestar de las personas afectadas, creándose una ruptura biográfica que puede reducir su implicación en la sociedad. Se podría decir que es un problema social y estructural que está directamente relacionado con una cultura sexual establecida, que ha de ser cambiada y que influye de forma determinada y desmedida a las mujeres⁽³⁾.

Este tipo de violencia tiene múltiples causas y cualquier mujer que experimente una situación así se enfrentará a graves consecuencias a corto y largo plazo sobre su salud física, mental, social, sexual y reproductiva. Por eso, los profesionales sanitarios que trabajan en centros de atención primaria y hospitalaria tienen un papel fundamental en la detección de los distintos tipos de violencia sexual. Para la identificación y el abordaje integral de las víctimas, se necesita implementar protocolos específicos dependiendo del tipo de violencia, el contexto social y el entorno en el que sucedió. Asimismo, es imprescindible que el equipo multidisciplinar disponga de una formación en competencias con perspectiva de género⁽⁴⁾.

Como se ha nombrado anteriormente, la violencia sexual es un problema de salud pública que tiene graves repercusiones en la salud de las víctimas, y en muchas ocasiones no reciben la atención adecuada debido a la falta de formación y sensibilización por parte de los profesionales sanitarios. Además, una agresión sexual pone a la víctima en una tesitura muy delicada frente a la sociedad, ya que si presenta una denuncia, es posible que se enfrente a la

estigmatización, crítica social y se cuestione su versión de los hechos. Si denuncian, se les acusa de buscar fama; si no lo hacen, se duda de su testimonio por falta de pruebas o, si lo comparten públicamente, se les señala por querer dinero o atención. Se buscarán razones para culpabilizarla, como por ejemplo la ropa que llevaba, si estaba ebria, si iba sola... Esto puede hacer que las mujeres víctimas de violencia sexual se planteen si vale la pena denunciar, dado que no solo tendrán que lidiar con el trauma, sino que, además, se enfrentan al riesgo de ser juzgadas y subestimadas por lo que han vivido, haciendo que se perpetúe así una cultura de impunidad y silencio.

Todo esto justifica la necesidad de llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre esta problemática e investigar formas de mejorar los procesos de atención desde una perspectiva enfermera y un enfoque de género, ya que los profesionales de enfermería están en contacto directo y continuo con las personas en los diferentes entornos de atención sanitaria y tienen un papel fundamental en la detección temprana y en la prestación de cuidados de las víctimas.

2. Marco conceptual

A) Definición y tipos de violencia sexual

La ciudadanía implica y supone poder disfrutar libremente de los derechos humanos básicos, como la libertad y la seguridad. Dichos derechos se relacionan con acciones tales como moverse libremente, emplear los espacios públicos, mantener relaciones sociales con otras personas y tener la capacidad de tomar decisiones relacionadas con nuestro propio cuerpo. No obstante, el acceso efectivo a estos derechos de las mujeres y las niñas a lo largo de la historia, ha sido obstaculizado por los roles de género impuestos y establecidos en la sociedad patriarcal, los cuales sustentan la discriminación de las mujeres y limitan su libertad. Además, en el momento que estas desafían dichos roles, suelen enfrentar formas de violencia que buscan dañarlas por salirse de lo que se espera socialmente de ellas⁽⁵⁾.

Por tanto, como se ha mencionado anteriormente, la violencia sexual corresponde a un vértice de la violencia machista, caracterizándose por cualquier acción de naturaleza sexual o intento de llevar a cabo un acto sexual, comentarios o insinuaciones de carácter sexual no deseadas, así como actos que tengan como finalidad comercializar o explotar de alguna manera la sexualidad de una persona mediante coacción. Esto es independiente a la relación entre el agresor y la víctima, produciéndose en cualquier entorno o ámbito, ya sea el hogar o el lugar de trabajo^(6,7).

La violencia sexual puede manifestarse de distintas formas. Por un lado, sin contacto corporal, incluye exhibicionismo, insultos sexistas, proposiciones sexuales no deseadas o gestos obscenos. Y, por otro lado, con contacto corporal, que abarca tocamientos, masturbaciones forzadas o posturas denigrantes. También existe la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos, que limita la libertad de las mujeres sobre su salud sexual y maternidad, como en casos de abortos selectivos o esterilizaciones forzadas.^(6,7)

Asimismo, cabe mencionar el término de violación, caracterizándose por ser una agresión sexual que consiste en el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o con la introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, teniendo una pena de prisión de cuatro a doce años⁽⁵⁾.

La actual *Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual*, también pretende dar respuesta y visibilidad a las violencias sexuales cometidas en el ámbito digital, las que corresponden a: la difusión de actos de violencia sexual a través de medios tecnológicos, la pornografía sin consentimiento y la extorsión sexual. Actualmente existe, y es relevante destacar, el problema creciente de *ciberviolencia sexual*, sobre todo entre adolescentes y mujeres jóvenes⁽⁵⁾. Se pueden distinguir diversas modalidades de esta violencia, las cuales están menos visibilizadas y es menos frecuente su denuncia. Encontramos:

- Ciberflashing: envío no solicitado de contenido sexual.
- Ciberacoso: acoso sexual persistente en línea.
- Provocación sexual: exposición de menores o personas con discapacidad a pornografía.
- Deepfake pornográfico: creación de material pornográfico falso con ayuda de la inteligencia artificial con la finalidad de manipular.
- Sexpreading: difusión de imágenes íntimas sin consentimiento, a menudo por venganza.
- Sextorsión: chantaje con imágenes íntimas para obtener favores o dinero.
- Pornografía no consentida: difusión de contenido sexual sin permiso.
- Happy slapping: grabación y difusión de agresiones físicas o sexuales.
- Grooming: adulto que se hace pasar por menor para abusar sexualmente tras ganarse la confianza.⁽⁸⁾

Por otro lado, en relación con las conductas que producen impacto en la vida sexual, encontramos la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso con connotación sexual y la trata con fines de explotación sexual⁽⁵⁾.

B) Causas

Con respecto a la causalidad, la violencia sexual se caracteriza por ser multicausal, es decir, tiene múltiples factores asociados que, cuando interactúan entre sí, pueden incrementar o disminuir el riesgo de que ocurra. Algunos se relacionan con la ejecución de actos violentos, otros a su sufrimiento, y otros a ambos⁽⁹⁾.

No hay exclusivamente una única clasificación de factores relacionados con la conducta de agresión sexual. Sin embargo, se pueden nombrar algunos de ellos:

- Factores individuales: consumo de estupefacientes, conductas antisociales, odio o repulsión hacia el género femenino, una infancia marcada por la violencia, etc.

- Factores vinculados a las relaciones: relación patriarcal, mantener un romance con un individuo agresivo, la falta de una red de apoyo familiar o la carencia de recursos y daños físicos.
- Factores comunitarios: falta de oportunidades laborales o un sistema judicial que no sanciona duramente la violencia sexual.
- Factores sociales: desigualdad de género, sumisión sexual, la supremacía del género masculino sobre el femenino, etc⁽¹⁰⁾.

C) Victimización

Podemos definir la victimización como el proceso por el cual una o varias personas se convierten en víctimas y padecen las consecuencias del hecho traumático o delictivo. Dicho proceso no se produce de manera aislada en el momento concreto, sino que puede prolongarse con posterioridad y afectar a las víctimas indirectas. Podemos distinguir tres tipos de victimización: primaria, secundaria y terciaria, permitiendo así determinar los diversos agentes que originan la victimización y quiénes la pueden sufrir⁽¹¹⁾.

- Victimización primaria: el proceso por el cual una persona sufre de manera, directa o indirecta, los efectos del hecho delictivo o traumático, produciendo consecuencias físicas, sociales y psicológicas a la víctima.
- Victimización secundaria: esta surge como consecuencia de una mala praxis por parte de las distintas instituciones que intervienen en el caso, incrementando muchas veces el padecimiento de la víctima. Es decir, cuando se ignora o se descalifica su sufrimiento por parte de ámbitos relevantes de la sociedad en la que vive. Algunos ejemplos serían tener que declarar varias veces los hechos y revivirlos constantemente, tener miedo a que no la crean, una larga duración de los procesos legales... Como profesionales de enfermería debemos evitar caer en una victimización secundaria por brindar una mala praxis o realizar una incorrecta anamnesis de la víctima.
- Victimización terciaria: se refiere a la victimización que puede sufrir una persona que no es la víctima, como hijos, familiares, amigos, la madre del agresor⁽¹¹⁾...

D) Impacto

Las agresiones sexuales tienen un gran impacto a corto y largo plazo en la vida y en la salud integral de las víctimas, tanto a nivel físico como emocional/psicológico, sexual y social. Como

profesionales de salud debemos ser conscientes y comprender la repercusión que este suceso produce en la vida de la mujer.

Algunas de las consecuencias son las siguientes:

- Impacto físico

Las consecuencias físicas más comunes a corto plazo son tales como el sangrado vaginal o la irritación de la zona genital, además de lesiones corporales tanto en varias partes del cuerpo como en la zona genital, pudiendo ser desde moretones hasta fracturas.⁽⁸⁾

En relación a las consecuencias físicas a largo plazo encontramos: dolores crónicos, fatiga, problemas gastrointestinales y otros trastornos físicos.⁽⁸⁾

Según el estudio realizado por Esmeralda Ballesteros Doncel et al., encontramos otra clasificación relacionada con las categorías de clasificación de las lesiones físicas valoradas en el informe forense en procesos judiciales de agresión sexual. Esta comprende la gravedad de las lesiones y los criterios de clasificación, los cuales son⁽¹²⁾ :

- Mortales: La agresión sexual implica un delito conexo de homicidio o asesinato.
- Graves: Traumatismos, hemorragias y heridas abiertas que requieran hospitalización.
- Moderadas: Hematomas, abrasiones y laceraciones. Afectan la vida diaria por más de 3 días.
- Leves: Contusiones, erosiones, equimosis-hematomas y excoriaciones. Molestias menores (1–2 días de impacto).
- Ninguna informada: No se mencionan daños físicos en la sentencia ⁽¹²⁾.

Aunque en las agresiones sexuales ocurran lesiones físicas, estas no están presentes en todos los casos, ya que uno de los estereotipos más extendidos es la idea de que una violación es “real” cuando se exige el uso de una fuerza considerable que doblegue o someta la voluntad de la víctima, dando como consecuencia las heridas corporales. Se ha demostrado que la inmovilidad tónica ante una amenaza es un comportamiento habitual entre las víctimas de una agresión sexual, lo cual desmonta la falacia de la “resistencia” de las víctimas como comportamiento y prueba necesaria para demostrar la violación. Dicha inmovilidad corresponde a un estado involuntario y temporal de inhibición motora en respuesta a una situación de temor intenso, siendo reconocida como la principal respuesta fisiológica y psicológica ante estas situaciones. Los tribunales manifiestan incertidumbre cuando el

reconocimiento médico ginecológico no evidencia lesiones físicas. Como resultado, muchos magistrados continúan sosteniendo de manera equivocada que la existencia de estas lesiones es un factor clave para probar la agresión. En ausencia de dichas pruebas, tienden a cuestionar la credibilidad del testimonio de la víctima⁽¹²⁾.

- Impacto emocional y psicológico

Una vez se comete una agresión sexual contra la víctima, esta presenta como primer síntoma un nivel alto de ansiedad que con el tiempo se va manifestando en el cuerpo, produciendo, además de cambios emocionales, alteraciones somáticas. Esto ocasiona una relación entre haber sido víctima de una agresión sexual y problemas como, por ejemplo, el insomnio, niveles altos de depresión, trastornos físicos, consumo desmedido de tabaco y/o conductas agresivas (robo)⁽¹³⁾.

Esta situación se puede agravar si la mujer que ha sido agredida sexualmente no recibe atención psicológica post-traumática, ya que, supone un ataque directo a la sensación de seguridad de la víctima, afectando a sus estructuras psíquicas y creando un trauma que tiene consecuencias inmediatas o bien se pueden manifestar a largo plazo. Estas repercusiones dependen de las características del suceso y de condicionantes previos de la víctima.

Algunas de las principales alteraciones emocionales que padecen son: culpa, ansiedad, angustia, miedo, inseguridad, enfado, tristeza (puede llegar a ser depresión), irritabilidad y baja autoestima⁽¹³⁾.

Las secuelas de la violencia sexual van produciendo graves consecuencias en el día a día de la víctima. Durante las primeras horas tras el suceso, suelen tener dificultad para comunicarse por el impacto que les ha generado. Días más tarde, presentan estrés agudo, generando un estado de hiperalerta en el que intentan evitar lugares, situaciones o personas que podrían recordarles el acontecimiento traumático⁽¹³⁾.

Tras el primer mes del evento y hasta los seis meses, las víctimas de violencia sexual pueden empezar a manifestar las dos reacciones más frecuentes que son: estado de estrés postraumático y depresión que suele ser crónica. Las mujeres que han padecido una agresión sexual tienen una alta prevalencia de sufrir un trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de pánico y síntomas que pertenecen a un cuadro depresivo⁽¹³⁾.

Hay evidencia de que existe una fuerte relación entre el TEPT y el uso de fuerza o coacción por parte del agresor. Asimismo, este suceso está relacionado con la gravedad, frecuencia, duración y exposición anterior a otros traumas, provocando un deterioro significativo en la salud mental de la víctima⁽¹³⁾.

- Impacto social

Hoy en día tanto las redes sociales (RRSS) como los medios de comunicación tradicionales tienen una gran influencia en la sociedad. Debido al importante papel que ocupan en la actualidad, pueden tener un impacto en la victimización secundaria⁽¹¹⁾.

En el momento en el que una noticia cobra importancia, las RRSS y los medios de comunicación se hacen eco del suceso y los días posteriores están llenos de comentarios y opiniones acerca de los hechos. Una vez transcurrido el momento, esa noticia se olvida y se empieza a comentar un nuevo tema. Sin embargo, las burlas, culpabilización y/o señalamientos ya habrán afectado a la víctima y a su entorno más cercano⁽¹¹⁾.

El estigma social influye de manera directa en las víctimas y puede tener graves consecuencias para ellas. El acoso, la presión, mofas e insultos por parte de la sociedad pueden generar un desgaste para las afectadas, ya que, pueden parecer inofensivas algunas de las bromas, pero detrás de los comentarios o de las difusiones de imágenes y/o vídeos de índole sexual hay una mujer a la que han violado su intimidad. Esto es lo que se conoce como victimización secundaria por parte de la sociedad⁽¹¹⁾.

Un aspecto positivo que se puede destacar de las redes sociales, de los medios de comunicación y de la sociedad en general, es que cada vez es más frecuente que se organicen protestas y movimientos de apoyo a las víctimas cuando padecen victimización secundaria y son tratadas de forma injusta por el sistema judicial y por la sociedad⁽¹¹⁾.

Las asociaciones de víctimas también luchan para combatir la victimización secundaria y proteger así los derechos de las afectadas⁽¹¹⁾.

En la actualidad, tenemos a nuestro alcance información acerca de la victimización secundaria y sus repercusiones. Sin embargo, se producen situaciones donde se cuestiona, se culpabiliza y se estigmatiza a la víctima, que evidencian que aún se debe informar más al respecto⁽¹¹⁾.

- Impacto sexual:

La violencia sexual repercute de manera significativa en la salud sexual y reproductiva de la mujer, produciendo⁽¹⁴⁾: trastornos y traumatismos ginecológicos, embarazo no planeado o no deseado, aborto o aborto inseguro, infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, mortalidad materna y otras consecuencias relacionadas con el embarazo y/o disfunción sexual⁽¹⁴⁾.

E) Marco legislativo

Acerca del marco legislativo, a nivel internacional la ONU (Organización de Naciones Unidas) elaboró las primeras acciones orientadas a la persecución de las barbaridades ocasionadas a través de la violencia sexual sobre mujeres, niñas y niños a lo largo de los conflictos bélicos, implantando para ello Tratados Internacionales que obligaban a los Estados a pactar intervenciones destinadas a salvaguardar a la población civil y a la persecución de los crímenes que componen una violación de los derechos humanos⁽¹⁾.

En relación a este trabajo se destacan dos convenios internacionales:

- *La Convención sobre Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW)* realizado en Nueva York el 18 de diciembre de 1979, que comenzó a aplicarse en España el 4 de febrero de 1984, es el primer tratado internacional que obliga a los Estados a intervenir con eficiencia y rapidez contra toda la violencia hacia la mujer, en este caso violencia sexual, con acciones adecuadas, ya sean legislativas o de otro tipo, junto a las sanciones pertinentes,, que prohíban cualquier discriminación hacia la mujer y todo ello abordado desde la perspectiva de prevención de la violencia, protección de las víctimas y persecución de las infracciones.
- *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 que se aplicó en España el 3 de mayo de 2008 (Convenio de Nueva York). En su prólogo se expone que las personas con discapacidad están sujetas a un mayor riesgo de padecer violencia, lesiones o abusos, por ello los Estados deben adoptar medidas para enfrentar la violencia hacia las mujeres con discapacidad y para garantizar el acceso a los servicios sanitarios considerando las cuestiones de género⁽¹⁾.

Por otro lado, a nivel europeo, se pueden resaltar el siguiente convenio:

- El *Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica* (Convenio de Estambul, 2011: ratificado por España en 2014), establece el deber de actuar a las administraciones públicas desde la perspectiva de género y exige que se apliquen las acciones legislativas u otras necesarias para facilitar la creación de centros de asistencia de emergencia para víctimas de violencia sexual, que sean adecuados, fácilmente accesibles y suficientes en número para llevar a cabo un examen médico y médico-forense, así como ofrecerles apoyo relacionado con el trauma y consejos⁽¹⁾.

Para asegurarse del cumplimiento del Convenio por los Estados Parte se fundó el GREVIO (Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica) que puede ofrecer recomendaciones sobre cómo aplicar el convenio a los Estados Parte que lo necesiten⁽¹⁾.

Asimismo, a nivel estatal, en cumplimiento de las obligaciones internacionales y de la Constitución Española, que en su primer artículo establece como valores fundamentales del ordenamiento jurídico “la libertad, la justicia y la igualdad”, se han conseguido grandes avances normativos y se han implementado políticas públicas orientadas a la protección integral de la víctima, con el fin de luchar contra la violencia hacia las mujeres y la infancia⁽¹⁾.

El Pacto de Estado contra la Violencia de Género (PEVG) que se aprobó en el Congreso de los Diputados y Senado en diciembre de 2017 y que considera varias medidas en relación a la violencia sexual, como por ejemplo la número 103 del documento de intervenciones realizado por la DGVG (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género) que manifiesta la modificación necesaria en la legislación para asegurar una implementación correcta del Convenio de Estambul, introduciendo la perspectiva de género y la de los derechos humanos en las normativas que hacen frente a las violencias sexuales de la legislación española con el fin de hacer un tratamiento integral⁽¹⁾.

A nivel estatal, destaca la *Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS)* que tiene como objetivo la protección integral del derecho a la libertad sexual a través de la prevención y eliminación de todas las formas de violencia sexual contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, quienes son considerados los principales afectados de la

violencia sexual. La Ley define como violencias sexuales los actos de carácter sexual no consentidos o que limitan el libre desarrollo de la vida sexual, tanto en el ámbito privado como en el público. Esto incluye la agresión sexual, acoso sexual y/o la explotación en la prostitución. Asimismo, trata de abordar específicamente las violencias sexuales ejecutadas en el ámbito digital, lo que abarca la difusión de actos de violencia sexual mediante las tecnologías, la pornografía no consentida y la extorsión sexual. También califica como violencia sexual la mutilación genital femenina, el casamiento forzado, acoso sexual y la trata con el objetivo de explotación sexual. Además, se añade el homicidio de mujeres relacionado con la violencia sexual, conocido como el feminicidio sexual, y es la infracción más grave de los derechos humanos asociada a la violencia sexual⁽¹⁾.

Anterior a esta legislación, se diferenciaba entre abuso y agresión (*Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal*). No obstante, con la aplicación de la LOGILS se eliminó esta diferenciación, entendiéndose como agresiones sexuales todas las conductas que limitan la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona, de esta forma, España cumple con las obligaciones adquiridas tras ratificar el Convenio de Estambul en 2014⁽¹⁾.

En relación al sector sanitario, esta ley trata en sus artículos 8,20 y 23 aspectos sobre la prevención y sensibilización en el ámbito sanitario, sociosanitario y de servicios sociales, detección y actuación y la garantía de formación especializada, respectivamente. Además en el artículo 48, indica que la práctica forense debe ser accesible, disponible y especializada para la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras pruebas, sin depender de la presentación de una denuncia o del inicio de una acción penal, y siempre con el consentimiento previo de la persona. Asimismo, el apartado 2 del mismo artículo, autoriza al personal sanitario a realizar la recogida de muestras biológicas y otras pruebas en casos excepcionales, en los que no es posible contar con la presencia de un médico-forense en el centro sanitario, asegurando la preservación y el mantenimiento de la cadena de custodia para poder enviar la muestra al IMLCF (Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses) correspondiente de la forma más rápida posible, siempre con el consentimiento previo de la víctima⁽¹⁾.

Finalmente, en el ámbito autonómico de Cataluña, la *Ley 5/2008, del 24 de abril, sobre el derecho de las mujeres a la erradicación de la violencia machista*, se destacó como una normativa pionera. Esta legislación fue el resultado de la colaboración entre organizaciones feministas y partidos políticos, así como del logro de consensos. Por ello, en la actualidad, es considerada la ley más avanzada del estado español en materia de violencia machista. Dicha

ley se aplica a todas las formas de violencia contra las mujeres y abarca cualquier acto de violencia machista que cause o pueda causar daño o sufrimiento de tipo físico, sexual, psicológico o económico. Esto incluye las amenazas de llevar a cabo dichos actos, la coacción y la privación arbitraria de libertad, tanto en el ámbito público como en el privado. Además, también busca proteger los derechos de las mujeres transgénero y cisgénero, así como de las personas no binarias, con el objetivo de garantizar el respeto a la diversidad de género.

Otras novedades que incluye esta ley son el reconocimiento de la violencia contra las mujeres en la vida política, que puede desincentivar su participación y limitar su influencia pública, regular la violencia institucional, estableciendo la obligación de prevenir, investigar, sancionar y reparar cualquier violación de derechos, señalando que dicha violencia puede ocurrir tanto por acción como por omisión. También se incorpora la regulación de la violencia digital y la definición del consentimiento sexual, exigiendo una manifestación expresa de voluntad. Por último, se amplían las formas de violencia en el ámbito social y comunitario, así como la necesidad de formación específica para profesionales y la incorporación de la coeducación y educación afectivo sexual desde la educación infantil hasta, como mínimo, la finalización de la educación obligatoria⁽²⁾.

En suma, las violencias sexuales son una manifestación de la vulneración de los derechos fundamentales, tales como la libertad, la integridad física y moral, la igualdad y la dignidad personal, y en el caso del feminicidio sexual, también del derecho a la vida. En los últimos años, las violencias sexuales han obtenido una mayor visibilidad social gracias a las movilizaciones y acciones públicas promovidas y motivadas por el movimiento feminista, y se ha evidenciado la envergadura de los desafíos que se enfrentan los poderes públicos para la prevención y erradicación de dichas violencias. Estos delitos no se reducen a una problemática de carácter individual, sino social. Además no se trata de un problema temporal, sino estructural y mantenido en el tiempo, estando relacionado con una determinada cultura sexual arraigada en patrones discriminatorios que debe ser transformada. Mientras se causa un daño individual mediante la violencia sobre la persona agredida, también se produce un impacto colectivo sobre el conjunto de mujeres, niñas y niños que adoptan el mensaje de miedo, inseguridad y dominación, afectando también al resto de la sociedad reafirmando un orden patriarcal⁽⁵⁾.

F) Prevalencia

Respecto a la magnitud del problema, las estimaciones más fiables sobre la prevalencia de la violencia física y/o sexual son las proporcionadas por las supervivientes a través de encuestas a la población.

Según un estudio realizado en 2018 por la OMS, basado en datos de 161 países y regiones recopilados entre 2000 y 2018, aproximadamente una de cada 3 mujeres ha padecido violencia física y/o sexual por su pareja o una persona que no lo era⁽⁹⁾.

Otro análisis más específico es la Macroencuesta de violencia contra la mujer llevada a cabo en el año 2019 realizada por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, existen datos para conocer el porcentaje de mujeres mayores de 16 años que viven en España y que han sufrido o sufren algún tipo de violencia debido únicamente a su condición de ser mujer por parte de su pareja o no⁽¹⁵⁾.

En este estudio, que contó con la participación de 9.568 mujeres de 16 años o más, se conocieron los siguientes datos estadísticos:

- El 8,9% ha sufrido violencia sexual por parte de alguna pareja sentimental en algún momento de su vida, y de estas, el 86,2% dicen que se ha producido más de una vez.
- El 6,5% ha experimentado violencia sexual en algún momento de su vida por parte de un individuo con el que no ha mantenido una relación de pareja y de estas el 49,6% expresan que ha sucedido en más de una ocasión.
- Extrapolando estas cifras a la población femenina mayor de 16 años, se estima que un total de 3.133.000 mujeres han sido víctimas, ya sea por parte de su pareja o de otra persona⁽¹⁵⁾.

Del mismo modo, da a conocer las diferencias de incidencia en diferentes situaciones entre las afectadas por violencia sexual que residen en España:

- Respecto al nivel de formación, por un lado las víctimas que sufrieron violencia sexual fuera de la pareja, cuanta más formación academia más porcentaje (estudios universitarios 9,4% o FP de grado superior 9%) y las mujeres con estudios primarios el porcentaje es más bajo (2,4%). Por otro lado, las afectadas por parte de sus parejas, las diferencias de formación no son estadísticamente relevantes.
- En cuanto al país de nacimiento, en ambos casos, las mujeres nacidas en el extranjero padecen más agresiones sexuales que las nacidas en España⁽¹⁵⁾.

Asimismo otro estudio estadístico es el informe sobre delitos contra la libertad sexual en España en 2023 realizado por el Ministerio del Interior del Gobierno de España. Este análisis estadístico ofrece una representación territorial de los delitos contra la libertad sexual con un total de 18.464 mujeres afectadas en España. Y, reflejando que las comunidades autónomas con más número de hechos son: Cataluña 3.443, Andalucía 2.875, Madrid 2.594 y C. Valenciana 2.277 (Figura 1)⁽¹⁶⁾.

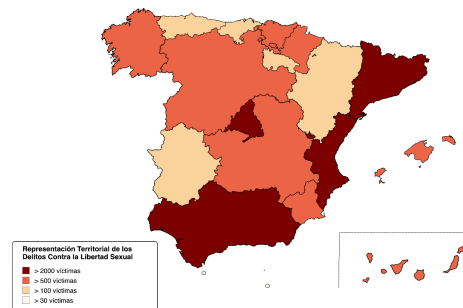


Figura 1. Representación Territorial de los Delitos Contra la Libertad Sexual. Fuente: elaboración propia

3. Pregunta de investigación

Nuestra pregunta de investigación está encaminada a identificar: ¿Cómo la violencia sexual afecta a la salud física y mental de las mujeres después de la agresión?

4. Objetivos

General: Identificar el impacto de la violencia sexual en la salud de las mujeres.

Específicos:

- Describir las repercusiones de una agresión sexual en la salud mental, física, social y reproductiva de las mujeres.
- Prevenir y reconocer signos, síntomas e intervenciones a realizar ante un caso de violencia sexual desde la profesión enfermera
- Identificar protocolos enfermeros o guías de práctica clínica ante una agresión sexual en España.

5. Metodología

Para la realización de este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa. Este tipo de revisión es una herramienta científica que tiene como fin identificar y analizar un tema determinado desde un punto de vista conceptual y de contexto, permitiendo así la actualización de conocimientos sobre el tema seleccionado.

La búsqueda de artículos científicos se ha llevado a cabo en las diferentes bases de datos nacionales e internacionales.

5.1. Periodo de búsqueda y selección

El periodo de la búsqueda en las fuentes de información se realizó mediante una revisión narrativa, que se llevó a cabo entre enero y febrero de 2025. El periodo de selección de dichos artículos se abarcó en febrero de 2025.

5.2. Bases de datos utilizadas

Con el fin de llevar a cabo el estudio, se efectuó una búsqueda en las siguientes bases de datos de carácter científico: Dialnet, Scopus, Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud y Web of Science.

5.3. Terminología utilizada

Para precisar el alcance de la búsqueda en esta revisión, se emplearon los descriptores DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*) y MeSH (*Medical Subject Headings*). Ambos sistemas facilitaron la delimitación de los resultados de la búsqueda en relación con los objetivos establecidos.

Lenguaje libre	DeCS	MeSH
Violación	Violación (12338)	Rape (D011902)
Agresión sexual Abuso sexual	Delitos Sexuales (13122)	Sex Offenses (D012742)
Mujeres	Mujeres (15329)	Women (D014930)
Violencia de género	Violencia de género (56876)	Gender-Based Violence (D000074386)

Salud mental	Salud Mental (28451)	Mental Health (D008603)
Calidad de vida	Calidad de Vida (12225)	Quality of Life (D011788)
Cuidados enfermería	Atención de Enfermería (9918)	Nursing care (D009732)
Violencia sexual	Violencia contra la mujer (50239)	Violence Against Women (DDCS050239)
Impacto en la salud	Evaluación en Salud (16734)	Health Evaluation (DDCS016734)

Tabla 1. Terminología utilizada en la búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia

5.4. Operadores booleanos

Los operadores booleanos que se han utilizado durante la búsqueda bibliográfica son “AND” y “OR” con el objetivo de poder analizar, recopilar y resumir la información más importante para realizar la revisión.

5.5. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • “Free full text” y/o “All open access” • Mujeres > 18 años • Publicaciones en inglés, español, catalán y/o portugués • Publicados entre 2019-2025 • Artículos no relacionados con prostitución o tráfico de personas 	<ul style="list-style-type: none"> • “Abstract” y/o “Full text” • Mujeres < 18 años • Artículos en un idioma diferente al inglés, español, catalán y/o portugués • Publicados antes del 2019 • Prostitución o tráfico de personas

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia

6. Resultados

6.1. Ecuación y resumen de la búsqueda bibliográfica

Se han utilizado un total de 5 bases de datos diferentes en las que se ha hecho uso de distintas estrategias de búsqueda con el fin de aumentar el número de artículos seleccionados. Además, se buscó información en instituciones como el Ministerio de Sanidad, la Consejería de Sanidad

de la Comunidad de Madrid, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y el Departament de Salut de Catalunya.

La selección de los artículos se efectuó de la siguiente manera:

- 1) Lectura de todos los títulos y descarte de aquellos que no cumplen con los criterios de inclusión.
- 2) Lectura de los resúmenes de cada artículo y exclusión de los que no concordaban con los criterios de inclusión.
- 3) Lectura completa de los artículos restantes y selección final.


 (Dialnet, 2024)	
Estrategia de búsqueda 1	Delitos sexuales AND violencia de género (nº 163)
Estrategia de búsqueda 2	Delitos sexuales AND atención de enfermería (nº 0)
Estrategia de búsqueda 3	Violación OR delitos sexuales AND atención de enfermería (nº 4)
Estrategia de búsqueda 4	Delitos sexuales AND calidad de vida (nº 12)
Estrategia de búsqueda 5	Violencia contra la mujer AND atención de enfermería (nº 27)
Estrategia de búsqueda 6	Delitos sexuales AND evaluación salud (nº 11)
Artículos seleccionados	2

Tabla 3. Ecuación búsqueda Dialnet. Fuente: elaboración propia


 (Scopus, 2024)	
Estrategia de búsqueda 1	Sex offenses AND nursing care (nº 25)
Estrategia de búsqueda 2	Sex offenses AND quality of life (nº 43)
Estrategia de búsqueda 3	Rape AND quality of life (nº 46)
Estrategia de búsqueda 4	Violence against women AND quality of life (nº 83)
Estrategia de búsqueda 5	Sex offenses AND mental health (nº 401)
Artículos seleccionados	4

Tabla 4. Ecuación búsqueda Scopus. Fuente: elaboración propia


 (Pubmed, 2024)	
Estrategia de búsqueda 1	Sex offenses AND nursing care (nº 217)
Estrategia de búsqueda 2	Violencia de género AND salud mental (nº 3)
Estrategia de búsqueda 3	Health evaluation AND sex offenses (nº 243)
Estrategia de búsqueda 4	Violence against women AND nursing care (nº 217)
Artículos seleccionados	4

Tabla 5. Ecuación búsqueda Pubmed. Fuente: elaboración propia


 (Biblioteca Virtual en Salud , 2024)	
Estrategia de búsqueda 1	Sex offenses AND nursing care (nº 1)
Estrategia de búsqueda 2	Sex offenses AND mental health (nº 0)
Estrategia de búsqueda 3	Violencia de género AND salud mental (nº 497)
Artículos seleccionados	2

Tabla 6. Ecuación búsqueda bvs. Fuente: elaboración propia


 (Web of Science, 2024)	
Estrategia de búsqueda 1	Sex offenses AND quality life (nº 13)
Estrategia de búsqueda 2	Rape AND quality life (nº 124)
Estrategia de búsqueda 3	Violence against women AND quality life (nº 85)
Estrategia de búsqueda 4	Violence against women AND nursing care (nº 179)
Artículos seleccionados	1

Tabla 7. Ecuación búsqueda Web of Science. Fuente: elaboración propia

6.2. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica

A continuación, se muestra el diagrama de flujo PRISMA, que describe las distintas etapas del proceso de selección, considerando la identificación, el cribado, la elegibilidad y los criterios de inclusión y exclusión.

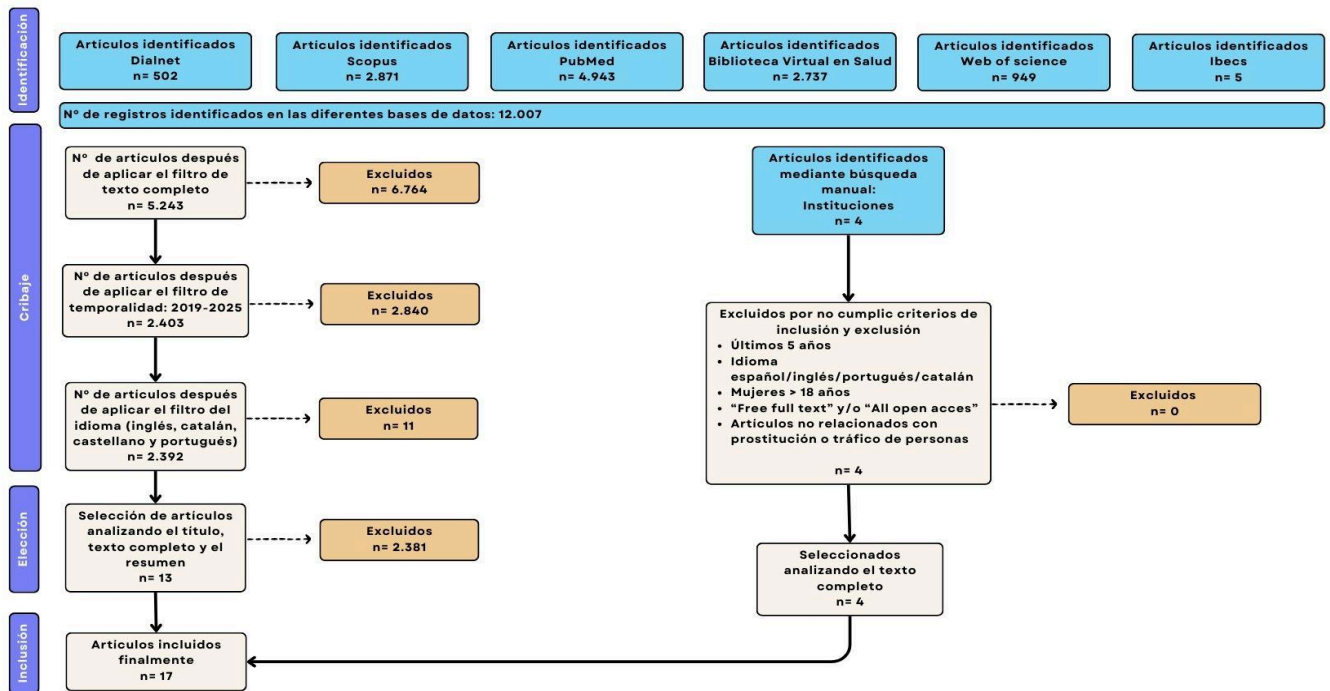


Gráfico 1: Diagrama de flujo según el modelo PRISMA

6.3. Resumen de la revisión bibliográfica

Con la finalidad de facilitar la comprensión de la selección de los documentos (17 en total), se han elaborado 3 gráficos diferentes.

En el primer gráfico muestra cuántos artículos se han extraído de cada base de datos y de las diferentes instituciones: Scopus (4), Pubmed (4), Dialnet (2), Biblioteca Virtual de Salud (2), Web of Science (1), Ministerio de Sanidad (1), la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (1), la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y el Departament de Salut de Catalunya (1). (Gráfico 2)



Gráfico 2. Nº de documentos de cada base de datos e instituciones. Fuente: elaboración propia

En el segundo gráfico de columnas se muestran los años de publicación de los documentos seleccionados y se puede observar que hay un máximo de 5 artículos del 2023 y un mínimo de 1 artículo de 2019. (Gráfico 3)

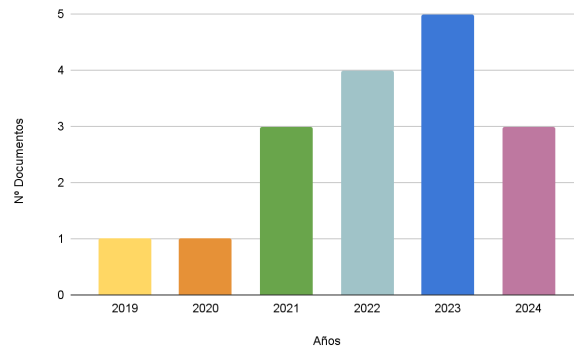


Gráfico 3. N.º de documentos por año. Fuente: elaboración propia

En el tercer gráfico se pueden observar los diferentes países de publicación de los artículos seleccionados donde destaca España con un total de 8 que corresponde al 47,1% de todos los documentos. (Gráfico 4)

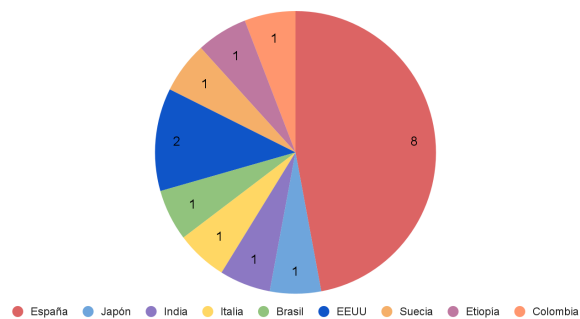


Gráfico 4. Número de artículos por país de publicación. Fuente: elaboración propia

6.4 Tabla de resultados

Como se ha nombrado, para poder realizar esta revisión bibliográfica se han utilizado un total de 17 artículos y a continuación se muestran diferentes tablas según su contenido con los autores, año de publicación, enlace, título, objetivos, metodología/población y resultados/conclusión.

La siguiente tabla incluye 5 artículos que se relacionan con la repercusión de la violencia sexual en la vida de las víctimas:

Autor / Año/ País/ Enlace	Título	Objetivos	Metodología/ Población	Resultados/ Conclusión
(Castellanos, 2021) Colombia Link: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082021000300215	Alteraciones psíquicas a partir de vivir violación sexual múltiple: retos pendientes	Conocer las consecuencias psíquicas vinculadas a la violencia sexual múltiple	Estudio cualitativo de tipo exploratorio, descriptivo e interpretativo. Población: 3 mujeres víctimas directas.	El miedo constante es una secuela central del trauma en víctimas de violencia sexual, afectando su confianza, autonomía, intimidad y capacidad para denunciar, llevándolas al aislamiento y a un deterioro de su salud social. Las consecuencias de una violación abarcan daños físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Es clave visibilizar la magnitud del daño para mejorar su identificación, otorgarle mayor peso legal y asegurar tratamientos adecuados en las sentencias judiciales.
(Short et al., 2021) EEUU Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7785610/	Health Care Utilization by Women Sexual Assault Survivors after Emergency Care: Results of a Multisite Prospective Study	Evaluar los efectos de la violencia sexual en las mujeres que acuden a los servicios de urgencias y la utilización de estos servicios por parte de las afectadas.	Estudio prospectivo (encuesta de 6 semanas). Población: mujeres ≥ 18 años que se presentaron para atención de emergencia después de una agresión sexual en doce sitios. Entre los dispuestos a ser contactados para el estudio (n=1.080), se inscribieron 706.	Tres cuartas partes (76%) de las mujeres tenían estrés posttraumático, depresión o ansiedad, y el 65% tenía dolor. No suelen acudir a un centro hospitalario con frecuencia tras el suceso.

(Barbara et al. 2022) Italia Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35147019/	Sexual violence in adult women and adolescents: a narrative review	Brindar visión general sobre la violencia sexual y discutir sus múltiples consecuencias negativas.	Revisión narrativa. Las bases de datos donde se ha realizado la revisión y la obtención de artículos són: - PMC: 2 - Scopus: 8 - Web de la ciencia: 6	La atención a mujeres sobrevivientes de violencia sexual debe ser brindada por un equipo multidisciplinario. Todos los profesionales deben estar capacitados en violencia de género y atención informada en trauma, dado el impacto psicológico negativo de la agresión sexual. Es esencial una atención centrada en la mujer, asegurando su participación activa en la toma de decisiones y evitando prácticas que pueden revictimizar o generar indefensión.
(Sewalem, 2022) Etiopía Link: https://pesquisa.bvsalud.org/by/sespana/resource/es/mdl-35597941	Angustia mental y factores asociados entre mujeres que sufrieron violencia de género y acudieron a los tribunales en el sur de Etiopía: un estudio transversal	Determinar la prevalencia y los factores asociados a la angustia mental entre las madres que habían sufrido violencia de género y se encontraban en juicio.	Estudio transversal Población: 423 mujeres víctimas de violencia de género	La prevalencia de la angustia mental fue del 59,6% en este estudio. La angustia mental estaba asociada con factores como la falta de apoyo social, la falta de educación formal, el uso de sustancias de un marido, la residencia rural, la edad superior a 33 años y los bajos ingresos familiares. La prevalencia de la angustia mental entre las mujeres que han sufrido violencia de género y acuden a los tribunales es alta en comparación con muchos otros estudios.
(Tourné, Herrero & Garriga, 2024) España DOI: 10.1016/j.aprim.2024.102903	Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por parte de la pareja.	Describir los efectos devastadores en la salud y bienestar de las mujeres e hijos víctimas de violencia contra la mujer por su pareja.	Revisión bibliográfica, utilizando 37 artículos.	La violencia contra la mujer por su pareja puede causar daños y secuelas a nivel físico, mental y social en las víctimas. Hay consecuencias difíciles de medir y de reparar, pero no por ello menos importantes, como sufrimiento, desesperanza, miedo, vergüenza, humillación, rechazo social, aislamiento, culpa, frustración y/o injusticia. El apoyo tanto de las redes formales como informales puede reducir las consecuencias. Cómo sanitarios/as tenemos una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir

Tabla 8. Artículos relacionados con repercusión de la violencia sexual en la vida de las víctimas. Fuente: elaboración propia

En esta tabla se muestran los 8 artículos que corresponden con la Identificación, prevención y actuación a nivel de enfermería:

Autor / Año/ País/ Enlace	Título	Objetivos	Metodología/ Población	Resultados/ Conclusión
(Leal et al. 2021) Brasil Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8592427/pdf/pone.0249598.pdf	Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil	Evaluar la calidad de la atención a personas en situación de violencia sexual en los servicios de salud, identificar indicadores positivos y negativos y proponer soluciones.	Estudio transversal con enfoque cuantitativo y muestreo por conveniencia Se utilizaron tres instrumentos: un formulario de evaluación de la estructura, un cuestionario y un formulario de evaluación del proceso. Población: 134 profesionales de la salud (médicos, enfermeros y TCAE) trabajadores en los servicios públicos de salud.	La calidad de la atención a personas en situaciones de violencia sexual en los servicios de salud incluye una infraestructura adecuada; salas de atención con baños; camilla ginecológica; privacidad visual y auditiva; salas de espera; un equipo profesional multidisciplinar; capacitación adecuada del personal para brindar atención a personas en estas situaciones; profesionales de la salud que interrogan a sus pacientes sobre posibles experiencias de violencia sexual; protocolos para identificar y asistir a las víctimas; folletos y un diagrama de derivación (específico para personas en situaciones de violencia sexual) hacia servicios especializados. Se espera que los indicadores aquí planteados puedan contribuir a la mejora de las políticas públicas dirigidas a escuchar, acoger, identificar y tratar a las personas en situación de violencia sexual.
(Gisbert, 2022) España Link: https://www.enfervalencia.org/ei/131/ENF-INTEG-131.pdf	Atención de enfermería en urgencias ante víctimas de violencia de género	Conocer la situación actual de las víctimas de violencia de género que acuden a servicios de urgencias.	Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias de la salud. Los artículos hallados se filtraron en base a los criterios de selección y una lectura crítica para incluir los que fueran válidos para nuestro objetivo. (27 artículos).	La violencia de género es una problemática social y de salud. Se trata de un fenómeno invisibilizado e infra detectado por los servicios de salud. Existe la necesidad de formar y concienciar a los profesionales para poder realizar una atención adecuada, y plantear la formación en género como materia transversal en todos los ámbitos.
(Yesodharan et al. 2022) India Link: https://www.proquest.com/docview/2664961032?accountid=1	Medico-legal history talking from the victims of sexual assaults: the role of nurse examiners	Orientar al examinador novato y a las enfermeras sobre los requisitos previos de la historia médico-legal.	Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los artículos hallados se filtraron en base a los criterios de selección y una lectura crítica para incluir los que fueran válidos para nuestro objetivo (42 artículos).	Los profesionales de la salud que realizan el examen están dedicados a ofrecer una atención compasiva y de calidad a las víctimas que han revelado una agresión sexual. Es importante recordar que la historia contada por el paciente es muy importante y siempre asegurarnos de recopilar la información directamente de ellos. No exagerar ni descuidar la historia que hemos



4733&sourcetype=Scholarly%20Journals				recopilado y siempre hay que registrar literalmente lo dicho.
(Finnie et al., 2023) EEUU Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9125790/	Intimate Partner and Sexual Violence Prevention Among Youth: A Community Guide Systematic Review	Prevenir o reducir la perpetración de violencia de pareja o violencia sexual.	Revisión sistemática Los estudios se identificaron a partir de 2 revisiones sistemáticas previas y una búsqueda actualizada (enero de 2012 a junio de 2016). Los estudios incluidos se implementaron entre jóvenes, se llevaron a cabo en países de altos ingresos.	Los hallazgos de esta revisión pueden informar a los investigadores, al personal escolar, a los encargados de la toma de decisiones en materia de salud pública y a los padres y otros cuidadores sobre estrategias eficaces para prevenir la violencia entre los jóvenes. La adolescencia es un momento crucial para promover actitudes y comportamientos que prevengan la violencia. Las intervenciones de prevención primaria para prevenir o reducir la violencia de pareja y la violencia sexual pueden ser maneras eficaces de disminuir la perpetración de ambos tipos de violencia entre jóvenes de 12 a 24 años, así como de aumentar la intervención de los testigos a corto plazo.
(Fukumoto, 2023) Japón Link: https://www.proquest.com/docview/2822718348/fulltextPDF/F6E71137D414B0APO/1?accountid=14733&sourcetype=Scholarly%20Journals	Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study	Clarificar el contenido de los cuidados de enfermería prestados a mujeres agredidas sexualmente.	Estudio descriptivo cualitativo: Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas Población: 20 enfermeras y matronas afiliadas a instituciones médicas que colaboran con el Centro de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual.	El estudio identificó cinco tipos de atención de enfermería: brindar seguridad y tranquilidad, facilitar la realización de exámenes físicos, construir relaciones de confianza, apoyar la recuperación de la salud emocional y física, y garantizar la continuidad del apoyo. El contenido de la atención de enfermería extraído en este estudio se vio influenciado por la estructura de la institución médica a la que estaban afiliadas las enfermeras.
(Segura & Ferrer, 2023) España Link: https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/ridec-2023-volumen-16-numero-1/revisiones-2-cuidados-enfermeros-a-mujeres-maltratadas-en-el-ambito-de-la-violencia-de-ge	Cuidados enfermeros a mujeres maltratadas en el ámbito de la violencia de género	Analizar la evidencia sobre los cuidados enfermeros más específicos y adaptados a la situación de violencia contra la mujer.	Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en las bases de datos de Ciencias de la Salud: BVS, Cuiden, Dialnet, Lilacs, Pubmed, Scielo y la biblioteca Cochrane, acotando el periodo de 2018 a 2023. Se escogieron 15 artículos que cumplían los criterios de selección.	La importancia del desarrollo de actividades, como apoyar el fortalecimiento y la autonomía y la mejora de la autoestima como cuidados enfermeros, que se deberían ofrecer a las mujeres que sufren maltrato. Por último, las barreras que obstaculizan la respuesta sanitaria eficaz son las falsas creencias y el bajo conocimiento sobre el tema.

nero				
(Okenwa et al. 2024) Suecia Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38535718/	Dare to Ask! A Model for Teaching Nursing Students about Identifying and Responding to Violence against Women and Domestic Violence	Describir cómo se incorpora el objetivo de aprendizaje cualitativo nacional en el plan de estudios de enfermería de pregrado en la Escuela Universitaria de la Cruz Roja Sueca.	Estudio cualitativo. Se basa en datos del plan de estudios relacionadas con la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica de los semestres 1-6 de licenciatura en enfermería de tres años.	La conclusión del estudio destaca la importancia de integrar la educación sobre violencia contra las mujeres (VAW) y violencia doméstica (DV) en los programas de enfermería. Se propone el modelo "¡Atrévete a Preguntar y Actuar!", que apoya a los estudiantes de enfermería en la identificación y respuesta a estas situaciones. El modelo promueve la exposición continua a estos temas, mejorando la preparación y confianza de los futuros enfermeros para abordar eficazmente estos problemas en su práctica profesional.
(Salvador, Rodríguez, Sánchez & Rey, 2024) España DOI: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102837	La violencia sexual y su abordaje en el sistema de salud	Conocer el abordaje de la violencia sexual y las consecuencias que puede tener desde los servicios sanitarios.	Revisión bibliográfica, utilizando un total de 31 artículos.	El abordaje adecuado tiene que estar centrado en la víctima y basado en el trauma. Además destaca la importancia de la formación de los profesionales para una mejor actuación. Proporcionar una atención centrada en la paciente como se ha descrito anteriormente, caracterizada por la sensibilidad, la empatía y los cuidados, es un componente fundamental de la restauración de la justicia.

Tabla 9. Artículos que corresponden con la Identificación, prevención y actuación a nivel de enfermería. Fuente: elaboración propia

Por último, la siguiente tabla incluye 4 artículos que se relacionan con la identificación de protocolos enfermeros ante una agresión sexual:

Autor / Año/ País/ Enlace	Título	Objetivos	Metodología/ Población	Resultados/ Conclusión
(Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, 2019) España Link: https://ceice.gva.es/documents/169149987/174450122/Protocol_atencio_integral_sanitaria_judicial_cas.pdf	Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales de la Comunitat Valenciana	Proporcionar recomendaciones para que los profesionales que atiendan a una víctima de agresión sexual actúen de manera homogénea, coordinada y respetuosa.	Protocolo	Es indispensable una coordinación que integre al personal sanitario, personal médico forense, servicios sociales, judicatura, fiscalía y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCSS), que forman parte de la atención y ayuda que se requiere. Se debe de incorporar de manera sistemática la participación de las Oficinas de Asistencia a la Víctima del Delito (OAVD) y como servicio especializado en materia de violencia contra la mujer, los Centros Mujer 24 Horas (CM 24 Horas).



(Ministerio de Sanidad, 2023) España Link: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_VSexual_20nov2024.pdf	Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023	Establecer criterios comunes de actuación profesional, normalizada y homogénea respecto a la detección valoración e intervención en casos de violencia sexual en mujeres.	Protocolo	La finalidad de este protocolo es restablecer el bienestar de las víctimas, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno libre de violencia. Además, cuando corresponda y según las circunstancias particulares de cada caso, se llevarán a cabo acciones de coordinación conforme a lo establecido en este protocolo común, especialmente en lo referente al examen forense y la colaboración con el sistema de justicia. Este enfoque busca una respuesta integral y multidimensional ante la violencia sexual.
(Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2023) España Link: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/protocolo_visem.pdf	Protocolo Código VISEM	Garantizar una atención sanitaria integral, efectiva y eficiente a las mujeres que hayan sufrido una agresión sexual reciente.	Protocolo	El Protocolo Código VISEM, establece un modelo integral y coordinado para la atención urgente a mujeres mayores de 16 años que han sufrido violencia sexual reciente.
(Institut Català de la Salut, 2024) España	Agressió sexual: Servei Obstetrícia i Ginecologia	Guiar las actuaciones a realizar ante un caso de violencia sexual en un paciente con vista al diagnóstico, prevención y tratamiento de una posible ETS	Protocolo	La finalidad de este protocolo es establecer los pasos a seguir ante una posible ETS debido a una agresión sexual.

Tabla 10. Artículos que se relacionan con la identificación de protocolos enfermeros ante una agresión sexual. Fuente: elaboración propia

7. Discusión

7.1 Consecuencias para la salud

La violencia machista es el maltrato físico, sexual y/o psicológico que sufren las mujeres por parte de los hombres. Esta violencia surge de las desigualdades de poder entre ambos géneros y provoca angustia mental a quienes la padecen⁽¹⁷⁾.

La angustia mental se describe como un estado de malestar emocional caracterizado por una combinación de síntomas de depresión (tristeza, anhedonia, desesperanza) y ansiedad (tensión, nerviosismo), a menudo acompañados de síntomas somáticos como, por ejemplo, el insomnio, cefalea o falta de energía. Este sufrimiento emocional afecta negativamente en el funcionamiento social y en la calidad de vida de las víctimas⁽¹⁷⁾.

En el presente trabajo se busca identificar las consecuencias en la salud de las mujeres adultas víctimas de una agresión sexual. Debido a la amplitud del tema, la información recopilada en la búsqueda bibliográfica, ha sido organizada en 5 categorías, siendo estas: físicas, psicológicas y conductuales, salud reproductiva, sociales y mortales.

7.1.1 Consecuencias para la salud física

Cabe destacar que la violencia sexual no requiere necesariamente una gran cantidad de fuerza física ni el uso de armas, ya que las víctimas suelen relatar que quedaron paralizadas por el miedo a sufrir consecuencias letales, ofreciendo así una resistencia mínima frente a la agresión. Este fenómeno se conoce como inmovilidad tónica: una reacción caracterizada por un estado temporal de inhibición motora involuntaria, que se presenta tanto en animales como en seres humanos expuestos a una amenaza externa y al temor de sufrir lesiones graves o incluso la muerte⁽¹⁸⁾.

No obstante, en casos de víctimas que han padecido una agresión sexual, sí se pueden distinguir lesiones físicas asociadas, en concreto, las lesiones genitales son más comunes hallarlas en la horquilla posterior, los labios menores, el himen y/o la fosa navicular. Dichas lesiones incluyen desgarros, equimosis, abrasiones, enrojecimiento e hinchazón. Por su parte, las lesiones físicas extragenitales se caracterizan por la presencia de hematomas, contusiones, laceraciones y marcas en tobillos, muñecas y cuello⁽¹⁸⁾.

A medio-largo plazo, las mujeres pueden presentar tanto dolores de cabeza como de espalda, de articulaciones, musculares o de abdomen, cansancio, pérdida de apetito, discapacidades o llegar a la muerte por asesinato o suicidio^(8,19).

Considerando lo anterior, resulta fundamental e imprescindible la evaluación de las lesiones físicas después de una agresión sexual por parte de los profesionales de salud, especialmente considerando que los médicos deben explicar adecuadamente al tribunal las conclusiones de su práctica clínica⁽¹⁸⁾.

7.1.2 Consecuencias para la salud mental

La relación entre la violencia machista y los trastornos mentales es de carácter bidireccional, es decir, las mujeres que padecen algún problema de salud mental tienen un riesgo mayor de sufrir violencia machista⁽¹⁹⁾. A su vez, diversas investigaciones indican que las mujeres que han sido víctimas de una agresión sexual tienen mayor probabilidad de experimentar múltiples consecuencias psicológicas, tanto a corto como a largo plazo⁽¹⁸⁾.

Algunos de los trastornos mentales más frecuentes en las mujeres que han sufrido violencia sexual son: ansiedad, depresión, intentos de suicidio y/o trastorno de estrés postraumático (TEPT)⁽¹⁸⁾.

El trastorno por estrés postraumático suele ser muy común y puede verse agravado según el nivel de miedo experimentado. Además de los síntomas clásicos (reexperimentación, evitación e hiperactivación), en el TEPT se suman otros adicionales como la desregulación afectiva, autoconcepto negativo y/o problemas relacionales⁽¹⁹⁾.

La sintomatología persistente del TEPT puede llevar a alteraciones neurológicas como dificultades en la concentración, atención, praxis, orientación, pensamiento y memoria, impactando de manera negativa en la calidad de vida y funcionamiento social. Asimismo, es común que el TEPT se manifieste con sintomatología depresiva, como anhedonia y trastornos del sueño⁽¹⁹⁾.

Además, el abuso de sustancias (drogas y alcohol) es frecuente entre las mujeres que han padecido violencia sexual, ya que, es una manera de lidiar con el dolor emocional y el estrés postraumático asociado a la vivencia⁽²⁰⁾.

En este contexto, algunos autores describen dos fases clave en la respuesta de las mujeres tras una agresión sexual. La primera es la fase aguda inicial que puede durar desde días hasta tres semanas y se caracteriza por una desorganización mental en la que el miedo es el síntoma principal. Durante esta fase, las víctimas experimentan también sentimientos de shock, incredulidad, impotencia, confusión, ira, humillación, asco, vergüenza, culpa, venganza, cambios de humor, deseo de olvidar y dificultad para hablar o describir la violencia sufrida. Posteriormente, empieza la fase de reorganización mental que dura desde meses hasta incluso años, en la que la mujer intenta restablecer el orden de su vida y recuperar la sensación de control sobre su entorno. Esta etapa puede ser adaptativa o desadaptativa, dependiendo de factores como la edad, situación personal, tipo de violación, personalidad y disponibilidad de un entorno de apoyo⁽¹⁸⁾.

7.1.3 Consecuencias para la salud reproductiva

En cuanto a las consecuencias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres víctimas de una agresión sexual se destacan los traumatismos ginecológicos, embarazos no deseados, abortos inseguros, disfunción sexual, fístula traumática, infecciones del tracto urinario, infertilidad o enfermedad inflamatoria pélvica. Asimismo, dichas mujeres tienen mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH^(18,20).

7.1.4 Consecuencias sociales

Se puede definir el ostracismo social como el aislamiento o retraimiento de una persona sobre su entorno social, afectando así su bienestar. Esto sucede cuando la víctima de una agresión debe enfrentarse a estigmas, aislamientos, sobrecuidados o trato sobreprotector o pierde la confianza en los demás, llevándola también a sentir confusión y creer que es responsable o culpable del acto. Al respecto, como menciona en su estudio Castellanos (2021), señala que culpar a la víctima permite a la sociedad y al entorno reorganizar la realidad, evitando aceptar que alguien ha sido víctima, sin reconocer el daño real que esta ha sufrido. Todo esto nos lleva a una negación persistente de la verdad de los hechos, dificultando así su comprensión⁽²⁰⁾.

A raíz de lo expuesto, la razón más habitual para la no divulgación de los sucesos es la falta de comodidad, el miedo a sentirse juzgada y la vergüenza⁽²¹⁾. Esta desconfianza hacia los demás se expande y delante de una amenaza persistente la persona puede recurrir a un estado de disociación para aguantar o tolerar lo intolerable⁽¹⁹⁾.

Finalmente, la víctima también puede presentar problemas en las futuras relaciones sexuales o afectivas, con una disminución en las interacciones sociales⁽¹⁸⁾.

7.1.5 Consecuencias mortales

Entre las consecuencias más graves de la violencia sexual se encuentran los resultados mortales, siendo estas consecuencias devastadoras como el suicidio, las complicaciones durante el embarazo o abortos ilegales e inseguros o asesinatos ocurridos durante la agresión⁽²⁰⁾. Cabe destacar que la violencia física y/o sexual incrementa de manera alarmante el riesgo de tener ideación suicida, triplicando las probabilidades de pensamientos suicidas y cuadruplicando los intentos de suicidio⁽¹⁹⁾.

Ser víctima destruye y lesiona la vida, parte en dos el curso del bienestar de esta, comprometiendo también la salud psíquica, una salud que previamente no presentaba ni padecía trastornos clínicos y mentales. Su origen son causas exógenas, causas que antes no se habían padecido, que no tenían un porqué. Sin embargo, la víctima de una agresión sexual enfrenta consecuencias devastadoras en su cuerpo, mente, emociones, medio ambiente, sexualidad, salud reproductiva y en su propio espacio personal, el cual también ha sido irrupto. Aquí radica la necesidad de proporcionar una atención integral e inmediata para restaurar la integridad de la mujer afectada, evitando así una cronificación de sus daños. Ningún ser humano debería ser objeto de vejación, humillación o invadido en su persona⁽²⁰⁾.

7.2 Intervenciones sanitarias y sociales en la práctica clínica

La violencia machista no conoce fronteras ni clases sociales, se manifiesta a través de comportamientos sustentados en un sistema de creencias sexistas que mantiene la supremacía del hombre y vulnera los derechos de las mujeres. Aunque suele permanecer invisibilizada socialmente, el número de denuncias ha aumentado. La OMS considera que es un grave problema de salud pública, por lo que su erradicación es una prioridad internacional para los servicios sanitarios. Sin embargo, la implicación de la sociedad es imprescindible y, para conseguir un cambio social, se requieren medidas de prevención y educación⁽²²⁾.

Ante la necesidad de dar respuesta a la vulneración de los derechos de las mujeres, se desarrolló la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, que establece el derecho a la asistencia social integral,

incluyendo servicios sociales de atención, de urgencia, acogida, apoyo y recuperación de las víctimas⁽²²⁾.

En este contexto, los servicios sanitarios desempeñan un papel crucial en la detección temprana y la intervención en casos de violencia sexual⁽²²⁾. Las enfermeras son el primer grupo de profesionales sanitarios que entran en contacto con las víctimas. Para poder ofrecer una atención de calidad, es fundamental contar con una formación adecuada y una sensibilización con perspectiva de género⁽²³⁾.

Tras una agresión sexual, es necesario realizar un seguimiento de la salud física, sexual, psicológica y social de la víctima. Esto incluye el tratamiento de las lesiones físicas, análisis serológicos y analíticos, control del tratamiento farmacológico (en caso de ser necesario), seguimiento forense y apoyo psicológico y social durante el tiempo que sea requerido. Es importante que la atención sea gestionada de forma coordinada por el equipo de atención primaria para asegurar la continuidad de los cuidados y evitar la pérdida de los resultados de las pruebas⁽⁸⁾.

Por lo tanto, una atención adecuada para el abordaje y seguimiento de una agresión sexual debe estar centrada en la superviviente y basada en el trauma. Para poder llevarlo a cabo, es necesario ejecutar un abordaje de la salud biopsicosocial con perspectiva de género, fortaleciendo las cualidades de resiliencia de la víctima y promoviendo las redes de apoyo familiar y comunitarias que contribuirán en su proceso de recuperación. En una atención centrada en el trauma, los profesionales tienen que ser capaces de identificar dicho trauma, entender las consecuencias en la salud a corto y largo plazo y ofrecer un entorno seguro y de apoyo al tratar con víctimas de violencia sexual⁽⁸⁾.

Ante una agresión sexual, la correcta obtención de pruebas y datos para el sistema judicial es fundamental. Un manejo adecuado y profesional de las pruebas forenses puede ser decisivo para lograr la condena del agresor, y es conocido que la reparación social de un delito a través de la condena tiene un impacto positivo en la salud mental de la víctima, favoreciendo la superación del trauma y mejorando su calidad de vida. No obstante, asegurar la justicia para las mujeres que han padecido violencia sexual es un proceso complicado que no debe centrarse exclusivamente en condenar a los agresores, sino que también se debe ofrecer una atención

enfocada en la víctima caracterizada por empatía, sensibilidad y cuidados, constituyendo un elemento esencial para restaurar la justicia⁽⁸⁾.

Dentro del ámbito de la atención sanitaria, es posible identificar tres tipos de víctimas. La primera es aquella que expresa el abuso o el miedo a ser abusada. La segunda está formada por quienes no manifiestan el abuso, pero presentan signos y síntomas relacionados, como pueden ser moratones, desgarros, rasguños o complicaciones en la salud reproductiva. Por último, la tercera categoría, corresponde a las víctimas que no mencionan ni muestran evidencias de abuso. Algunos motivos para no contarlo pueden ser las preocupaciones por la seguridad propia o de sus familiares cercanos, así como el temor a posibles represalias por parte del agresor⁽²⁴⁾.

En este sentido, algunos autores enfatizan la importancia de utilizar diversos métodos para detectar la violencia machista, desde entrevistas con la víctima hasta escalas de detección. Es fundamental que cada profesional elija el enfoque con el que se sienta más cómodo y seguro. Una de las recomendaciones de la OMS es no tener miedo a preguntar, a diferencia de lo que se cree comúnmente, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el abuso cuando se les pregunta de manera directa y sin juicio. De hecho, muchas esperan en silencio a que alguien se lo pregunte⁽²⁵⁾.

Los cuidados que los profesionales de enfermería deben ofrecer a las víctimas no se limitan únicamente a tratar las lesiones físicas, sino que también deben abarcar el apoyo a las necesidades psicológicas de estas mujeres. Estos cuidados deben centrarse en promover el autocuidado, realizar escucha activa, brindar orientación y guía, así como ofrecer educación y capacitación. Asimismo, deben proporcionar un cuidado humanizado y personalizado, caracterizado por una actitud de acercamiento espontáneo, empatía, compromiso y disposición por parte de los profesionales sanitarios que ofrecen ayuda. Es fundamental reforzar y validar la asertividad de las decisiones de las mujeres frente a la violencia, todo ello dentro de un enfoque integral, acogedor y humanizado que promueva su autonomía y autoestima. Es necesario poner énfasis en la importancia de una acogida cálida y una escucha activa, especialmente desde el momento en el que llega la mujer a consulta hasta su derivación y/o posible retorno, garantizando la satisfacción de sus necesidades⁽²⁵⁾.

En cuanto a las barreras que dificultan una respuesta sanitaria efectiva, destacan la falta de tiempo en consulta, la carencia de formación y la limitada experiencia en el manejo de casos de esta problemática. La escasez de conocimientos en la materia impide que muchos profesionales sanitarios puedan identificar la violencia y comprender el lenguaje no verbal de las víctimas. Por ello, es necesaria una formación en perspectiva de género que permita aclarar conceptos y adecuar las intervenciones⁽²⁵⁾.

Cabe destacar que una agresión sexual siempre se debe considerar una urgencia sanitaria. La atención de una violencia sexual tiene que ser integral y multidisciplinar, es decir, los diversos profesionales (servicios sanitarios, policiales, judiciales y sociales) se deben coordinar mediante un proceso integrado de atención⁽⁸⁾.

El apoyo psicológico sustentado por una actitud basada en respeto y las actuaciones indicadas y acertadas deben comenzar en el primer punto de atención sanitaria de la mujer agredida⁽⁸⁾. Es imprescindible tratar a la víctima desde el respeto, la sensibilidad y sin juicios, acompañándola en todo momento, sin caer en el victimismo e ir informando y pactando con ella las siguientes intervenciones a seguir. La comunicación es clave, ya que, permite poder recopilar información importante para realizar una adecuada evaluación. Ante todo, el profesional de la salud debe creer cuando una paciente manifiesta que ha ocurrido una agresión sexual, al igual que al atender a un paciente que refiere dolor de rodilla o espalda y recibe tratamiento indicado para ello⁽²³⁾.

De una manera esquematizada y reglada, las actuaciones a seguir serán la valoración física, psicológica y social, añadiendo los tratamientos necesarios en cada momento. Ante estos casos se debe indicar que la persona no debe ni cambiarse ni lavarse la ropa, y no beber u orinar antes de la recogida de muestras, con el fin de evitar su destrucción o desvirtuación⁽⁸⁾. En dichos instantes, la víctima puede presentar o reaccionar de varias maneras; desde llorar y sentarse en un rincón de la consulta hasta mostrar enfado o cansancio después de las múltiples explicaciones de lo ocurrido, por ejemplo, a las autoridades. Otras personas, por su parte, muestran miedo o terror a causa del horrible incidente vivido, llegando a pensar que el agresor puede volver en cualquier momento, estando así alerta o, en ocasiones, bajo la influencia de sustancias. Por estas razones, la adaptación al paciente por parte de la enfermera es crucial, ya que muchas veces las expectativas del profesional y las reacciones que manifiestan las

pacientes pueden ser muy distintas⁽²³⁾. Es de vital importancia que las enfermeras brinden seguridad y tranquilidad en estos casos, dando a entender a la paciente que comprenden la información que esta les transmite, interpretando paralelamente, tanto el lenguaje corporal como el estado de ánimo que se proyecta con el discurso. Este servicio tranquiliza a las víctimas, dándoles a entender que la institución médica es un lugar seguro y de apoyo para ellas, donde se puede confiar tanto en los médicos como en los cuidados de las enfermeras, los cuales las ayudan en la recuperación de su salud física, emocional y sobre todo en su dignidad⁽²⁶⁾.

Otras intervenciones que destacan desde la prevención primaria por parte de las enfermeras entre los jóvenes recaen en la necesidad de enseñar habilidades para relaciones saludables, promover normas sociales que protejan contra la violencia y crear entornos protectores. Además, la involucración e inclusión de los hombres y niños como aliados en la prevención resultan también intervenciones importantes para promover normas sociales que protegen contra la violencia⁽²⁷⁾. La educación sexual desde el ámbito sanitario, tanto en consultas de personas adolescentes o jóvenes (incluyendo también niños y niñas desde la infancia y en más edades) como en charlas o acciones grupales o comunitarias, resulta una medida imprescindible para trabajar el consentimiento, basado en el deseo mutuo y en la empatía en las relaciones sexuales. Asimismo, se debe concienciar sobre el consumo sin filtros de pornografía por parte de menores y adultos, la cual muestra relaciones con un alto contenido en violencia y desigualdad, creando así una cultura sexual en la cual la violencia contra la mujer se considera normal y permisible⁽⁸⁾.

En conclusión, podemos afirmar que la actuación temprana y respetuosa por parte de los profesionales de la salud es de suma importancia para realizar un buen diagnóstico precoz, al igual que para la intervención y prevención de los problemas derivados de la violencia sexual. Se debe incidir en la preparación, formación y sensibilización de las enfermeras para atender estos casos de violencia, al igual que favorecer una buena comunicación con la red de servicios especializados y saber cómo abordar a la paciente teniendo en cuenta todas las esferas que rodean y caracterizan a la persona. Algunos de los temas que deberían trabajar e investigar los profesionales que atienden estos casos tendrían que incluir los mitos y las creencias sobre la violencia sexual, las especificidades de las diferencias de género, edad y orientación sexual, la epidemiología de la violencia sexual y los problemas que esta causa (físicos, psicológicos,

sociales y familiares), la anticoncepción de emergencia y las enfermedades de transmisión sexual que se pueden desencadenar, las intervenciones y exámenes necesarios en la atención y la importancia de la atención individualizada y humanizada, basada en protocolos de atención y modelos de cuidado específicos. También debemos contemplar la existencia del gran estigma que rodea la violencia sexual, reflejado en el silencio de las personas que la padecen, ya que la mayoría de las sobrevivientes guardan su sufrimiento para sí mismas. Dicho silencio se perpetúa por parte de la familia, la comunidad y puede llegar al profesional de salud que no escucha la recepción e identificación de las víctimas, comprometiendo así la atención adecuada para la recuperación de las áreas vitales afectadas de la persona agredida. Es de vital importancia la identificación de lo oculto, de lo que no se manifiesta con palabras, en el discurso de estas mujeres que visitan los servicios de salud. Por esto, la presencia de folletos, carteles u otros materiales informativos en los centros sanitarios puede contribuir a la ruptura de este silencio⁽²⁸⁾.

7.3 Protocolos de actuación vigentes en España

7.3.1 Intervención asistencial urgente hospitalaria

a) Llegada al hospital

A la llegada al centro sanitario tanto si acude directamente como si es un traslado por los servicios extrahospitalarios, es necesario registrar a la víctima en admisión de urgencias. Es recomendable mantener en absoluta confidencialidad la ubicación de la mujer, sobre todo para evitar riesgo de nuevas agresiones o que el presunto agresor sepa que está recibiendo atención sanitaria⁽²⁹⁾.

b) Triaje

Cuando la mujer exprese (o la persona que la acompañe lo haga por ella porque la víctima no puede hacerlo) que ha sufrido una agresión sexual, se formularán solo las preguntas estrictamente necesarias para las intervenciones sanitarias y para la activación del código⁽²⁹⁾.

Las principales actuaciones a llevar a cabo son: evaluación sanitaria del riesgo vital por una posible nueva agresión, en el caso de no haberse realizado antes, y aplicar las medidas correspondientes. Seguido a esto, se entrega por escrito la información básica sobre las intervenciones a realizar y se activa el código. Por último, se da aviso al Centro de Crisis 24h contra la violencia sexual para orientar y dar apoyo a la víctima⁽²⁹⁾.

En el caso de que la mujer esté sola y quiera que venga algún familiar y/o persona cercana, el profesional sanitario que la atiende será quien se encargue de llamar⁽²⁹⁾.

c) Post-triaje

Una vez realizado el triaje, se deben reducir los tiempos de espera y garantizar un entorno de privacidad y confidencialidad, llevando a la mujer a un espacio distinto a la sala de espera general, sin dejarla sola (en el caso de estar sin acompañante, algún profesional sanitario se quedará con ella)⁽²⁹⁾.

Se volverá a realizar el ABCDE inicial de soporte vital con el objetivo de priorizar las intervenciones. En el caso de estar acompañada y que manifieste su deseo de que estén presentes en la toma de muestras, se les dará mascarillas para evitar la alteración de los resultados⁽²⁹⁾.

d) Aviso al gestor de casos de la comisión hospitalaria contra la violencia y jefatura de guardia

Tras realizar los pasos anteriores, el personal de urgencias notificará a la jefatura de guardia/gestor de casos (dependiendo de la hora y hospital) de la existencia de un caso⁽²⁹⁾.

e) Información sobre la denuncia y aviso a la Policía Judicial

Se debe informar a la mujer sobre su derecho a presentar una denuncia en ese momento o más adelante, así como la posibilidad de no denunciar si así lo quiere. Sin embargo, en esta última opción, hay que recalcar que se trata de un delito semipúblico y que el juez puede ordenar una investigación judicial⁽²⁹⁾.

Si la mujer decide denunciar en ese momento, el personal médico se pondrá en contacto con la policía judicial para que le realice una entrevista. Cabe destacar, que la policía no estará presente en la exploración clínica y médico-legal⁽²⁹⁾.

Además, se le informará sobre la toma de muestras⁽²⁹⁾.

f) Intervención clínica y médico forense

Se realiza en un solo acto para evitar la victimización secundaria de la mujer⁽²⁹⁾.

La historia clínica puede ser una prueba importante en el proceso judicial y en las intervenciones médico-forenses a realizar⁽²⁹⁾.

Las partes que deben constar son:

→ Anamnesis: antes de preguntar qué ha ocurrido, hay que intentar crear un ambiente de confianza y seguridad con la mujer. Va orientada a la posterior exploración y toma de muestras. Se registran los datos descriptivos del episodio (fecha, hora, lugar, tipo de agresión sexual, nº agresores, uso de sustancias, preservativo...), los actos realizados después de la agresión y exploración, las lesiones asociadas y los antecedentes personales (ginecológicos, uso de tóxicos, de violencia, enfermedades, medicación...). Además se valorará el nivel de conciencia y el estado emocional.

→ Exploración física y psicológica: se realizará en un lugar privado con puerta de acceso y pestillo. Se debe anotar la apariencia general de la mujer, comportamiento, actividad mental y signos vitales. Se realizará una exploración de la superficie corporal (zonas extragenitales, génito-anal, neurológica) pidiendo a la víctima que se retire ella misma la ropa y depositarlas en bolsas. Se cubrirá el cuerpo con una sábana y se expondrá la parte del cuerpo que se examinará en ese momento para evitar que quede totalmente desnuda. Esta exploración se realizará por el equipo ginecológico.

→ Toma de muestras: son realizadas por el médico forense y por el equipo de ginecología. Las muestras pueden ser biológicas con fines de identificación genética, para análisis toxicológicos (sospecha de sumisión química), estudio microbiológicos (infecciones de transmisión sexual) y para análisis hematológicos y bioquímicos.

→ Valoración psicológica: se realiza por parte de los profesionales que realizaron la exploración general. Se evaluará el estado cognitivo, conductual y emocional por si es necesario avisar a psiquiatría⁽²⁹⁾.

Una vez acabado este procedimiento, la mujer puede asearse y se le puede proporcionar ropa, comida⁽²⁹⁾...

g) Aviso al juzgado de guardia

El facultativo de urgencias elaborará el informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual (IASU) y lo enviará al Juzgado de Guardia correspondiente⁽²⁹⁾.

7.3.2 Profilaxis

Como se ha expuesto, las consecuencias de la violencia sexual afectan a todas las áreas de la salud, por tanto, es necesario prevenir el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual. Entre las ITS más frecuentemente diagnosticadas encontramos Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y Trichomonas vaginalis⁽³⁰⁾.

Una vez llegada la mujer a urgencias, comprobaremos el estado serológico del individuo fuente:

- Fuente conocida: según los resultados se adaptará el seguimiento serológico.
- Fuente desconocida: se actuará en base al protocolo.

Se determinarán los siguientes marcadores básicos: Virus Hepatitis B (HBsAg, IgG anti-HBc, y IgG anti-HBsAg, comprobando también el estado inmunitario), Virus Hepatitis C, VIH, Treponema pallidum. También realizaremos test de embarazo y/o tóxicos, si fuera necesario⁽³⁰⁾.

La profilaxis postexposición indicada para las enfermedades mencionadas es la siguiente:

- **VHB:**

Valoramos el estado vacunal en la realización de la extracción sanguínea, observando el marcador IgG anti-HBsAg. Por tanto, el tipo de profilaxis dependerá de dichos resultados:

	HBsAg +	HBsAg desconocido	Serología postvacunal
Vacunada previamente	Dosis de recordatorio de la vacuna VHB o 2 dosis de IGHB (separadas 1 mes) en caso de no respuesta.	No profilaxis	- 1-2 meses después de completar la pauta - 4-6 en caso IGHB.
No vacunada/pauta incompleta	1 dosis IGHB o iniciar pauta de vacunación/completarla	- Iniciar o completar pauta - +1 IGHB - inmunodeprimidos	- 1-2 meses después de completar la pauta - 4-6 en caso IGHB.

- En el caso de pacientes que no han dado respuesta después de las 2 pautas de vacunación, se recomienda la administración de 2 dosis de IGHB separadas por 1 mes.
- Pacientes inmunocompetentes: 3 dosis en 0,1 y 6 meses.
- Pacientes inmunodeprimidos o insuficiencia renal crónica: 4 dosis en 0,1,2 y 6 meses.

Se recomienda iniciar la profilaxis lo antes posible, preferiblemente dentro de las primeras 24h⁽³⁰⁾.

- **VHC:** Actualmente no existe PPE. En el caso de infección el tratamiento antiviral es curativo, sencillo y con pocos efectos secundarios⁽³⁰⁾.
- **VIH:** Se indica la PPE en caso de relación sexual no protegida por vía anal o vaginal, sexo oral con eyaculación o exposición de sangre con un agresor VIH+ o desconocido. La pauta de primera elección consiste en la administración de Tenofovir/Emtricitabina 245/200 mg 1 comp/24h + Raltegravir 400 mg 1 comp/12h⁽³⁰⁾.
- **VPH:** Se recomienda iniciar o completar la vacunación contra el VPH en personas menores de 27 años víctimas de agresión sexual⁽³⁰⁾.
- **ITS (gonorrea, C. trachomatis i T. vaginalis):** Se utilizará tratamiento con antibióticos empíricos. Se administran en caso de recogida de muestras microbiológicas en lesiones físicas y el riesgo de transmisión sea alto, siempre que hayan pasado menos de 2 semanas desde la agresión. La primera elección de tratamiento profiláctico es de Ceftriaxona 1g IM dosis única + Doxiciclina 100mg c/12h VO durante 7 días. En caso de embarazo, lactancia o alergia a penicilinas se utilizará la Azitromicina 2g VO dosis única⁽³⁰⁾.
- **Anticoncepción de emergencia:** Para conseguir la máxima eficacia, la anticoncepción de emergencia se administra en un tiempo máximo de 120 horas, siendo preferible las primeras 12h. Ofreceremos Levonorgestrel 1,5 mg dosis única VO (se puede dividir en 2 tomas de 0,75mg/12h para evitar efectos adversos gastrointestinales) o acetato de ulipristal 30 mg en monodosis⁽³⁰⁾.

7.3.3 Continuidad asistencial

Una vez que proporcionamos la atención y los cuidados asistenciales, se le informará a la mujer la posibilidad de derivación a varios recursos que tiene a su disposición para dar respuesta a la situación que está transcurriendo, tal y como afirma la *Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, en su artículo 19.1 *“las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral”*⁽¹⁾.

El personal de trabajo social que trabajan en el centro sanitario serán quienes desarrollen la función de coordinación sociosanitaria y de derivación al resto de recursos accesibles en materia de violencia machista. Igualmente, la persona puede acudir a los servicios sanitarios siempre que lo necesite, ya sea medicina, enfermería, ginecología y obstetricia, matrona, trabajadores sociales en atención primaria y en consultas externas o centros de salud sexual y

reproductiva. Si tras el alta la mujer no dispone de hogar ni apoyo, se activarán los recursos autonómicos de acogida⁽¹⁾.

Las mujeres que requieren apoyo especializado (psicológico, legal, laboral, etc.) deben ser derivadas por el personal de trabajo social del centro de salud a los servicios específicos de atención a víctimas de violencia de género, asegurando así una coordinación eficaz y la continuidad asistencial entre el sistema sanitario y otros recursos⁽¹⁾.

Además, disponen de atención psicológica y jurídica gratuita:

- Estas terapias serán individualizadas para cualquier víctima de violencia sexual, independientemente de si han puesto o no denuncia, y del tiempo transcurrido.
- Dispondrán de acceso 24h del teléfono 016 de información y asesoramiento jurídico.
- Al presentar la denuncia, puede acceder a atención psicológica urgente y contar con asesoramiento y representación jurídica gratuita durante todo el proceso penal.
- Centros de Crisis 24 horas para la atención a víctimas de violencia sexual, ya sea reciente o pasada, así como a sus familiares.
- Si se necesita información más específica sobre recursos y prestaciones sociales, el personal de trabajo social del centro de salud podrá apoyar en la coordinación y derivación hacia otros profesionales del ámbito social externo⁽¹⁾.

7.3.4 Documentos a rellenar

- Consentimiento informado: para los distintos procedimientos que se van a realizar. Deberá formalizarse por escrito para la obtención de muestras de carácter médico-forense⁽²⁹⁾.
- Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual: informe específico para casos de agresión sexual, mediante el cual se comunica al Juzgado de Guardia la posible existencia de un caso de violencia sexual⁽²⁹⁾.
- Parte judicial de lesiones: no se considera una denuncia, y deberá ser cumplido en todos los casos, incluyendo aquellos en los que el examen salga negativo. Igualmente, tiene gran relevancia en el ámbito penal, ya que muchas veces es la única prueba de un posible delito. La descripción de dichas lesiones deberá ser detallada y concisa. Se debe especificar también el estado psicológico de la mujer y si esta corre un riesgo vital por nuevos actos de violencia⁽²⁹⁾.

- Informe clínico-asistencial (informe de alta): este informe será dirigido a la mujer, siendo lo más detallado posible, destacando la valoración psicológica, recogiendo frases textuales relevantes, la prescripción de tratamiento y todas aquellas pautas terapéuticas y de cuidados necesarios⁽²⁹⁾.
- Formularios de la cadena de custodia: documentos en los que se detallan las muestras tomadas y los elementos que certifican la cadena de custodia, con el fin de ser remitidos a los laboratorios correspondientes.⁽²⁹⁾.
- Informe médico-forense: redactan las actuaciones forenses llevadas a cabo⁽²⁹⁾.

7.3.5 Procedimiento denuncia

- Víctima que acude acompañada por las fuerzas y cuerpos de seguridad (FFCCS) al centro sanitario con intención de denunciar: tras la asistencia médica, las FFCCS acompañarán a la víctima a presentar la denuncia.
- Víctima que acude al centro sanitario no acompañada por las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado: se informará a las FFCCS del incidente, y dependiendo del tiempo transcurrido se necesitará su presencia en el centro sanitario.
- Víctima que expresa su deseo de no formular denuncia: a pesar de que la víctima exprese no querer denunciar, se comunicará el incidente al juzgado de guardia y a las FFCCS para que se inicie el procedimiento judicial. Se le debe informar de que sería recomendable la toma de muestras biológicas por si más adelante cambia de opinión respecto al tema de denunciar. Si no quiere que se le tomen muestras, se dejará constancia en la historia clínica y en el parte de lesiones⁽³¹⁾.

8. Conclusiones

En conclusión, de los objetivos determinados hemos observado que la violencia sexual constituye una forma extrema de la violencia machista que produce graves consecuencias en la salud física, mental, reproductiva, social y, en las situaciones más agudas, puede ocasionar la muerte. Por un lado, las lesiones físicas pueden dejar secuelas a largo plazo. Por otro lado, los trastornos mentales más comunes son el TEPT, depresión y/o ansiedad y, todos ellos, causan un deterioro significativo en la calidad de vida. Asimismo, las agresiones sexuales tienen efectos devastadores en la salud reproductiva, a nivel social el estigma y la culpabilización interfieren en la decisión de denunciar y aumentan el aislamiento de las víctimas, pudiendo llegar al suicidio o asesinato.

Por ende, se requiere de una respuesta integral y multidisciplinar, centrada mayoritariamente en la víctima y teniendo en cuenta todas las esferas de la persona que han estado afectadas, promoviendo su autonomía y dignidad. Las enfermeras juegan un papel fundamental en la atención, seguimiento y sobre todo detección de las víctimas de violencia sexual. Por este motivo, se precisan profesionales de la salud adecuadamente formados y sensibilizados con la perspectiva de género, así como una coordinación entre servicios sanitarios para garantizar una atención efectiva. También es primordial educar a la sociedad creando una cultura de respeto, sensibilizando desde edades tempranas.

En España, los protocolos establecidos ante una agresión sexual coinciden en priorizar una atención sanitaria segura, rápida y respetuosa. La valoración clínica y forense se realizará en un solo acto, se tomarán muestras basándose en el consentimiento informado de la víctima, ofreciendo también tratamientos preventivos de ITS y anticoncepción. Finalmente, se debe asegurar la continuidad asistencial con la coordinación entre recursos sanitarios, tanto psicológicos como jurídicos y sociales.

9. Limitaciones del estudio y posibles líneas de investigación en un futuro

Respecto a las limitaciones de estudio, hemos podido observar que una de ellas es la escasez de artículos que se enfoquen exclusivamente en la violencia sexual, ya que, gran parte de los trabajos abordan este tema dentro de la violencia machista desde un enfoque general, al igual que dichos estudios están centrados en un número reducido de casos, regiones o grupos, siendo los resultados no transferibles a una población más extensa en otros contextos o culturas. Este enfoque dificulta la profundización en aspectos específicos de esta problemática. Además, se le suma la falta de evaluación en los estudios de las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y reproductivas a largo plazo. Por ende, como posible línea de futuro, se debería ampliar la perspectiva del estudio hacia una población específica, diversa, abarcando distintos contextos culturales, sociales y geográficos.

Por otro lado, encontramos la variabilidad de protocolos entre comunidades autónomas y que algunos de estos no se encuentran disponibles públicamente, siendo necesario como línea de futuro hacer un análisis nacional y global de las intervenciones clínicas que se realizan con las víctimas de violencia sexual, enfocadas en minimizar las secuelas físicas y psicológicas, y con el objetivo de evaluar su eficacia.

10. Bibliografia

1. Ministerio de Sanidad. Protocolo común del SNS para la actuación sanitaria ante la violencia sexual [Internet]. Madrid: Programa editorial del ministerio de sanidad; 2023 [citado 10 diciembre 2024]. 152 p. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2023/211223-Propuesta-acuerdo-rotocolo-violencia-sexual.pdf>
2. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 2021;11:3096-3113. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=889760>
3. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia Sexual [Internet]. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 10 dic 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1
4. Fernández Vidal J. La violencia sexual: factores de riesgo, perfil del agresor y marco normativo. Cuadernos de Res Publica en derecho y criminología [Internet]. 2024 [consultado 12 diciembre 2024]; (4): 104-117. Disponible en: <https://www.upo.es/revistas/index.php/respublica/article/view/9523>
5. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. BOE núm. 215, de 7 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
6. Alonso Lupiañez J. Atención enfermera ala sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. Universidad de Barcelona [Internet]. 2017 [consultado 12 diciembre 2024]; 2 (2): 102-134. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.6/21993>
7. Martín Vega A, Quirós Mercado S. Impacto en la salud de las mujeres víctimas de agresión sexual [tesis en Internet]. Madrid: Universidad autónoma de Madrid; 2018 [consultado 12 diciembre 2024]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684913/martin_vega_anatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Salvador Sánchez L, Rodríguez Conesa N, Sánchez Ramón S, Rey Novoa M. La violencia sexual y su abordaje en el sistema de salud. Elsevier [Internet]. 2024 [consultado 12 diciembre 2024]; 56 (11). Disponible en:

<https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0212656723002706?via%3>

[Dihub](#)

9. Organización mundial de la salud [Internet]. 2021. Violencia contra la mujer; [actualización 2021; consultado 29 octubre 2024]; [aprox 10 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
10. Fernández Vidal J. La violencia sexual: factores de riesgo, perfil del agresor y marco normativo. Cuadernos de Res Publica en derecho y criminología [Internet]. 2024 [consultado 12 diciembre 2024]; (4): 104-117. Disponible en: <https://www.upo.es/revistas/index.php/respublica/article/view/9523>
11. Córdoba, CR. La victimización secundaria en la violencia sexual. Análisis de la victimización secundaria en casos de abusos y agresiones sexuales, y sexting. Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal [Internet]. 2022 [consultado 27 diciembre 2024];(17):179-210. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4372/5223>
12. Ballesteros-Doncel E, Blanco-Moreno F, Rubio-Martín M. J. ¿Dónde están las heridas? Impactos de las agresiones sexuales en la vida de las víctimas: valoraciones y desatenciones. OBETS. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2024. [consultado 27 diciembre 2024]; 19(2): 167-182. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/145525/3/OBETS_19_2_02.pdf
13. Barraza Pulido EI. Modelo de abordaje psico-emocional de atención a la mujer víctima de violencia sexual. Revista Cedotic. [Internet]. 2021 [consultado 27 diciembre 2024]; 6 (2), 219-239. Disponible en: <https://revistas.uniatlantico.edu.co/index.php/CEDOTIC/article/view/2978/3825>
14. Organización mundial de la salud [Internet]. 2013. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: consecuencias para la salud.[consultado 27 diciembre 2024]; [aprox 8 pantallas]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf;jsessionid=742EF0E0A89475DB502970EA7D0C8E4D?sequence=1
15. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. c/ Alcalá, nº 37 - 28014 – Madrid. 2019 [citado 10 diciembre 2024]. 341 p. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

16. Muniesa Tomás P, Herrera Sánchez D, Guerrero Olmos J, Rubio García M, Gil Pérez V, Santiago Orozco AM, Gómez Martín, MA. Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior del Gobierno de España; 2023 [citado 10 diciembre 2024]. 64 p. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/.galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2023/INFORME-DELITOS-CONTRA-LA-LIBERTAD-SXUAL-2023.pdf>
17. Salem J, Molla A. Mental distress and associated factors among women who experienced gender based violence and attending court in South Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Women's Health. [Internet]. 2022 [consultado 2 febrero 2025]; 22(187). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsespana/resource/es/mdl-35597941>
18. Barbara G, Buggio L, Micci L, Spinelli G, Paiocchi C, Dridi D, Cetera GE, Facchin F, Donati A, Vercellini P, Kustermann A. Sexual violence in adult women and adolescents. Minerva Obstet Gynecol. [Internet]. 2022 [consultado 2 febrero 2025]; 74(3):261-269. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35147019/>
19. Tourné García M, Herrero Velázquez S, Garriga Puerto A. Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. Atención Primaria. [Internet]. 2024 [consultado 2 febrero 2025]; 56(11). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724000453?via%3Dihub>
20. Castellanos-Suárez V. Alteraciones psíquicas a partir de vivir violación sexual múltiple: retos pendientes. Revista Criminalidad. [Internet]. 2021 [consultado 2 febrero 2025]; 6(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082021000300215
21. Short NA, Lechner M, McLean BS, Tungate AS, Black J, Buchanan JA, Reese R, Ho JD, Reed GD, Platt MA, Riviello RJ, Rossi CH, Nouhan PP, Phillips CA, Martin SL, Liberzon I, Rauch SAM, Bollen KA, Kessler RC, McLean SA. Health care utilization by women sexual assault survivors after emergency care: Results of a multisite prospective study. Depress Anxiety. [Internet] 2021 [consultado 2 febrero 2025];38(1):67-78. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7785610/>
22. Gisbert Ferrer, J. Atención de enfermería en urgencias ante víctimas de violencia de género. Enfermería Integral. [Internet]. 2022 [consultado 2 febrero 2025]; (131): 48-52. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/131/ENF-INTEG-131.pdf>

23. Yesodharan R, Shehata SA, Jose TT, Hagraas MH, Nayak V. Medico-legal history taking from the victims of sexual assaults: the role of nurse examiners . Egyptian Journal of Forensic Sciences. [Internet]. 2022 [consultado 2 febrero 2025]; 12(1). Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2664961032?sourcetype=Scholarly%20Journals>
24. Okenwa Emegwa L, Paillard-Borg S, Wallin Lundell I, Ståhlberg A, Åling M, Ahlenius G, Eriksson H. Dare to Ask! A Model for Teaching Nursing Students about Identifying and Responding to Violence against Women and Domestic Violence. [Internet]. 2024 [consultado 2 marzo 2025]; 14(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38535718/>
25. Segura Daroca P, Ferrer Ferrándiz E. Cuidados enfermeros a mujeres maltratadas en el ámbito de la violencia de género. RIdEC. [Internet]. 2023 [consultado 2 febrero 2025]; 16(1). Disponible en: <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/ridec-2023-volumen-16-numero-1/revisiones-2-cuidados-enfermeros-a-mujeres-maltratadas-en-el-ambito-de-la-violencia-de-genero>
26. Fukumoto T. Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study. Nursing Open [Internet]. 2022 [consultado 2 febrero 2025]; 023 (10), 2118–2131. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2822718348/fulltextPDF/FE6E71137D414B0APQ/1?accountid=14733&sourcetype=Scholarly%20Journals>
27. Finnie RKC, Okasako-Schmucker DL, Buchanan L, Carty D, Wethington H, Mercer SL, Basile KC, DeGue S, Niolon PH, Bishop J, Titus T, Noursi S, Dickerson SA, Whitaker D, Swider S, Remington P. Intimate Partner and Sexual Violence Prevention Among Youth: A Community Guide Systematic Review. Am J Prev Med. [Internet]. 2022 [consultado 2 febrero 2025]; 62(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9125790/>
28. Leal LM, Vertamatti MAF, Zaia V, Barbosa CP. Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. PLoS ONE [Internet]. 2021 [consultado 2 febrero 2025]; 16(11): 1-11. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8592427/pdf/pone.0249598.pdf>
29. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid: Protocolo Código VISEM [Internet]. Comunidad de Madrid: Madrid; 2023 [citado 2 febrero 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/protocolo_visem.pdf

30. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Agressió sexual: Servei Obstetrícia i Ginecologia.
[Internet]. Catalunya: Tortosa; 2024 [citado 2 febrero 2025].
31. Conselleria de Sanitat universal i Salut Pública. Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales de la comunitat valenciana. [Internet]. Comunitat Valenciana: Valencia; 2019 [citado 2 febrero 2025]. Disponible en:
https://ceice.gva.es/documents/169149987/174450122/Protocol_atencio_integral_sanitaria_judicial_cas.pdf