ATENCIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO/AGRESIÓN SEXUAL

Coordinador:

Daniel María Lubián López

Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Quirón Campo de Gibraltar. Cádiz. Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz. Profesor de la Universidad de Cádiz.

Miembros:

Marta Blasco Alonso

Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Profesora Colaboradora Honoraria de la Universidad de Málaga. Málaga.

Carmen Aisha Butrón Hinojo

Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Hospital Punta de Europa de Algeciras. Cádiz. Hospital Quirón Campo de Gibraltar. Cádiz.

David Gómez Sánchez

Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. Pontevedra.

Ernesto González Mesa

Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. Profesor de la Universidad de Málaga.

Almudena Lera Ramírez

Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

ÍNDICE

1. ATENCIÓN GINECOLÓGICA A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO. 13

2. ATENCIÓN GINECOLÓGICA A LA MUJER VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL 27

3. CONCLUSIONES 48

4. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA 49

1. ATENCIÓN GINECOLÓGICA A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

1.1. Concepto de violencia de género

Se considera violencia de género todo tipo de violencia que afecta a las mujeres solo por el hecho de serlo. Por tanto, se considera un tipo de violencia específica contra la mujer, considerándose el género femenino el factor de riesgo esencial.

Si partimos de la base de que la violencia es la manifestación más extrema de cualquier desigualdad, podemos asumir que la violencia de género se trata de la manifestación más extrema de la desigualdad entre hombres y mujeres.

Es cierto que, conforme ha ido avanzando la sociedad, se han hecho patentes numerosos cambios que han supuesto una mejora en las condiciones sociales de las mujeres; no obstante, podemos afirmar que las manifestaciones de desigualdad entre mujeres y hombres siguen siendo una constante, ya que continúan apareciendo en cualquier contexto cultural, momento histórico o personal, clase social, situación geográfica, etc.

Esta persistencia de desigualdad que se pone de manifiesto desde diferentes organismos internacionales y comunitarios, está directamente relacionada con la estructura patriarcal de nuestro orden social, basada en relaciones de dominación-sometimiento tan interiorizadas e incorporadas en nuestra vida que en la mayoría de los casos somos incapaces de detectarlos.

Al nacer el ser humano no es autónomo, son los demás los que mediante recursos simbólicos y del lenguaje nos construyen lo que somos y lo que tiene que ser nuestro mundo.

Partiendo de diferencias físicas y biológicas observables, se nos asigna el género en función de nuestro sexo biológico, situando al individuo en un sistema relacional basado en categorías diferenciadoras. Estas se basan en lo que significa para la sociedad ser hombre o mujer, la idea patriarcal de superioridad física del hombre, el cual ha sido utilizado como instrumento más primitivo de poder y de limitación de la libertad de la mujer.

En un primer momento de la historia, la fuerza o la violencia física eran imprescindibles para que el hombre adquiriera poder, pero la evolución y el cambio social han propiciado que se atribuya más importancia a los recursos comunicativos y del lenguaje. Lo que ha llevado al desarrollo de un nuevo mecanismo de violencia, la simbólica.

Mediante el lenguaje no verbal o simbólico se perpetúa la desigualdad de género y lo mismo ocurre con el lenguaje, atribuyendo cualidades, capacidades, etc. a las personas en función de su sexo biológico y, en base a esto, se produce una distribución desigual de roles y por tanto, de poder.

Socialmente, lo masculino se ha atribuido a fuerza, violencia, trabajo productivo, sexo, independencia, etc. Mientras que lo femenino se ha relacionado con belleza, delicadeza, trabajo reproductivo, amor, etc.

Con esto podemos comprender el hecho de que la mujer viva el amor como algo fundamental, por lo que podría renunciar a todo, mientras que para el hombre es algo secundario. De ahí que la mujer viva como un fracaso poner fin a su relación a pesar de ser violenta.

De esta manera es posible comprender que la violencia de género no es algo individual, sino que responde a la estructura patriarcal en la que hemos forjado las relaciones entre hombres y mujeres. Esta configura relaciones desiguales, distribución desigual de libertad, derechos y deberes que pueden llevar a la violencia como manifestación extrema de dominación del hombre hacia la mujer.

1.2. Importancia de la violencia de género

1.2.1. Epidemiología

Las dificultades para conocer las cifras de la violencia doméstica son enormes, aun en aquellas sociedades en las que ha aumentado la conciencia acerca de este problema.

Los datos que habitualmente se manejan en España son de carácter jurídico, donde se recoge el número de denuncias realizadas, así como datos referentes a los recursos utilizados como casa de acogida o de emergencia.

La información más utilizada es la ofrecida por el Instituto de la Mujer y hace referencia al número de denuncias ocurridas a consecuencia de la violencia doméstica.

En 2019 se registraron 31.911 mujeres víctimas de violencia de género correspondientes a los asuntos en los que se habían dictado medidas cautelares u órdenes de protección, lo que supuso un aumento del 2% respecto al año anterior.

Casi la mitad de las víctimas de violencia de género (el 47,1%) tenían entre 25 y 39 años. La edad media de las víctimas fue de 36,6 años.

Los mayores aumentos del número de víctimas en 2019 se dieron entre las mujeres de 75 y más años (25%) y de 70 a 74 años (15,6%). Por su parte, el mayor descenso se dio en las mujeres de 65 a 69 años (–8,9%).

La tasa de víctimas fue de 1,5 por cada 1.000 mujeres de 14 y más años, alcanzando su máximo en el tramo de edad de 30 a 34 años (3,7 víctimas por cada 1.000 mujeres), seguido del intervalo entre 25 y 29 años (3,6 víctimas por cada 1.000 mujeres).

La tasa de víctimas por cada 1.000 mujeres de 14 y más años fue casi tres veces superior en las nacidas en el extranjero que en las nacidas en España. En ambos casos las cifras fueron similares a las del año anterior.

Entre las víctimas nacidas en el extranjero, las de África y América presentaron las tasas más elevadas, mientras que las de Asia y Oceanía registraron las más bajas.

Las comunidades autónomas con mayor número de víctimas inscritas por violencia de género en el año 2019 fueron Andalucía (7.101), Comunitat Valenciana (4.909) y Comunidad de Madrid (3.624).

Por su parte, las que registraron un menor número de víctimas fueron las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y La Rioja.

Los mayores incrementos anuales en el número de víctimas se dieron en Illes Balears (16,1%), la ciudad autónoma de Melilla (12,9%) y la Comunidad Foral de Navarra (7,8%). Por el contrario, los mayores descensos se registraron en La Rioja (–10,6%), la ciudad autónoma de Ceuta (–9,2%) y Cantabria (–6,9%).

Atendiendo al tipo de relación existente entre la víctima y el denunciado, en el 25,6% de los casos ambos eran cónyuges o excónyuges, en el 43,8% mantenían una relación de pareja o expareja de hecho, en el 29,5% era de novia o exnovia y en el 1,2% estaban en proceso de separación.

1.2.2. Consecuencias de la violencia de género para la salud de la mujer

1.2.2.1. Consecuencias físicas (patología orgánica)

- **Heridas, traumatismos, quemaduras**: la cabeza, el cuello y la cara representan la localización más frecuente, seguido de heridas a nivel musculo esquelético y región genital. Solo el 42% de las mujeres admiten lesiones en caso de violencia de género, por lo que es tremendamente difícil determinar correctamente la tasa real de lesiones, puesto que la mujer atribuye muchas de ellas a otro motivo.

- **Hipertensión arterial y aumento del riesgo de cardiopatía isquémica:** se han publicado estudios que muestran una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de género y estas patologías.

- **Muerte por homicidio**: suele estar infraestimada ya que en muchos casos se desconoce la prevalencia real.

1.2.2.2. Consecuencias psicológicas

Las mujeres víctimas de violencia de género presentan determinados síntomas psicológicos en mayor proporción que la población femenina general.

Entre ellos se encuentra: labilidad emocional, ansiedad, baja autoestima, inapetencia sexual, irritabilidad y tristeza, por lo que el riesgo de precisar tratamiento psiquiátrico es entre 4-5 veces mayor en mujeres maltratadas y se registra un aumento 5 veces mayor de probabilidad de suicidio.

La exposición continuada a eventos traumáticos provoca un miedo y aislamiento que desemboca hasta en un 50% de los casos en un síndrome de estrés postraumático.

Otras características a señalar son los trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y dependencia psicológica del agresor.

1.2.2.3. Consecuencias en la salud social

- **Aislamiento familiar y social**: uno de los primeros mecanismos que establece el maltratador es la limitación de las relaciones sociales de la víctima, aislando a la víctima y pudiendo conllevar perdida de empleo o absentismo.

- **Disminución del número de días de vida saludables.**

- **Cambio de domicilio y/o ciudad para protegerse.**

1.2.2.4. Consecuencias en la salud sexual/reproductiva

- **Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual**: presencia de relaciones sexuales forzosas y desprotegidas sumado a que el perfil de maltratador presenta en mayor proporción mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual (ITS).

- **Interrupción legal del embarazo (ILE)**: altas tasas de eventos reproductivos adversos pueden esconder un caso oculto de violencia de género. En muchos casos los maltratadores no aprueban el uso de preservativo o el uso de métodos de planificación familiar. Se estima que existen 80 millones de embarazos no deseados en el mundo y aproximadamente en la mitad se produce la ILE.

- **Bajo peso al nacer y prematuridad**: vivir en un entorno de abusos psicológicos y físicos marcado por un estrés crónico tiene importantes riesgos sobre la salud materno-fetal.

1.3. Marco legal en la violencia de género

1.3.1. Legislación comunitaria

Desde el marco legislativo de la Unión Europea existen diferentes convenios y directivas. Destaca el **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** cuyo objetivo es prevenir y luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y la promoción de la igualdad entre géneros.

1.3.2. Legislación estatal

Entre las leyes estatales destacan:

- La **Ley Orgánica 10/1995**, de 23 de noviembre, por la que se aprueba el Código Penal, y la modificación de la misma mediante la Ley Orgánica 1/2015, del 1 de julio, donde destaca la discriminación por causa de género como agravante de responsabilidad criminal.

- La **Ley 27/2003**, de 31 de julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica: diferencia, dentro del maltrato en el ámbito de la familia, entre delitos de violencia de género y delitos de violencia doméstica.

- **Ley orgánica 1/2004** de medidas de protección integral contra la violencia de género. Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores del entorno familiar, y esta ley contempla la protección y tutela de los derechos del menor. Reconoce los derechos de la mujer víctima de violencia de género a: información y asistencia social integrada, asistencia jurídica gratuita, facilitar movilidad geográfica, mantenimiento de puesto de trabajo y apoyo económico.

- **Ley 4/2015**, de 27 de abril, reguladora del estatuto de la víctima del delito. Diferencia entre víctima directa e indirecta del delito. Contiene el catálogo general de los derechos de la víctima, tanto procesales (a ejercer la acción penal y la acción civil, a que se les sea notificada la resolución de sobreseimiento y su derecho a recurrirlas, a intervenir en la fase de ejecución de las penas, de la víctima personada en el procedimiento penal a obtener el reembolso de los gastos, a acceder a servicios de justicia restaurativa, a solicitar asistencia jurídica gratuita, de las residentes en España a presentar ante las autoridades españolas denuncias correspondientes a hechos delictivos, a obtener la devolución sin demora de los bienes restituibles de su propiedad) como extraprocesales (derecho a entender y ser entendida, a estar acompañada, a la información actualizada por parte de las autoridades y funcionarios sobre atención médica, psicológica; derecho a la denuncia, asistencia jurídica gratuita, recursos, etc., derecho de la víctima denunciante a obtener una copia certificada de la denuncia interpuesta, a recibir información sobre la causa penal, a la interpretación y traducción gratuita, a acceder gratuita y confidencialmente a los servicios de asistencia y apoyo, al período de reflexión). Los hijos menores y tutelados por la víctima son titulares de todos y cada uno de estos derechos.

  La Ley 4/2015, de 27 de abril, regula la obligación de reembolso en el caso de víctimas fraudulentas que hayan ocasionado gastos a la Administración.

Medidas de protección de la víctimas

Su adopción exige la evaluación individual de la víctima y son renunciables por las víctimas y cabe su modificación. Son de dos tipos: 1) De carácter general (evitar contacto visual con el agresor, no ser preguntada sobre aspectos de su vida privada sin relevancia con el hecho delictivo, toma de declaración por persona del mismo sexo…) 2) Para menores y personas con discapacidad necesitadas de

especial atención (grabación de las declaraciones, nombramiento de un defensor judicial de la víctima por parte de la Fiscalía…).

1.3.3. Legislación autonómica

Cada autonomía tiene sus propias leyes reguladoras de la atención a la víctima de violencia de género. En todas ponen a disposición de la víctima al personal de la administración de cada autonomía, especialmente a los de las áreas social, jurídica y sanitaria.

Establecen programas, actividades y protocolos tanto para la detección precoz como para la atención y asistencia especializada, con tratamiento específico para las mujeres víctimas de una agresión sexual.

Disponen de un **registro central** para la protección de las víctimas de violencia de género y de **observatorios de la violencia de género** para analizar la magnitud del fenómeno y diseñar estrategias de intervención, formación, participación y difusión contra la violencia de género.

1.3.4. Procedimiento judicial penal: interposición de la denuncia

- El **artículo 262 del Código Penal** regula la obligación genérica de denuncia en los siguientes términos: "Aquellas profesiones que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante".

- A los **profesionales sanitarios, el artículo 355 de la misma Ley** nos exige que: "Si el hecho criminal que motive la formación de una misma causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado".

- El **Real Decreto 1030/2006**, Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, recoge como una de las **funciones del personal sanitario de atención primaria, atención especializada y urgencias** la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género. **En caso de sospecha de maltrato ejercido por parte de la pareja o expareja, se comunicará al Juzgado de Guardia mediante el parte de lesiones o informe médico.**

- El **artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal** dispone expresamente que: "Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta ley, las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que **tuvieran conocimiento** de alguno de los hechos mencionados en el apartado anterior (**delito o falta contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad** de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2 del Código Penal, resulte una situación objetiva de riesgo para la víctima) deberán **ponerlos inmediatamente en conocimiento del juez de guardia o del**

Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la orden de protección.

Parte de lesiones

Documento sanitario por el cual el facultativo **traslada a la autoridad judicial** lo que el saber profesional ha permitido conocer, para comunicar la posible existencia de un delito, pero **no es una denuncia.**

Su importancia es que, a veces, es la única prueba de un posible delito. Sirve para avalar la declaración realizada por la mujer y sobre todo para activar medidas de protección.

Debe explicar las lesiones y lo comunicado por la presunta víctima de manera clara y legible, aportando datos médicos relacionados con ese maltrato.

Se entrega un ejemplar a la persona interesada, si no compromete su seguridad, y se remite por correo otra al Juzgado de Guardia o al Juzgado de Violencia Sobre la Mujer de esa ciudad. Si se cree urgente, se realizará vía fax o por formato electrónico.

Denuncia

La denuncia se puede presentar en: la Comisaria de la Policía Nacional, en la Policía Local, en el Cuartel de la Guardia Civil, en la Fiscalía, en el Juzgado de Violencia Sobre la Mujer o ante el Juzgado de Guardia, debiéndose, en todo caso, informar a la víctima de los derechos, tanto procesales como extraprocesales, que le asisten como tal víctima de violencia de género.

1.4. Factores de riesgo de la violencia de género

Frente al abordaje epidemiológico clásico de “factores de riesgo” centrados en el agresor o en la víctima y desde la visión de la epidemiología social, se han propuesto modelos más complejos. Heise propone “un marco ecológico integrado” para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer.

- Sociales: normas que dan por sentado el control de los hombres sobre las conductas de las mujeres. Aceptación de la violencia como vía de resolución de conflictos. Noción de la masculinidad unida al dominio, honor o agresión. Roles de género rígidos. La falta de equidad entre géneros no solo se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. Las normas y los valores relacionados con los géneros que sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre, mantienen y refuerzan la violencia doméstica contra ella. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. La violencia contra la mujer es instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. La violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. La violencia de género no es un fin en sí mismo sino un instrumento de dominación y control social.

- Comunitarios: pobreza, estatus socioeconómico bajo, desempleo. Aislamiento social y familiar de las mujeres. Formar parte de grupos violentos.

- Relacionales: conflicto de pareja. Control del dinero y toma de decisiones por el hombre de la familia.

- Individuales: ser testigo o víctima de violencia en la familia de origen. Padre ausente o que rechaza. Uso de alcohol (hombre). Interiorización de los valores y roles tradicionales (superioridad del hombre e inferioridad de la mujer).

a) Factores de riesgo individuales del agresor

- Sufrir abusos en la infancia y presenciar violencia paterna induce la aparición de adultos violentos.

- El abuso sexual sufrido en la infancia predispone a la aparición de un agresor sexual en la edad adulta, aunque más de la mitad de los hombres que sufrieron esta exposición nunca se comportaron violentamente con sus propias parejas.

b) Factores individuales de la víctima (grupos vulnerables)

Aunque la violencia de género es un problema que puede afectar a cualquier mujer, independientemente de su nacionalidad, raza, religión o nivel socioeconómico, existen situaciones de especial vulnerabilidad:

- **Embarazo:** un porcentaje importante de malos tratos por parte de la pareja se inician en este periodo, incluida la violencia física y sexual. A su vez, el embarazo añade dificultad a las posibilidades de separarse de la pareja.

  El maltrato constituye además un importante factor de riesgo, que conlleva un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal.

- **Discapacidad física, sensorial o psicológica:** estas mujeres son más susceptibles de sufrir violencia, debido a diversos factores, como su mayor dificultad para expresarse, su menor capacidad para defenderse, o la dificultad de acceso a la educación y trabajo remunerado, que conlleva una mayor dependencia de terceras personas.

- **Mujeres mayores:** su tolerancia a estas situaciones suele ser alta por tener más asumido culturalmente el rol tradicional de la mujer, y aun cuando son conscientes de la situación de maltrato que sufren, les resulta mucho más difícil decidir cambios o la posibilidad de ruptura con la pareja. Además, en la etapa de la jubilación el número de horas de convivencia aumenta, y algunos hombres tratan de tener un mayor control sobre el tiempo, las actividades y las relaciones de las mujeres.

- **Inmigración:** presentan mayores dificultades de comunicación y expresión debido a las barreras idiomáticas. La precariedad económica y laboral, así como las situaciones administrativas irregulares y el miedo a ser expulsadas del país, dificultan el acceso a los recursos sociosanitarios. Además, con frecuencia desconocen sus derechos y las ayudas disponibles, y tienen una red de apoyo familiar escasa o ausente, especialmente en mujeres recién llegadas al país.

- **Medio rural:** tienen una menor accesibilidad a los recursos, mayor dificultad para la protección y más control social.

- **Infección por el VIH**: pueden tener un temor especial a que se haga público su estado serológico. Este mismo estigma se superpone al relacionado con la violencia de género, lo que puede hacer más difícil su detección.

1.5. Detección de la violencia de género en atención especializada: papel del ginecólogo

La detección de la violencia de género en sus fases iniciales es muy importante, puesto que sus secuelas, tanto físicas como psicológicas y sociales serán menores, y la mujer tendrá una mayor capacidad de recuperación.

Desafortunadamente, la violencia de género es todavía un problema muy infradiagnosticado en el ámbito sanitario: menos del 5% de los casos son detectados, y mayoritariamente en fases tardías, a pesar de que estas mujeres visitan con frecuencia los servicios de salud. Así, en España se estima que una de cada tres mujeres que consultan en atención primaria puede haber sufrido algún tipo de violencia.

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, las **funciones mínimas** que deben desarrollarse en este tema desde el **sistema sanitario** son las siguientes: a) preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia de género, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas; b) estar alerta ante posibles signos y síntomas de violencia de género y hacer su seguimiento; c) ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia de salud o historia clínica; d) ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo; e) informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad; f) mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida; g) estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución; h) evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda; i) establecer una coordinación con otros profesionales e instituciones, y j) colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Las **consultas de obstetricia y ginecología** pueden desempeñar **un lugar destacado en la detección de la violencia de género**. El carácter íntimo de este tipo de consultas, en el que se abordan aspectos como la sexualidad o la planificación familiar, puede favorecer a una relación médico-paciente basada en la confianza, que nos permita abordar este problema. Existen numerosas

oportunidades para poder realizar esta detección: en las consultas de embarazo y puerperio, en las consultas de planificación familiar, o en las revisiones periódicas. Por ello, cada vez más sociedades y organizaciones, como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), abogan por **realizar el cribado universal en todas las consultas de obstetricia y ginecología.**

1.5.1. Signos y síntomas de sospecha de violencia de género

Existen una serie de signos y síntomas que nos deben alertar sobre la posibilidad de existencia de violencia de género.

- **Presencia de lesiones físicas:** hematomas o contusiones en zonas de localización central como cara, cabeza, mamas, brazos, muslos o genitales. Una lesión característica es la rotura de tímpano. Las lesiones por defensa se localizan típicamente en antebrazos y región dorsal.

  Puede existir un retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas y una explicación incongruente de la causa de la lesión. Por otra parte, las lesiones en diferentes estadios de curación indican violencia de largo tiempo de evolución.

- **Síntomas físicos:** la violencia puede ser difícil de diagnosticar, enmascarada en múltiples quejas somáticas, siendo estas mujeres en ocasiones etiquetadas erróneamente como "pacientes difíciles". Así, son frecuentes síntomas como cefaleas, mareos, dificultades respiratorias, molestias gastrointestinales o dolores crónicos.

- **Síntomas psicológicos:** la violencia de género ocasiona un fuerte impacto en la salud mental, pudiendo originar cuadros de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, baja autoestima, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias e incluso intentos de suicidio.

- **Problemas gineco-obstétricos:** una de las manifestaciones de la violencia de género es la ausencia de control de la fecundidad, debido a la negativa o al sabotaje del maltratador. Esto causa un aumento de embarazos no deseados, pudiendo provocar ILE de repetición. La negativa al uso del preservativo por parte de la pareja aumenta las probabilidades de que la mujer se exponga a una ITS, a veces incluso de forma intencionada.

  Entre las quejas somáticas ligadas a la violencia de género, figuran la dismenorrea y **el dolor pélvico crónico.**

  Las **alteraciones sexuales**, como la dispareunia, el bajo deseo o la anorgasmia, son muy frecuentes, ocasionadas por el alto coste emocional que la violencia conlleva y el deterioro de la relación de pareja.

  Por otra parte, la violencia de género aumenta las **complicaciones del embarazo**, como el parto prematuro, el retraso de crecimiento o la muerte perinatal. En el puerperio, son más frecuentes el fracaso de la lactancia materna y la depresión posparto.

Algunos signos y síntomas de alta sospecha de sufrir violencia de género serían el retraso en la atención prenatal, la presencia de lesiones en genitales, mama o abdomen, durante el embarazo, así como el desgarro de la episiotomía en el posparto.

- **Actitud de la mujer:** puede mostrarse temerosa, evasiva o nerviosa, alterándose con facilidad (por ejemplo, al abrirse la puerta). Los sentimientos de culpa o vergüenza pueden provocar retraimiento, dificultando la comunicación (por ejemplo, evitando mirar a la cara). En ocasiones se observa una falta de cuidado personal, y su vestimenta puede indicar la intención de ocultar lesiones. Si está presente el maltratador, la mujer puede mostrarse temerosa en sus respuestas, buscando constantemente su aprobación.

- **Actitud de la pareja:** solicita estar presente durante la entrevista, dificultando la posibilidad de hablar a solas con la mujer. Puede mostrarse **muy controlador**, explicando la enfermedad de la mujer y tomando decisiones por ella, o por el contrario despreocupado, despectivo, intentando banalizar los hechos. Puede también mostrarse excesivamente preocupado o solícito con ella, y dar muestras de cólera o agresividad hacia ella o el profesional.

- **Utilización de los servicios sanitarios:** pueden existir periodos de hiperfrecuentación junto a otros de largas ausencias. Es frecuente el incumplimiento de citas o tratamientos, así como frecuentes hospitalizaciones o el uso repetitivo de los servicios de urgencias.

1.5.2. Detección en la consulta del tocoginecólogo: preguntas a realizar. Instrumentos de cribado y diagnóstico

Para detectar es necesario primero preguntar. Por desgracia, muchas veces el personal sanitario es reacio, debido a diversos factores: falta interés o sensibilidad, insuficiente preparación, inseguridad por no saber cómo actuar en caso de detectar un caso, o temor a la reacción de la mujer. Sin embargo, la OMS recomienda al personal sanitario que **“no tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte”.**

Por tanto, debemos preguntar con regularidad, siempre que sea factible. No existe un patrón oro en cuanto al modo de abordaje, cada profesional debe buscar su propio estilo en función de la singularidad de cada caso. Se considera apropiado empezar con preguntas abiertas, de abordaje psicosocial, como podrían ser las siguientes:

- ¿Cómo van las cosas por casa?

- ¿Qué tal van las cosas con su pareja?/¿Está contenta con su relación de pareja?

Para evitar reticencias de la mujer, del tipo *¿por qué me lo pregunta a mí? ¿Qué sabe de mi pareja?*, una estrategia adecuada antes de realizar estas preguntas es normalizarlas, explicando que, debido

a la alta frecuencia de maltrato, nuestro deber es preguntárselo a todas las mujeres que vemos en consulta, independientemente de su procedencia o nivel socioeconómico.

Más importante que las palabras concretas, debemos **cuidar el lenguaje no verbal** (sonrisa, mirada, postura corporal), transmitiendo empatía y respeto.

Debemos recordar que el solo hecho de **escuchar** constituye un acto terapéutico. Con frecuencia la consulta es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa.

Para realizar un cribado universal, también existen diferentes cuestionarios que la mujer puede cumplimentar, tanto en papel como en dispositivos electrónicos, con una sensibilidad para la detección que puede igualar o incluso superar a la entrevista cara a cara. Entre ellos, cabe destacar el **Woman Abuse Screening Tool (WAST)** por su sencillez, rapidez (su versión corta consta de solo 2 preguntas) y por estar validado en la población española (Tabla 1).

Tabla 1. Woman Abuse Screening Tool (WAST)

En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?		
Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
Usted y su pareja resuelven sus discusiones con		
Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad

Es posible que la mujer niegue sufrir violencia por múltiples razones. Puede no sentirse todavía emocionalmente preparada, sentirlo como un fracaso, como una vergüenza, o tener miedo a las represalias del maltratador. Sin embargo, el hecho de preguntar como algo rutinario favorece que se considere como algo normal, siendo más fácil que la mujer pueda compartir con nosotros su información cuando vuelva a ser preguntada en el futuro.

1.5.3. La entrevista clínica

Una vez que detectamos un posible caso de violencia de género, en la entrevista clínica debemos respetar una serie de principios:

- Asegurar un tiempo y espacio que garantice la confidencialidad, evitando las interrupciones.
- Garantizar que en ningún momento la pareja sepa que la mujer ha revelado su situación. Evitaremos también preguntarle a la pareja, ya que esto podría situar a la mujer en peligro extremo.
- Manifestar respeto y escucha activa transmitiendo empatía, cuidando nuestro lenguaje corporal. La mujer se debe sentir comprendida y no juzgada.
- **Creer a la mujer**. Preguntarle si tiene miedo, y no minimizar el riesgo vital.

- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas. Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.

- Facilitar a la mujer la elaboración de su proceso, concretando las preguntas, ayudando a reflexionar y a tomar conciencia de su situación.

- Garantizar la autonomía de la mujer, evitando actitudes paternalistas y favoreciendo que sea ella la que tome sus propias decisiones, salvo que detectemos riesgo vital o que su estado mental impida tomar medidas de protección básica.

1.6. Actuación del ginecólogo ante la sospecha/certeza de una mujer víctima de violencia de género

1.6.1. La intervención

Las consultas de obstetricia y ginecología pueden desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género, puesto que la mayoría de ellas acude en algún momento de su vida (prevención del cáncer de cérvix, planificación familiar, embarazo, parto y puerperio, menopausia, etc.).

Las mujeres requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un **modelo de atención integral e interdisciplinario.** En dicho modelo cobra gran relevancia el papel de las y los trabajadores sociales, entre cuyas tareas se encuentra la elaboración de un proyecto de intervención integral y la derivación y coordinación con otras instituciones y profesionales dentro y fuera del sistema sanitario.

La intervención se debe adecuar a la fase del cambio y al momento del ciclo de la violencia en que se encuentre la mujer (Tablas 2 y 3):

- **Fase precontemplativa:** la mujer no reconoce el problema. Registraremos en la historia clínica la sospecha, e intentaremos establecer una relación de confianza, mostrando nuestra disposición a ayudarla si lo precisa.

- **Fase contemplativa:** la mujer comienza a tomar conciencia de su situación abusiva. Facilitaremos la expresión de emociones y expectativas, así como de los miedos y dificultades. Identificaremos también apoyos y fortalezas que ayuden al cambio.

- **Fase de preparación:** la apoyaremos en cada iniciativa de cambio, estableciendo el plan más adecuado para conseguirlo. La motivaremos para buscar otros apoyos profesionales y recursos como el trabajo en grupo.

- **Fase de acción:** valoraremos sus progresos, reforzando sus decisiones, prestando especial atención a su seguridad.

- **Fase de mantenimiento:** consolidado el proceso de cambio, la mujer se plantea nuevos proyectos de vida. Potenciaremos su participación en actividades y redes sociales, en la creación de vínculos saludables y en el desarrollo de su autoestima y confianza.

- **Fase de recaída:** la ayudaremos a entender que el camino de la salida de la violencia no es lineal, y que los retrocesos e inseguridades forman parte del proceso. Analizaremos con ella los motivos y situaciones que la llevaron al retroceso, para poder revertirlos y así seguir avanzando hasta consolidar y mantener su autodeterminación.

Tabla 2. Qué hacer

Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
Facilitar la expresión de sentimientos.
Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
Abordar directamente el tema de la violencia.
Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
Creer el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.

Tabla 3. Qué no hacer

No dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente. No dar falsas esperanzas.
No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: “¿Por qué sigue con él? Si usted quisiera acabar, se iría...”.
No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
No recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.
No adoptar una actitud paternalista.
No imponer criterios o decisiones.

1.6.2. Parte de lesiones

El maltrato puede poner en riesgo la salud e incluso la vida de las mujeres y, en su caso, de sus hijos y otras personas de su entorno. Por ello, en España, **el personal sanitario tiene la obligación legal de comunicar el maltrato a las autoridades judiciales mediante el parte de lesiones e informe médico,** que permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer.

La importancia del parte de lesiones radica en que, a veces, es el único instrumento con el que cuentan los juzgados, la única prueba de un posible delito. Por ello, debe tomarse el tiempo necesario para su cumplimentación, describiendo exhaustivamente todas las lesiones y, si es necesario, con la autorización de la mujer, realizando fotografías para que quede constancia de ellas.

Siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

1.6.3. Dilemas éticos. Apoyo de la Fiscalía

Una de las situaciones de mayor dificultad a la que se enfrentan los profesionales sanitarios ocurre cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar. Se ven ante la disyuntiva de cumplir con el deber de comunicar un delito a expensas de quebrar el respeto a la autonomía de las mujeres, así como su derecho a la confidencialidad.

La ley establece que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta, y **debe revelarse el secreto médico ante la sospecha de un delito**, poniéndolo inmediatamente en conocimiento de la justicia

Por otra parte, la comunicación a la Fiscalía desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil en aquellos casos en los que el personal sanitario tenga sospechas de un caso de violencia de género, pero no certeza suficiente como para emitir un parte de lesiones.

2. ATENCIÓN GINECOLÓGICA A LA MUJER VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL

2.1. Concepto y tipos de agresión sexual

La OMS definió en 2002 la **violencia sexual** como “todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la

de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente o dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación".

El **Código Penal** en su reforma de **1995** sobre los **delitos contra la libertad e indemnidad sexuales** considera las siguientes definiciones:

- **Violencia sexual**: cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin consentimiento previo de la víctima, contrario a la voluntad de la misma. Comprende ambos términos, abuso y agresión sexual.

- **Agresión sexual**: el acto que atenta contra la libertad sexual de otra persona es conseguido sin su consentimiento y por medio del uso de violencia o intimidación.

- **Abuso sexual**: el atentado contra la libertad sexual de otra persona ocurre sin su consentimiento, pero sin mediar violencia o intimidación. Se consideran así abusos sexuales los cometidos sobre personas privadas de sentido o con trastorno mental, cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose de una situación de superioridad del agresor de forma que se coarte la libertad de la víctima o aquellos que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante sumisión química.

- **Acoso sexual**: todo comportamiento de índole sexual, ya sea verbal, no verbal o físico, que se emplea con el propósito o efecto de atentar contra la dignidad de una persona.

- **Violación**: el acto de violencia sexual consiste en la penetración con órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal; o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

- **Sumisión química:** uso de agentes químicos, normalmente sustancias psicoactivas, para manipular la voluntad de la víctima y modificar su comportamiento con fin delictivo y/o criminal, principalmente de tipo sexual. Sospechoso en los casos en que a la víctima le haya ocurrido algún hecho extraño, haya aparecido desnuda o con ropa rasgada o mal arreglada, con fluidos sobre el cuerpo, objetos inexplicables, lesiones a nivel oral, anal o genital, se haya despertado con un desconocido o en un lugar extraño, le hayan explicado una situación extraña… Este tipo de actos es cada vez más frecuente en los últimos años, estimándose que hasta un 20-30% de las agresiones sexuales se producen por medio de la sumisión química, si bien solo son denunciadas en torno al 20% de las mismas. Las principales sustancias implicadas en la sumisión química son: alcohol etílico, cannabinoides, benzodiacepinas (alprazolam, flunitrazepam...), hipnóticos (zolpidem), barbitúricos, drogas de abuso (cocaina, opiáceos, anfetaminas, dietilamida de ácido lisérgico [LSD]...) o analgésicos-anestésicos (ketamina, fentanilo, escopolamina conocida como burundanga...).

- **Vulnerabilidad química**: situación en la que se haya aprovechado un consumo voluntario de la víctima de sustancias con efecto psicoactivo o incapacitante de su voluntad con el fin de obtener un beneficio el agresor y llevar a cabo el acto delictivo.

2.2. Importancia de la agresión sexual

2.2.1. Epidemiología

Según datos de la OMS publicados en 2010, un 25% de las mujeres de cualquier edad y hasta un 33% de las adolescentes han sido víctimas de violencia sexual sobre todo por parte de su compañero sentimental.

En España los datos disponibles son obtenidos de registros policiales y estudios en ambientes clínicos o bien a través de organizaciones no gubernamentales, pero dado que se denuncia o notifican una proporción menor de los casos reales, los datos infraestiman la prevalencia real de las agresiones sexuales, la cual es difícil de conocer con exactitud. Parece que hasta un 30% de las víctimas no llegan a consultar o denunciar, debido a sensación de vergüenza o temor a ser culpadas por el entorno o a nivel social o bien por miedo a represalias.

En la figura 1 y en la tabla 4 podemos ver la evolución de la incidencia de delitos sexuales y su tipología penal en España según los registros disponibles en datos anuales desde 2013 hasta 2019. En dichas gráficas se puede observar una tendencia creciente, sobre todo desde 2018, con un predominio de los casos de abuso y agresión sexual.

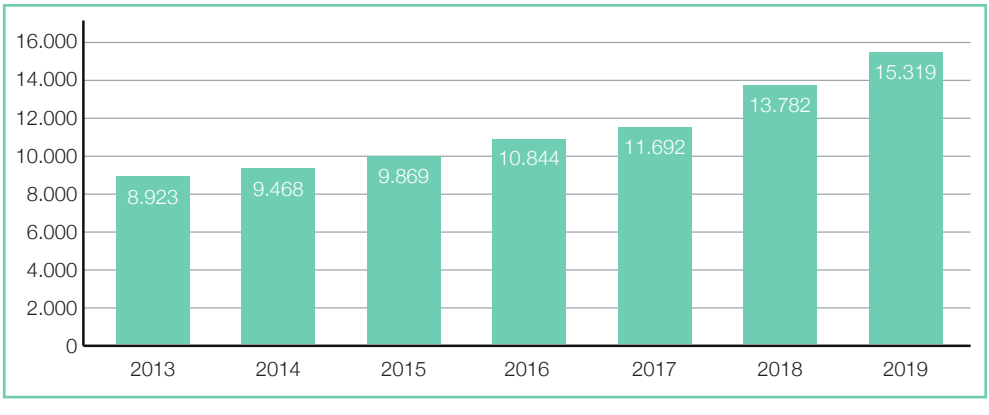

Fig. 1. Hechos conocidos registrados. Datos anuales.

Tabla 4. Evolución de la incidencia de delitos sexuales y tipología penal en España

TIPOLOGÍA PENAL	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Abuso sexual	3.052	3.428	3.712	4.549	4.774	6.066	6.826
Agresión sexual	1.807	1.722	1.626	1.684	1.806	1.917	2.059
Agresión sexual con penetración	1.298	1.239	1.229	1.249	1.387	1.700	1.873
Abuso sexual con penetración	386	383	439	544	749	1.044	1.206
Pornografía de menores	508	625	748	621	767	892	866
Exhibicionismo	642	717	716	701	657	664	690
Corrupción de menores / personas con discapacidad	320	386	432	368	400	268	369
Contacto tecnología menor 16 años	92	116	239	365	394	442	527
Acoso sexual	265	234	251	335	354	443	540
Delitos relativos a la prostitución	452	467	376	304	266	247	248
Provocación sexual	101	151	101	124	138	99	115
TOTAL	9.923	9.468	9.869	10.844	11.692	13.782	15.319

Tomado de López-Gutiérrez et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. Ministerio del Interior. 2019

En la figura 2 queda reflejada la tipología penal de los delitos sexuales en España en el año 2019, objetivándose hasta un 78% de casos catalogados como abuso o agresión sexual.

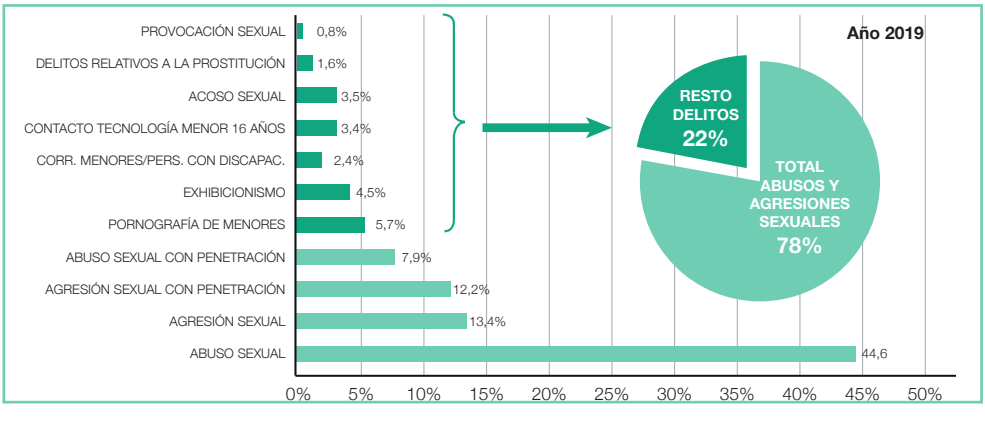

Fig. 2. Tipología penal de delitos sexuales en España en 2019. Tomado de López-Gutiérrez et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. Ministerio del Interior. 2019

Respecto a la distribución por sexo de las víctimas hay un claro predominio del sexo femenino con un 85% de los casos registrados de víctimas de delitos sexuales en mujeres respecto a hombres (Tabla 5) .

Tabla 5. Victimizaciones registradas según sexo. Año 2019

TIPOLOGÍA PENAL	Masculino	Femenino	Desconocido	Total
Abuso sexual	1.039	6.368	6	7.413
Agresión sexual	180	1.918	1	2.099
Agresión sexual con penetración	135	1.609	1	1.745
Abuso sexual con penetración	174	1.104	0	1.278
Exhibicionismo	217	628	2	847
Acoso sexual	55	523	1	579
Contacto tecnología menor 16 años	148	417	0	565
Corrupción de menores / personas con discapacidad	195	279	3	477
Delitos relativos a la prostitución	25	318	3	346
Pornografía de menores	96	129	2	227
Provocación sexual	42	88	0	130
TOTAL VICTIMIZACIONES	**2.306**	**13.381**	**19**	**15.706**

El rango de edad en que las agresiones son más prevalentes oscila entre menores de edad (hasta el 50% de los casos) seguidas por el grupo de entre 18 y 30 años.

Se denuncian unos 7.100 delitos anuales contra la integridad sexual de los que el 40% son agresiones sexuales. Entre el 10 y 35% de las agresiones sexuales son realizadas bajo sumisión química.

Se estima que el 8,9% de las mujeres mayores de 16 años ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida (Figs. 3 y 4).

2.2.2. Consecuencias de la agresión sexual para la salud de la mujer

Sufrir una agresión o abuso sexual supone una de las situaciones más traumáticas que pueden ocurrirle a una persona.

La violencia sexual puede tener múltiples efectos y consecuencias sobre la salud de la persona que la sufre, no solo a corto sino también a largo plazo y afecta a diversas áreas del bienestar de la víctima influyendo a nivel físico, psíquico, sexual y social.

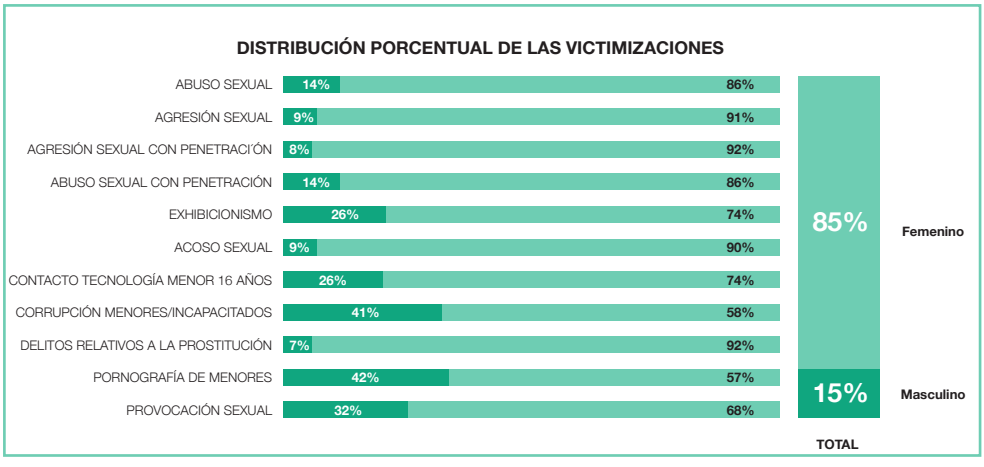

Fig. 3. Distribución porcentual de las victimizaciones por género. Tomado de López-Gutiérrez et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. Ministerio del Interior. 2019

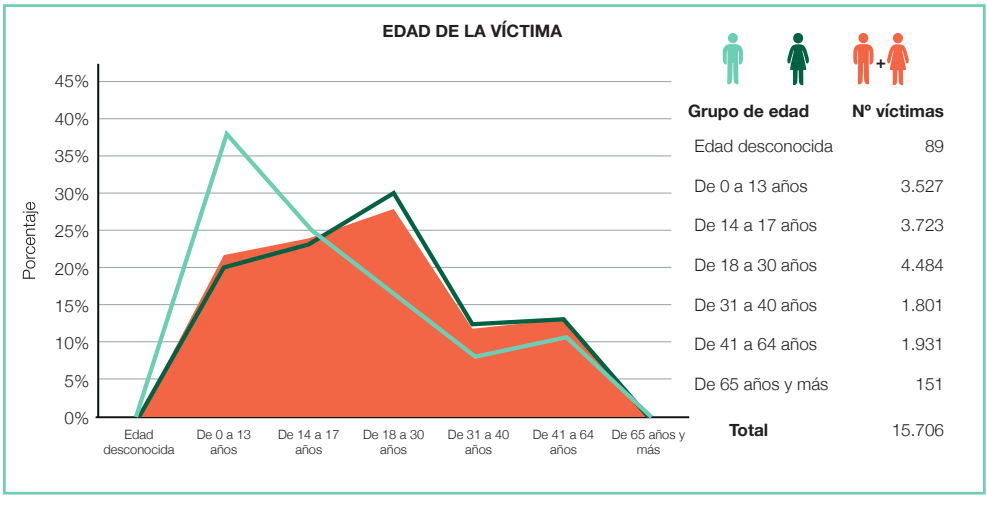

Fig. 4. Distribución de victimizaciones por edad y género. Tomado de López-Gutiérrez et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. Ministerio del Interior. 2019

Consecuencias a nivel físico (agudas y crónicas):

- ITS (virus hepatitis B [VHB], VIH, sífilis, gonococia, clamidias, tricomonas...).
- Embarazo no deseado/posible realización de ILE.

- Lesiones físicas (desgarros, contusiones, sangrados...).

- Limitación o impedimento para la capacidad de disfrute de vida sexual satisfactoria (por causas físicas o estrés postraumático).

- Posibles afectaciones crónicas con afectación de la salud reproductiva.

Consecuencias en la esfera psicológica:

- Síndrome de estrés postraumático (PTSD).

- Ansiedad.

- Depresión.

- Crisis de angustia.

- Manifestaciones relacionadas con la somatización: temblores, sudoración, palidez, trastornos del sueño (insomnio, pesadillas...), alteraciones respiratorias (disnea, taquipnea...) o digestivas (nauseas, vómitos, alteración del apetito...), trastornos del habla (bloqueo emocional, tartamudez, verbalización excesiva...), etc.

- Abuso de drogas o sustancias psicoactivas.

- Trastornos de la alimentación.

- Alteraciones del comportamiento: alteración del habla (mutismo, lenguaje confuso, verbalización excesiva...), hipervigilancia, hiperactividad, nerviosismo, pasividad, temor, mirada huidiza, explosiones de enfado o rabia, sobresaltos, desconfianza, temor al contacto físico, desprecio del propio cuerpo, aislamiento, trastornos de la conducta sexual.

- Otras alteraciones emocionales: miedo, terrores, desamparo, vulnerabilidad, sensación de pérdida de control, *shock*, negación, culpabilidad, confusión, desconcierto, desorientación, vergüenza, impotencia, ira, enfado, sensación de revivir la experiencia (*flashbacks*).

Afectación a nivel social:

- Alteraciones en las relaciones de pareja.

- Alteración de la vida/relaciones familiares.

- Consecuencias a nivel laboral.

- Deterioro de las relaciones sociales o de amistad.

Existen **diversas variables** que condicionan o **agravan las consecuencias** que una agresión sexual puede tener sobre la salud de la víctima que la sufre:

- La **naturaleza de la agresión** (cuanto más daño físico se infrinja, más afectación a diversas áreas y mayor duración de la misma tendrá el acto).

- Las **características de la persona agresora** (el empleo de violencia, amenazas o las posiciones de conocimiento o autoridad sobre la víctima tendrá peor efecto con una influencia social y psicológica más duradera y peligrosa).

- **Respuesta y apoyo del entorno social y familiar de la víctima** (es importante para que las secuelas psicológicas sean menores que la víctima se sienta apoyada y soportada por su entorno sociofamiliar en todo momento).

- **Atención y ayuda recibida por la víctima tras su denuncia por parte de los servicios de seguridad y sanitarios** (un trato correcto con empatía, tacto, cercanía y atención multidisciplinar y lo más protocolizada posible cuando acude al entorno sanitario contribuirá a que las víctimas sientan seguridad, apoyo, favorecerá una mayor captación y disminuirá las secuelas que sufran en el futuro).

2.3. Marco legal en agresión sexual

El **Código Penal** protege el derecho de libertad sexual, entendida esta como la libre determinación de la voluntad de un individuo para:

- Consentir un contacto físico de carácter sexual.

- Utilizar su propio cuerpo con fines sexuales según su propia disposición.

- Elegir compañero o compañeros para sus relaciones sexuales.

- Oponerse o defenderse activamente de tener actos sexuales no deseados.

En el Título VIII de Libro II del Código Penal, arts. 178 al 194, **Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales**, se define claramente que se considera abuso o agresión sexual a cualquier acto que atente contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona realizado sin consentimiento previo de la víctima, tenga o no el agresor relación con ella.

En materia penal se diferencia entre los **delitos de agresión o abuso sexual**. Ambos tienen en común que el acto sexual es contrario a la voluntad de la víctima, pero difieren en que la agresión sexual requiere de violencia o intimidación, mientras el abuso no.

Respecto al concepto de consentimiento en los actos sexuales, se especifica en el Código Penal que serán abusos sexuales no consentidos todos los que se cometan sobre personas privadas de sentido, debido a algún trastorno mental o al uso de fármacos, drogas o sustancias que anulen la voluntad de la víctima. Si el consentimiento se hubiera obtenido a costa del prevalimiento de una situación de superioridad respecto con la víctima, el acto también será considerado abuso sexual.

La edad para considerar un consentimiento sexual como válido según la reforma del Código Penal por la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, son los 16 años. Así, en el Código Penal se especifican casos especiales de abuso o violación de menores con penas más severas para abusos sexuales a menores de 16 años o entre 16 y 18 años, si interviene coacción, engaño o abuso de posición reconocida de confianza, autoridad o influencia de la persona agresora sobre la víctima. Únicamente se excluirá de responsabilidad penal a quien mantenga relaciones sexuales consentidas libremente con una persona menor de 16 años, si ambos son próximos en edad y grado de desarrollo o madurez.

Ciertas situaciones agravan la pena por abuso sexual con prisión de hasta 4-10 años, como aquellos casos en que exista acceso por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías.

Hay diversas situaciones que se consideran en el Código Penal como **agravantes** de cada uno de estos delitos. Así, serán:

Agravantes de agresión sexual (art. 180):

- Violencia o intimidación de carácter degradante o vejatorio.
- Autoría de 2 o más personas que actúen en grupo.
- Víctima susceptible por edad, enfermedad o situación.
- Relación de parentesco.
- Uso de medios especialmente peligrosos capaces de causar la muerte o cualquier otra lesión.

Agravantes de abuso sexual:

- Privación de un sentido.
- Menores de 12 años.
- Trastorno mental.
- Consentimiento obtenido prevaleciéndose de una situación de superioridad.

- Persona vulnerable por edad, enfermedad o situación.
- Engaño (< 16 años).

2.4. Factores de riesgo de agresión sexual

Como se ha visto en el apartado de epidemiología, uno de los principales factores de riesgo para ser víctima de violencia sexual es ser mujer, sobretodo menor de 30 años, ya que entre las menores de edad y las del grupo entre los 18 y 30 años se encuentra hasta el 75% de las víctimas. Entre las menores de edad es más frecuente el abuso mientras que en el segundo grupo predomina la agresión.

Entre los responsables, el 97% suelen ser hombres, con un tercio entre 41 y 64 años, seguidos por el grupo de edad de 18 a 30 años.

Respecto a la nacionalidad de las víctimas, según datos del 2019 consultados, en nuestro país hasta el 77% de las víctimas fueron nacionales, así como el 65% de los agresores. Dentro del 23% de las víctimas no españolas o del 35% de los agresores extranjeros, predominaron aquellos de nacionalidad marroquí o rumana.

La mayor parte de los casos de violencia sexual son episodios agudos ocasionados por desconocidos, pero en un porcentaje no desdeñable los abusos sexuales son cometidos por algún conocido, sobre todo con relación intrafamiliar (hasta el 13% de los casos) (incluyendo pareja o exparejas...), siendo en estos casos más frecuente que se produzca un abuso crónico o recurrente con o sin violencia física de por medio (Fig. 5).

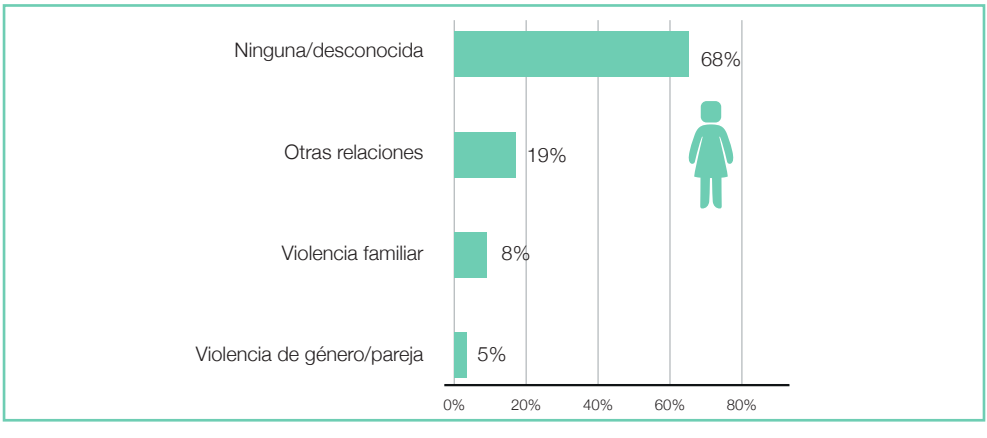

Fig. 5. Relación de la víctima (de sexo femenino) con el autor de la violencia sexual según datos consultados de López-Gutiérrez et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. Ministerio del Interior. 2019

Otros **factores de riesgo** relacionados con la violencia sexual son:

- De tipo **socio-ambiental**: bajo nivel de recursos económicos, dificultades socio-laborales, falta de empleo o precariedad en el mismo, crianza en ambientes marginales o de exclusión social...

- Factores relacionados con el **sistema familiar** que inducen a comportamientos aprendidos o reproducidos por el agresor: vínculos paterno-filiales anómalos, tipologías familiares desestructuradas, problemas de adicción a drogas o alcohol, problemas con la justicia, episodios repetidos de agresividad o maltrato en el entorno familiar, haber sido víctimas de maltrato o abusos sexuales durante su infancia o adolescencia o disciplinas ineficaces con falta de normas...

- Factores **psicológicos individuales relativos con el agresor**: estados emocionales de soledad, depresión, ansiedad o estrés prolongados, consumo excesivo de alcohol o sustancias de abuso, baja autoestima, conductas antisociales, tipologías agresivas, accesos de cólera, personalidades compulsivas, adictivas o psicopáticas o bien aquellas dependientes o solitarias con excesiva introversión con dificultades de relación interpersonal y baja competencia social, problemática con la excitación sexual...

2.5. Atención en urgencias a la mujer víctima de una agresión sexual: papel del ginecólogo

2.5.1. Atención sanitaria en urgencias

a) Recepción y acogida

La paciente víctima de una agresión sexual precisa de **asistencia multidisciplinar** en el ámbito **hospitalario**, en condiciones de **privacidad y seguridad.**

Una agresión sexual siempre ha de ser considerada una **urgencia sanitaria**. Se le debe asignar **un nivel II de triaje**, por lo que el tiempo hasta la atención de la paciente ha de ser el mínimo posible, ya que ciertas pruebas pueden verse alteradas con el paso del tiempo.

Si presentase lesiones físicas graves o compromiso vital, deberá ser atendida primero en urgencias generales hasta su estabilización.

Recibiremos a la paciente en el área de ginecología en un espacio independiente donde podrá estar acompañada si así lo desea. Mostraremos una actitud empática y escucha activa, sin emitir juicios. Procuraremos generar un ambiente respetuoso y de apoyo, evitando realizar un exceso de preguntas, lo que podría inhibir la comunicación. En todo momento explicaremos a la paciente las acciones que vamos a llevar a cabo y obtendremos su consentimiento previo a proceder a la exploración y recogida de muestras. También le indicaremos que evite realizar acciones que pudieran alterar pruebas como orinar, beber, lavarse, etc.

Debemos preguntar a la mujer por su intención de presentar denuncia, informándole de los beneficios de la misma. También le comunicaremos que independientemente de ello, tenemos la obligación de contactar **SIEMPRE con el Juzgado de Guardia** para comunicar la existencia de un caso, así como de cumplimentar el parte de lesiones.

Las pacientes menores de edad serán exploradas siempre a solas. En menores de 14 años, tras haber escuchado la versión de los padres, y en mayores de 14 años será la paciente quien deba dar su consentimiento para que el médico hable con los padres/tutores.

b) Anamnesis

La anamnesis y exploración se deberá realizar con el **mínimo número de personas presentes** y siempre **con al menos una mujer**. Esperaremos a la llegada del médico forense en los casos en que vaya a acudir para después proceder a una valoración y **exploración conjunta ginecólogo-forense,** minimizando así las veces que la paciente ha de relatar el episodio (Tabla 6).

¿Cuándo sospechar sumisión química?

La sumisión química se define como la administración de sustancias psicoactivas con fines delictivos y/o criminales, principalmente de tipo sexual.

Se debe sospechar en víctimas que recuerden encontrarse en un lugar público tras lo cual presentan amnesia de varias horas de duración. Frecuentemente relatan algún hecho extraño como haber aparecido desnudas, con ropa desarreglada, en un lugar o con alguna/s persona/s desconocida/s, con fluidos por el cuerpo y objetos inexplicados o con lesiones orales, anales o genitales que no recuerdan presentar previamente.

c) Valoración psicológica

Debemos asegurarnos de que la paciente se encuentra psicológicamente estable para proceder a la exploración (Tabla 7).

d) Exploración física

Realizaremos primero una **exploración general** examinando la totalidad de la superficie corporal en busca de lesiones, incluida la boca en caso de contacto buco-genital.

A continuación, procederemos a la **exploración ginecológica** que consistirá de:

- **Inspección** vulvovaginal, perineal y de región anal.
- **Especuloscopia** con espéculo de plástico desechable humedecido con **suero fisiológico** y nunca con lubricante para evitar alterar pruebas.

Tabla 6. Preguntas a realizar durante la anamnesis

Información sobre el asalto
Fecha, hora, lugar, circunstancias
Por quién fue atacada, si era alguien conocido
Tipo de agresión
Física
Oral
Anal
Vaginal
Asociación voluntaria de sustancias
Alcohol, drogas
Acciones llevadas a cabo tras la agresión que pudieran alterar pruebas
Aseo personal
Cambio de ropa
Orinar/defecar
Toma de medicamentos/drogas
Antecedentes médico-quirúrgicos
Tratamientos habituales, anticonceptivos
Estado vacunal: Hepatitis, A, B, vírus del papiloma humano (VPH), tétanos
Profilaxis posexposición no ocupacional (PPNO) previamente a VIH
Alergias
Antecedentes gineco-obstétricos
Menarquía, fórmula menstrual (FM), fecha última regla (FUR), paridad
Método anticonceptivo
Fecha de última relación sexual voluntaria
Alteraciones en el flujo vaginal
Antecedente de ITS
Posibilidad de embarazo actual
Antecedentes de agresiones previas

Tabla 7. Alteraciones psicológicas tras una agresión sexual

Valoración del estado emocional
Shock
Negación
Culpabilidad
Temor a una nueva agresión
Enfado, furia
Manifestaciones somáticas
Temblor
Llanto
Sudoración excesiva
Alteraciones respiratorias o digestivas
Alteraciones del habla
Tartamudez
Bloqueo
Verborrea
Mutismo
Alteraciones del comportamiento
Hiperactividad
Ansiedad
Pasividad
Desorientación

- **Tacto bimanual y ecografía transvaginal**: no es necesario realizarlos de rutina. Se llevarán a cabo cuando se precise, según criterios clínicos.

Debemos detallar en el informe la **descripción de las lesiones** o la ausencia de las mismas: arañazos, hematomas, heridas, erosiones, señales de prensión manual. Se podrá adjuntar un **esquema** de las mismas (en el parte de lesiones) o **documentación fotográfica** tras adquirir el consentimiento de la paciente.

e) Pruebas complementarias y recogida de muestras

La toma de muestras se realizará de forma simultánea a la exploración física. Ambos apartados se exponen por separado en este protocolo para facilitar su comprensión.

Recomendamos disponer en urgencias del **kit de agresiones sexuales** elaborado por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Dicho kit facilita la recogida sistemática de muestras y contiene todo lo necesario para llevarla a cabo, así como las instrucciones para su adecuado uso. Debemos evitar abrir la caja antes de la llegada del médico forense.

A medida que vayamos recogiendo las muestras nos aseguraremos de su correcta identificación con los datos de la víctima. Diferenciamos el tipo de muestras según sean de interés legal o clínico.

e.1) Muestras de interés legal

Precisan **cadena de custodia** y son válidas si están recogidas en los **primeros 7 días** tras la agresión (incluso hasta 10 según el tipo de agresión), aunque son de mayor validez si son recogidas en las primeras 72 horas. Una vez pasada la primera semana, es recomendable siempre consultar al juzgado para decidir si proceder o no a la recogida de dichas muestras.

Serán **recogidas por el médico forense** (o en su defecto por el ginecólogo en presencia del forense) individualizando en cada caso las que sean necesarias según el tipo de agresión sufrida por la víctima.

1. **Toma de muestras de fluidos corporales** (saliva, sangre, semen) de la superficie corporal de la víctima mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada.

2. **Detección de esperma** en vagina, ano, cavidad oral y orofaringe. Se obtendrán dos tipos de tomas:

   - **Toma directa con hisopo seco**. En caso de penetración bucal, insistir especialmente detrás de los incisivos y premolares.

   - **Lavado con suero fisiológico**. Lavaremos la cavidad pertinente (según el tipo de agresión) con 40 cc de suero fisiológico estéril que recogeremos en 2 jeringuillas de 20 cc cada. Posteriormente introduciremos su contenido en un bote/tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente. Será realizado, en último lugar, tras la recogida de muestras para cultivo de ITS.

3. **Ropas**: se **colocará cada prenda en una bolsa independiente**.

4. **Peinado de vello púbico**.

5. Raspado de cara interior de las **uñas**.

6. Ante la sospecha de sumisión química solicitaremos **prueba de tóxicos**, aunque un resultado negativo no la descarta.

    - Etanol en sangre.

    - Tóxicos en orina según disponibilidad de cada centro. Se solicitará preferiblemente en las 6 primeras horas recogiendo 2 muestras, una con fines asistenciales y otra con fines judiciales (precisa cadena de custodia a cargo del médico forense).

e.2) Muestras de interés clínico

Serán recogidas por el **ginecólogo** y debemos remitir a la paciente a consulta para resultados.

1. **Hemograma y bioquímica** con perfil hepático y renal, especialmente si se va a iniciar profilaxis antirretroviral.

2. **Determinación de grupo sanguíneo y Rh.**

3. **Serologías** previo consentimiento de la paciente: sífilis, VIH, virus hepatitis C (VHC), VHB – HbsAg, AntiHBc, **AntiHBs**.

4. **Test de gestación** (orina vs. sangre) que se repetirá a las 3 semanas si la paciente no tiene regla.

5. **Cribado de infecciones de transmisión sexual**: toma vaginal y endocervical con hisopo estéril de algodón para *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Valorar toma de región anal/bucal según el tipo de agresión. Estas muestras también pueden presentar interés de carácter legal.

Al finalizar la exploración ofreceremos a la paciente la **posibilidad de aseo**.

f) Tratamiento médico a la víctima de una agresión sexual

El tratamiento en mujeres víctimas de violencia sexual se divide en 3 ámbitos que desarrollaremos a continuación: profilaxis de enfermedades infecciosas, de embarazo no deseado y atención psicológica.

Resulta de utilidad disponer en urgencias de un **kit básico con la medicación** para agilizar su administración al presentarse un caso.

f.1. Profilaxis de enfermedades infecciosas

- Gonococia, Chlamydia, Trichomonas:

Consistirá de una dosis única de: ceftriaxona 500 mg intramuscular (IM) + azitromicina 1 g vía oral (VO) + tinidazol/metronidazol 2 g VO.

Se recomienda la pauta con tinidazol frente a metronidazol ya que existe la presentación de 500 mg (Tricolam®) y completaríamos la dosis con 4 comprimidos frente a los 8 de metronidazol, que tan solo se encuentra disponible en comprimidos de 250 mg.

Gestantes: misma pauta. Tinidazol contraindicado en el primer trimestre, utilizar metronidazol.

Alérgicas: administrar dosis única de gentamicina 240 mg IM + azitromicina 2 g VO + tinidazol/metronidazol 2 g VO.

Si existe intoxicación etílica: retrasaremos la administración de esta pauta dando prioridad a la profilaxis VIH y la anticoncepción de urgencia.

Nota: No se ha demostrado que haya una profilaxis efectiva contra el herpes genital.

-VIH: profilaxis postexposición (PEP)

Individualizar según el tipo de agresión y el riesgo de contagio. Se recomienda en casos de penetración vaginal, anal u oral con o sin eyaculación. Siempre debemos consensuarlo con la víctima ya que el tratamiento puede presentar efectos secundarios, principalmente a nivel digestivo, y tiene una duración de 4 semanas.

Priorizaremos la profilaxis contra VIH frente al resto de tratamientos ya que presenta mayor efectividad si se inicia en las 6 primeras horas tras la exposición. No administrar nunca si han pasado más de 72 h desde la misma.

Pauta: Isentress® 600 mg 2 comprimidos/24 h (raltegravir) + Truvada® 1 comprimido/24 h (emtricitabina/tenofovirdisoproxil) durante 4 semanas.

-VPH

Algunas guías recomiendan la vacunación en mujeres no vacunadas o con pauta incompleta entre los 9 y 26 años.

-VHB

Se deberá administrar profilaxis en aquellas pacientes que no estén vacunadas. En España la vacuna se fue introduciendo en los diferentes calendarios vacunales a partir de 1980, por lo que la mayoría de personas nacidas a partir de esa fecha están vacunados contra la hepatitis B si han seguido el calendario vacunal.

La serología con HBsAg positivo indica que la paciente se encuentra vacunada/inmunizada por lo que no requiere vacuna.

Si precisa profilaxis, administraremos en urgencias una dosis de gammaglobulina antiHb y la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Posteriormente, remitiremos a la paciente para completar la vacunación donde proceda según el circuito establecido en cada hospital (a su centro de salud/ servicio de preventiva/servicio de enfermedades infecciosas).

-Tétanos

Valorar la profilaxis según el estado vacunal si la paciente presentase heridas inciso-contusas. Sus indicaciones se recogen en la tabla 8:

Tabla 8. Indicaciones profilaxis vacunación previa del tétanos

VACUNACIÓN PREVIA	HERIDA PEQUEÑA, LIMPIA		OTRAS HERIDAS	
	Toxoide	IG	Toxoide	IG
Desconocida o < 3 dosis	Sí	No	Sí	No
≥ 3 dosis	Solo si última dosis > 10 años	No	Solo si última dosis > 5 años	No

Menores de edad

No se recomienda la profilaxis generalizada. Evaluaremos el riesgo individual de transmisión de enfermedades infecciosas y, ante un caso de alto riesgo, plantearemos la introducción de profilaxis antibiótica, VHB y VIH tras la recogida de muestras microbiológicas. Iniciar vacunación contra el VPH a partir de los 9 años.

f.2. Prevención de embarazo no deseado

Según el tipo de agresión sufrida por la víctima y su método anticonceptivo habitual informaremos sobre las diferentes opciones de anticoncepción de urgencia:

- Si han transcurrido < 72 h desde la agresión: levonorgestrel 1,5 mg VO dosis única (Norlevo®, Postinor®).
- Si han transcurrido entre 72 y 120 h (5 días): acetato de ulipristal 30 mg VO dosis única (Ellaone®).
- Si han transcurrido menos de 120 h también podemos proceder a la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre si hay disponibilidad en nuestro centro.

f.3. Atención psicológica

- **Fase aguda**: apoyo por el equipo que atiende a la paciente. Administrar ansiolítico si la paciente lo precisa y desea, y ofrecer intervención por psiquiatría de guardia si fuera necesario.

- **Fase crónica**: informar e insistir en la posibilidad de recibir apoyo psicológico por parte de los **Servicios Sociales o por Salud Mental** de nuestra área. Podemos gestionarle una cita inmediatamente a través del **teléfono 012/016.**

La tabla 9 recoge las consecuencias, tanto físicas como psicológicas y sociales, de la violencia sexual en la víctima.

Tabla 9. Consecuencias de la violencia sexual en la víctima

Físicas
Infecciones de transmisión sexual y urinarias
Embarazo no deseado
Irregularidad menstrual
Dispareunia, dolor pélvico crónico
Retraso en el diagnóstico de lesiones cervicales por evitación del cribado
Psicológicas
Síndrome de estrés postraumático
Suicidio
Ansiedad, depresión
Somatización
Abuso de sustancias
Trastorno de alimentación
Trastorno de la conducta sexual
Sociales
Afectación de las relaciones: de pareja, familiares, laborales
Factor de riesgo para sufrir nuevas agresiones

2.5.2. Atención legal de urgencia

Como ya hemos mencionado previamente, en todos los casos sugestivos de violencia sexual debemos **comunicarnos con el Juzgado de Guardia**. Desde el juzgado enviarán al médico forense dependiendo de la intención de la paciente de interponer o no denuncia.

La cumplimentación del **parte de lesiones** es de carácter **obligatorio** en todos los casos. Se realizarán tres copias del mismo: una para remitir al juzgado, otra para guardar en la historia clínica y una tercera que entregaremos a la víctima.

Excepcionalmente, en caso de que la paciente se niegue a que quede constancia del suceso mediante el parte de lesiones, se procederá a contactar con la Fiscalía registrándolo correctamente en la historia.

2.6. Atención poscrítica a la mujer víctima de una agresión sexual: papel del ginecólogo

2.6.1. Seguimiento médico/psicológico

Sufrir una agresión sexual puede conllevar graves consecuencias para la víctima en diferentes ámbitos. No debemos proceder a dar el alta hospitalaria sin una cita para seguimiento en la que comprobar el correcto cumplimiento de los tratamientos pautados, procurar apoyo psicológico y prevenir las secuelas tras la agresión. Favorece el seguimiento y la asistencia a la cita si la paciente conoce su fecha y hora antes de abandonar el centro hospitalario.

También es conveniente informar a la víctima de todos los recursos de apoyo extrahospitalarios de que dispone según la comunidad autónoma y provincia. A nivel nacional contamos con el **Teléfono Nacional de Atención a la Mujer (016)** que se encuentra disponible 24 h para víctima y profesional.

Sería recomendable que **cada hospital estableciera el circuito de seguimiento** de estas pacientes, ya que en muchos casos precisarán un equipo multidisciplinar. También resulta de utilidad **entregar la información por escrito del plan de tratamiento y seguimiento** ya que en muchas ocasiones el estado emocional de la víctima le impide posteriormente recordar los detalles.

En líneas generales, recomendamos las siguientes visitas con los siguientes objetivos:

1.ª visita en los primeros 7-10 días tras la agresión:

- Evaluar la evolución de las lesiones que pudiera presentar.
- Resultado de cultivos vaginales. Si fueran negativos se realizará una nueva toma.
- Nueva valoración psicológica. Ofertaremos seguimiento por Salud Mental si así lo precisa.

2.ª visita a las 4-6 semanas:

- Resultado de pruebas solicitadas en la anterior visita.
- Repetir test de gestación si la paciente no ha reglado. En caso de ser positivo le informaremos de sus opciones de interrupción legal de la gestación.
- Solicitar nueva serología para VIH y sífilis si previamente son negativos.

- Nueva valoración psicológica. Ofertaremos seguimiento por Salud Mental si así lo precisa.

3.ª visita a los 2-6 meses:

- Serología VIH y sífilis.
- Realizar citología.
- Valoración psicológica.

Casos en que se haya iniciado PEP

- Idealmente se recomienda la reevaluación del tratamiento por un experto en VIH en las siguientes 48-72 h con el objetivo de determinar la adherencia y tolerancia al mismo.
- A las 4 semanas se realizará una analítica con perfil hepático, VHC-PCR y serología VHC.
- Nueva serología para VIH al finalizar la PEP y 1 mes después.

2.6.2. Atención legal

Todo el proceso debe ser correctamente y minuciosamente documentado en la historia clínica ya que el ginecólogo puede ser llamado como testigo en el juicio en los casos en que se interponga denuncia.

En la figura 6 vemos un resumen de la atención en urgencias y durante el seguimiento inicial a la mujer con sospecha de ser víctima de una agresión sexual: papel del ginecólogo.

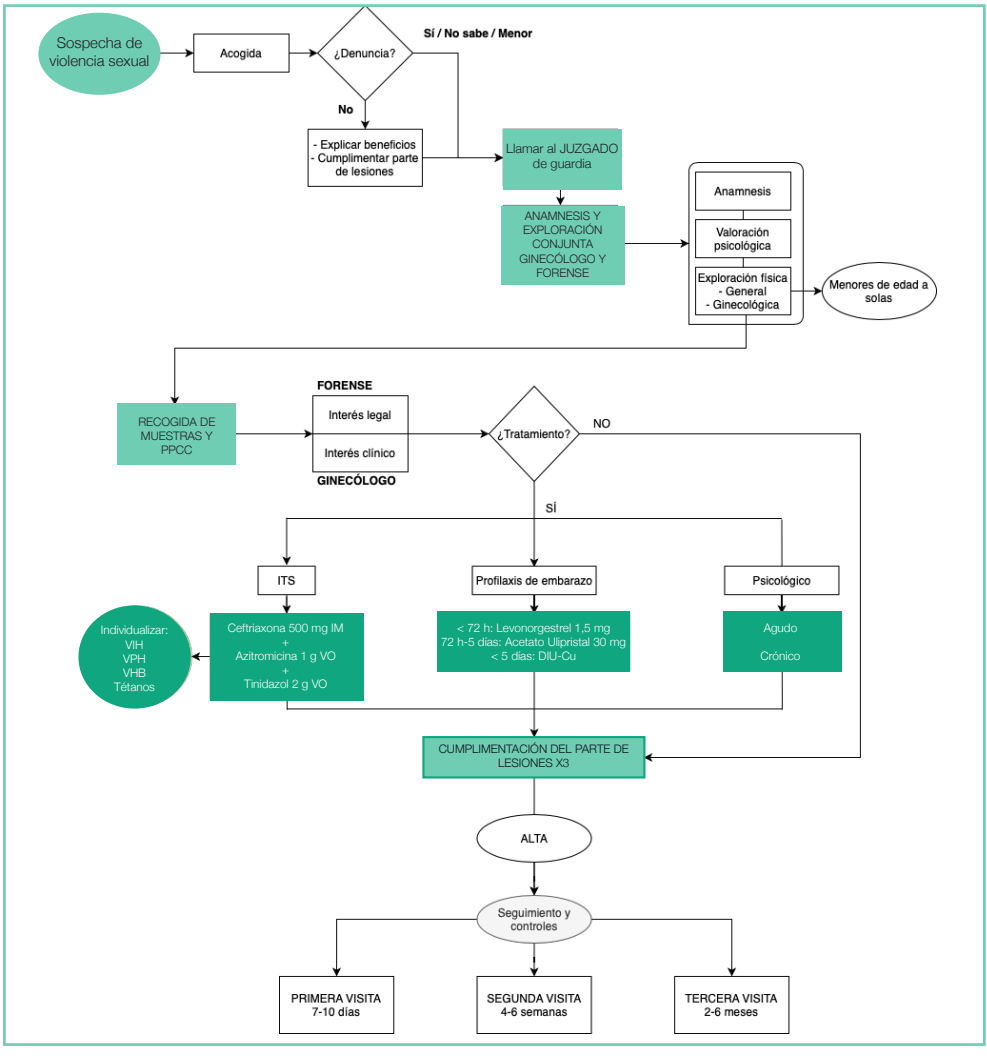

Fig. 6. Atención en urgencias y durante el seguimiento inicial a la mujer con sospecha de ser víctima de una agresión sexual: papel del ginecólogo.

3. CONCLUSIONES

Este **Documento de Consenso** pretende, por un lado, dar una visión general de cómo debe ser la **atención a la mujer víctima de violencia de género y/o agresión sexual** por parte del especialista en obstetricia y ginecología en nuestro país y, por otro, y creemos más importante aun, **concienciar** a nuestros compañeros/as de la **importancia de la detección precoz de la violencia de género** entre nuestras pacientes, para evitar situaciones de extrema gravedad en el futuro, y de

un **correcta atención a una posible víctima de una agresión sexual**, para prevenir o mitigar el síndrome de estrés postraumático y para colaborar con la justicia a esclarecer un posible delito.

Debemos tener en cuenta que cuando las mujeres acuden al ginecólogo/a no suelen mencionar estar sufriendo una situación de violencia de género a menos que se les pregunte directamente sobre ello. Sufren en silencio, sin confiar en nadie, y solo las manifestaciones más visibles (violencia física o agresión sexual) podrán ser identificadas. La legislación y los protocolos establecen la **obligatoriedad** de que todos los profesionales de ciencias de la salud, y especialmente el **ginecólogo ("el médico de la mujer")** estemos **formados en la detección y atención a la violencia de género**. La sensibilización de todos/as los ginecólogos/as en este asunto y la oferta desde **la SEGO de programas de formación continuada** al respecto que mejoren la capacitación en aspectos comunicativos y legales, así como en la comprensión del ciclo de la violencia de género y la capacidad para detectar los signos y síntomas de la misma, mejorarían la detección y atención a la violencia de género en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva de nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Menéndez AI. Violencia de pareja hacia la mujer. Guía Clínica Fisterra [Internet]. Fecha de la última revisión: 13/01/2020. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/violencia-genero/.
2. ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. Obstet Gynecol 2012;119(2 Pt 1):412-7.
3. Weil A. Intimate partner violence: Diagnosis and screening [Internet]. Walthman (MA): UpToDate; 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-diagnosis-and-screening.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012 [Internet]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf.
5. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG) Año 2019 [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/evdvg_2019.pdf
6. Hussain N, Sprague S, Madden K, Hussain FN, Pindiprolu B, Bhandari M. A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse 2015;16(1):60-9.
7. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. Gac Sanit 2020;34(6):595-600.
8. Fernández Alonso MC, et al. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género 2017 [Internet]. Gerencia regional de salud, Junta de Castilla y León. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/documentos-publicaciones/documentos-institucionales.ficheros/1121163-Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20de%20actuaci%C3%B3n%20sanitaria%20ante%20la%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero.pdf

9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Agresión sexual. Guía de Asistencia Práctica [Internet]. Disponible en: https://sego.es/Guias_de_Asistencia_Practica

10. Larrotta Castillo R, Rangel-Noriega KJ. Agresor sexual. Aproximación teórica a su caracterización. Informes Psicológicos 2013;13(2):103-120.

11. López-Gutiérrez J, et al. Informe sobre los delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España 2019 [Internet]. Ministerio del Interior. Gobierno de España. Disponible en: http://www.interior.gob.es/documents/642317/12812393/Informe_delitos_libertad_indemnidad_sexual_Espa%C3%B1a_2019_126210034.pdf/af914177-ccc7-4d6f-800b-e00637e87548

12. Ministerio de Justicia. Código Penal y legislación complementaria. En: Código Penal. BOE, pp. 67–73. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1999/05/01/pdfs/A16099-16102.pdf

13. Ministerio del Interior. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual 2018 [Internet]. Disponible en: http://www.interior.gob.es/documents/10180/0/Informe+delitos+contra+la+libertad+e+indemnidad+sexual+2017.pdf/da546c6c-36c5-4854-864b-a133f31b4dde

14. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

15. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Protocolo de actuación sanitaria ante mujeres víctimas de violencia sexual del Área de Salud de Valladolid Oeste (ASVAO) 2019.

16. Suárez Ramos A, et al. Actuación ante agresiones sexuales. En Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género, Guías Rápidas 2019 pp. 69–76. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaRapidaProtocoloVG.2019.pdf

17. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence WHO/RHR/14.26 A clinical handbook. Ginebra: World Health Organization; 2014.

18. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: World Health Organization; 2014. ISBN 9789241548595. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1.

19. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: World Health Organization; 2003.

20. World Health Organization. Rape: How women, the community and the health sector respond. Sexual Violence Research Initiative. Ginebra: World Health Organization; 2007.

21. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales violencia contra las mujeres 2007.

22. Inciarte A, Leal L, Masfarre L, González E, Díaz-Brito V, Lucero C, et al. Post-exposure prophylaxis for HIV infection in sexual assault victims. HIV Medicine 2020;21(1):43-52.

23. Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benéitez OL, Díez Sáez C. Sexually transmitted infections in the context of a sexual assault. Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica 2019;37(3):187-94.

24. Walensky RP, Jernigan DB, Bunnell R, Layden J, Kent CK, Gottardy AJ, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines Centers for Disease Control and Prevention 2021.

25. Martínez E, Arribas JR, Polo R, et al. Documento de consenso de GESIDA/plan nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana 2020 [Internet]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf

26. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual en el área de salud de Gran Canaria.

27. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y Leónn. Proceso de atención integrada ante las agresiones sexuales 2020.

28. EACS European AIDS Clinical Society. Guía clínica EACS 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: http://www.eacsociety.org

29. ACOG committee opinion. Committee on Health Care for Underserved Women Sexual Assault [Internet]. 2019. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal

30. GESIDA. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes 2017 [Internet]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf

31. Bates CK. Evaluation and management of adult and adolescent sexual assault victims [Internet]. Walthman (MA): UpToDate; Disponible en: https://www.uptodate.com/

32. Alonso Jiménez EM, Ramón Blanco J, Dueñas C, Fernández Escribano M, Fumaz C, García F, et al. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC entre adultos y niños 2017 [Internet]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf

33. Alonso Llamazares MJ. Protocolo anticoncepción de urgencia. Sociedad Española de Contracepción; 2019.

34. De la Puente Campano E, de Miguel Sesmero JR, Estébanez Ortega A, Estévez Tesouro J, Freijo Martín MC, Guillen Navarro P, et al. Protocolo de atención sanitaria de víctimas de agresiones/abusos sexuales. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.