



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Grado

**ABORDAJE DE LA VIOLENCIA SEXUAL
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:
UNA PERSPECTIVA ENFERMERA**

Autora: Beatriz Gómez Martín

Tutor: Pedro Gabriel Martín Villamor

AGRADECIMIENTOS

A Pedro, mi tutor, y a mi amiga Sandra, por guiarme.

A todas las mujeres de mi vida por inspirarme día tras día.

A mis padres, por su confianza, por darme alas.

RESUMEN

Introducción y justificación: La violencia sexual es un vértice de la violencia de género y la actuación del colectivo sanitario constituye una herramienta básica en su abordaje. El papel de la enfermería en los Servicios de Urgencias, constituye una primera línea de contacto con las víctimas.

Objetivo: El objetivo principal es analizar las actividades de enfermería que se realizan en los Servicios de Urgencias para el abordaje de la violencia sexual así como plantear propuestas de mejora en la atención inmediata a las víctimas.

Material y métodos: se realiza una revisión bibliográfica semicualitativa de la literatura científica en las bases de datos científicas más habituales.

Resultados: En 2012, se publicó a nivel nacional la Guía Clínica de Asistencia contra la Violencia de Género. En Castilla y León, la Guía Clínica Asistencial contra la Violencia de Género estandariza todas las intervenciones relacionadas con el abordaje de la violencia sexual.

Discusión: El manejo de la violencia sexual es un desafío sociosanitario que está comenzando a emerger como la punta del iceberg de un problema que ha permanecido oculto. Una revisión de las intervenciones que mantenga como eje transversal la humanización asistencial mejoraría el abordaje de esta problemática desde todos los ángulos del sistema sanitario.

Conclusiones: Los equipos asistenciales no se encuentran debidamente formados en materia de género. La visibilidad de la violencia sexual y la formación docente mejoraría notablemente el pronóstico de esta situación.

Palabras clave: Violencia sexual, violencia de género, personal de enfermería, Servicios de Urgencias Hospitalarias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	4
2. OBJETIVOS	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos	6
3. MATERIAL Y MÉTODOS	7
3.1. Tipo de estudio	7
3.2. Bases de datos y estrategia de búsqueda	7
3.3. Límites aplicados a la búsqueda: criterios de inclusión y exclusión	8
4. RESULTADOS	9
4.1. Marco teórico: la violencia sexual desde el ámbito sanitario.....	9
4.2. Protocolo de actuación en Castilla y León: abordaje asistencial de las víctimas de violencia sexual desde los Servicios de Urgencias Hospitalarias.....	12
5. DISCUSIÓN	19
5.1. Violencia sexual: la punta del iceberg de un problema aún invisible	19
5.2. Conocimientos, actitudes y habilidades del personal sanitario en competencias de género	21
5.3. ¿Cómo se puede mejorar la asistencia sanitaria a las víctimas de violencia sexual?	23
5.4. Futuras implicaciones para la práctica clínica y nuevas tendencias de investigación	25
6. CONCLUSIONES	29
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
8. ANEXOS.....	34

1. INTRODUCCIÓN y JUSTIFICACIÓN

La violencia contra las mujeres es una manifestación de desigualdad y sumisión de las relaciones de poder que ejercen los hombres sobre las mujeres. Ésta se ejerce por la diferencia subjetiva que existe entre el género masculino y el femenino, y cómo, históricamente, la mujer ha estado situada en un área de subordinación frente a la autoridad y dominio masculino.

La violencia de género es todo acto violento basado en el género y que pueda producir algún efecto patológico sobre la salud física, sexual, psicológica o social, así como amenazas, actos de coacción o la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada de las mujeres por parte de hombres con quienes mantengan o hayan mantenido una relación sentimental. Las mujeres que sufren violencia de género pueden pertenecer a cualquier estrato social, edad, orientación sexual, cultura, nivel educativo y económico (1).

La violencia sexual es todo acto sexual sin consentimiento, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o usar de otro modo la sexualidad femenina mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima (2).

La violencia histórica que han sufrido las mujeres ha sido un instrumento activo en la discriminación que ha consolidado desigualdades patriarcales que aún emergen en la actualidad. La tradición de dominio masculino, la privación de privilegios, libertad y derechos y las reglas sociales de convivencia constituyen conductas históricas de violencia que las estructuras sociales han asumido sin evaluar sus consecuencias y se han consagrado como modelos.

Aun teniendo en cuenta su magnitud, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), no se posicionó contra la violencia contra las mujeres hasta 1993. Afirmó que *“la violencia contra la mujer constituye un obstáculo para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz; que constituye una violación de los derechos humanos y las libertades (...)”*. La Organización Mundial de la Salud (OMS), no reconoció la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública hasta 1998 (3).

En referencia a la violencia sexual, existen escasos estudios representativos y los datos registrados provienen de encuestas de delincuencia o registros policiales y judiciales

que no son notificados en su totalidad. La escasa publicación de estudios estadísticos y las cifras que permanecen ocultas en este tipo de documentos llevan a la subestimación de cifras de esta situación, que sigue permaneciendo oculta. La OMS no publica hasta 2013 un estudio sistemático de datos mundiales sobre la prevalencia de la violencia que sufren las mujeres, ejercida por sus parejas o por otras personas. Aporta datos epidemiológicos específicos de violencia sexual y la reconoce como una forma de violencia que sufren las mujeres por su condición femenina, es decir, la reconoce como una forma más de violencia de género (4).

La actualidad dista de los hechos históricos relatados, sin embargo, esto no subestima la envergadura de la violencia contra las mujeres a nivel nacional e internacional. La OMS estima que el 35% de la población femenina mundial ha sufrido violencia física o sexual a manos de sus parejas o violencia sexual por terceros (4). Los datos en España, según La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer realizada en 2019 (5), evidencian que la prevalencia de violencia sexual es del 27,7%. Además, un 78,2% de mujeres afirman haber sufrido acoso sexual, un 12,4% haber sufrido agresiones sexuales colectivas y un 38,2% una violación fuera de la pareja. Estos datos elevan la cifra de asesinatos por cuestiones de género en España a 105 en 2019 y 45 en 2020, según el Ministerio de Igualdad (6) y el Instituto de las Mujeres (7).

La legislación española recoge en el Título VIII, de Delitos contra la libertad e intimidades sexuales, del Código Penal (8) las consecuencias jurídicas que conlleva cualquier forma de violencia sexual. Estas conductas no están reconocidas como violencia de género ya que las víctimas no se encuentran dentro del ámbito de pareja. En el plano legal, la violencia sexual no se reconoce como una forma de violencia de género que padecen las mujeres por su condición femenina. No obstante, socialmente, la violencia sexual, en todas sus conductas, no se concibe como un fenómeno aislado sino como una forma más de violencia contra las mujeres que perpetúa la histórica desigualdad. En el mundo sanitario, los diferentes comportamientos que engloban el concepto de violencia sexual se encuentran integrados dentro de los protocolos de actuación y guías clínicas de la atención y abordaje de violencia de género. En ellos se especifican las formas correctas de detección y actuación para contener este problema de salud pública como uno solo, independientemente de si la violencia se genera dentro o fuera del ámbito de la pareja. Reconocer la violencia de género como todo tipo de violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de serlo es la premisa principal

que relaciona la violencia sexual como una conducta más de violencia contra las mujeres y que no lo sitúa como un fenómeno aislado (8).

La violencia sexual tiene un origen diverso y cualquier mujer que sufra un episodio de este calibre padecerá consecuencias negativas para su salud. El papel del colectivo sanitario para abordar la prevención primaria, secundaria y terciaria constituye una herramienta fundamental para reducir y contener su prevalencia. La detección y abordaje integral de las víctimas requiere una aplicación específica de protocolos en función de la forma de violencia que haya sufrido la mujer, su situación social y el ámbito donde ésta se haya generado. La existencia de equipos de carácter multidisciplinar, con profesionales formados en competencias con perspectiva de género, puede contribuir a reducir las consecuencias negativas de las víctimas y de su entorno socio-familiar al abordar este problema transversalmente.

Por otra parte, la experiencia en la atención a las víctimas de violencia sexual durante las prácticas clínicas ha suministrado un interés adicional en profundizar sobre esta problemática e investigar cómo mejorar los procesos asistenciales desde la perspectiva enfermera. Los Servicios de Urgencias Hospitalarias y la Atención Primaria son una puerta de entrada al sistema y su importancia radica en que constituyen una primera línea de contacto, detección y atención de víctimas. Si se logra mejorar y ofrecer una cobertura integral e interdisciplinar podría ser posible paliar su sufrimiento y otras consecuencias negativas para la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual.

Todo lo expuesto anteriormente justifica que se realice una revisión de estas situaciones desde una perspectiva enfermera y con una visión en materia de género.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Analizar las actividades de enfermería que se realizan en los Servicios de Urgencias para el abordaje de la violencia sexual, así como plantear propuestas de mejora en la atención inmediata a las víctimas.

2.2 Objetivos específicos

- Visibilizar la violencia sexual como un problema de salud pública.
- Definir los colectivos más vulnerables de sufrir violencia sexual.

- Explicar todas las formas de violencia sexual, implicaciones para la práctica clínica y nuevas tendencias de investigación en relación a la violencia contra las mujeres.
- Elaborar un tríptico divulgativo con las intervenciones asistenciales ante casos de violencia sexual desde los Servicios de Urgencias.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

La realización de este trabajo se ha basado en dos ejes fundamentales: por una parte la experiencia personal de la autora en la atención a las víctimas de violencia sexual en el Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Río Hortega de Valladolid durante el periodo de prácticas clínicas. Por otra parte, el análisis de la literatura científica relacionada con las diferentes formas de violencia hacia las mujeres, especialmente la violencia sexual y su abordaje asistencial desde los Servicios de Urgencias. Se han seleccionado protocolos, guías clínicas y artículos que cumplan los criterios de inclusión descritos posteriormente. En consecuencia, el tipo de estudio de este trabajo podría definirse como un estudio semicualitativo apoyado en una revisión bibliográfica.

3.2 Bases de datos y estrategia de búsqueda

Para la recopilación, lectura y análisis de la información científica en la que se basa este trabajo se ha realizado una búsqueda automatizada en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud incluyendo PubMed, Dialnet y Cochrane. Además se han empleado otros buscadores científicos como Google Academic y se han revisado protocolos y guías clínicas estandarizadas, tesis doctorales y trabajos de fin de grado.

Los datos epidemiológicos se han recabado en las páginas webs oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Igualdad y Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Instituto de las Mujeres y Servicio de Salud de Castilla y León.

En la Tabla 1 se muestran las palabras clave obtenidas de la consulta al DeCS y MeHS para emplear un lenguaje estructurado en la revisión bibliográfica.

Tabla 1: Palabras clave en terminología DeCS y MeHS. Elaboración propia.

DeCS	MeHS
Violencia contra las mujeres	Violence against women
Violencia de género	Gender violence
Violencia sexual	Sexual violence
Agresión sexual	Sexual assault
Servicio de Urgencias Hospitalarias	Hospital Emergency Department
Enfermería	Nursing

Para la maniobra de búsqueda se han utilizado las combinaciones de estas palabras (Ver Tabla 2) a través de los operadores booleanos AND, AND NOT y OR, junto con el empleo de truncamiento en una palabra clave.

Tabla 2: Combinaciones de palabras clave con los operadores booleanos. Elaboración propia.

Violencia de género AND Violencia sexual
Violencia sexual AND Servicio de Urgencias Hospitalarias AND Enfermería
Agresión sexual AND Servicio de Urgencias Hospitalarias
(Violencia de género OR Violencia sexual) AND Servicio de Urgencias Hospitalarias
(Violencia de género NOT Violencia sexual) AND Enfermería

3.3 Límites aplicados a la búsqueda: criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que delimitan la búsqueda de artículos científicos y guías clínicas estandarizadas se resumen en las siguientes categorías:

- Año de publicación: se limita el año de publicación desde 2009 a 2021.
- Idioma: inglés y español.
- Tipo de estudio: en la búsqueda se han incluido de mayor a menor fuerza científica los siguientes formatos: estudios de muestra mediana, protocolos y guías clínicas asistenciales estandarizadas, ensayos controlados no aleatorizados, artículos científicos de revista y páginas web de organismos oficiales.
- Estudios y documentación con acceso a la visualización completa del contenido.
- Documentación que tratan de alguna de las categorías a estudio.

Los criterios de exclusión en la elección de artículos son:

- Estudios y artículos que no presenten las categorías analizadas.

4. RESULTADOS

4.1 Marco teórico: la violencia sexual desde el ámbito sanitario

El manejo de la violencia contra las mujeres constituye uno de los principales desafíos sociosanitarios del siglo XXI. Abordar todas sus formas, origen, prevalencia, consecuencias para la salud de las mujeres, asistencia y protección de víctimas incluye la implicación coordinada de los sistemas sanitarios, sociales y judiciales públicos. Definir correctamente el marco teórico de la violencia sexual evidenciará las intervenciones y estrategias relacionadas para contener su prevalencia y manejar su abordaje asistencial.

Causas por las que las mujeres sufren violencia sexual (9)

La violencia sexual tiene un origen diverso y multifactorial vinculado a la ascendencia histórica de violencia contra las mujeres. Esta premisa se puede trasladar a los factores relacionados con el género. Así, se evidencian diferentes causas por las que las mujeres sufren episodios de violencia sexual:

- Factores sociales: existen actitudes socioculturales que avalan la subordinación femenina y que conforman estilos jerárquicos y asimétricos en las relaciones entre hombres y mujeres en cualquier ámbito, dentro y fuera de la pareja.
- Factores comunitarios: la precariedad laboral, la falta de apoyo social o el escaso acceso a la vida pública y a puestos de liderazgo.
- Factores culturales: la cultura de la violencia y de la violación. Los comportamientos y actitudes que engloban las relaciones entre hombres y mujeres dentro de esta doctrina se normalizan y no se educa en la resolución de mitos, estereotipos y conflictos que ésta genera.
- Factores individuales: son los propios de la biografía de la mujer; personalidad, estilo de vida, historia de violencia familiar, episodios de abusos y/o agresiones de índole físico o sexual.

Consecuencias para la salud de las mujeres (10)

Resulta evidente que tras sufrir cualquier tipo de violencia existe una huella que queda marcada en la salud de las víctimas. Existen diferentes efectos patológicos en la esfera física, sexual, psicológica y social de las mujeres que han sufrido estos episodios:

- Consecuencias físicas: deterioro funcional, peor percepción de su estado de salud, dolor crónico y síntomas físicos inespecíficos.
- Consecuencias sexuales o reproductivas: disminución de la libido, lesiones en los genitales, trastornos menstruales, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), disfunciones sexuales y traumatismos ginecológicos.
- Consecuencias psicológicas: ansiedad, deterioro del patrón de sueño-vigilia, riesgo de intento autolítico, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos de la conducta alimenticia (TCA) y síndromes funcionales, sentimiento generalizado de culpa, miedo, pánico o desconfianza en sí misma y su entorno.
- Consecuencias sociales: aislamiento social, absentismo laboral, rechazo social y riesgo de exclusión social.

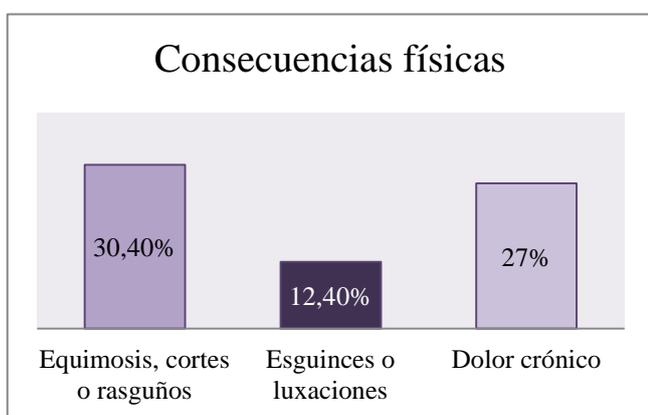


Figura 1: Consecuencias físicas. Elaboración propia según Macroencuesta de 2019 (5).

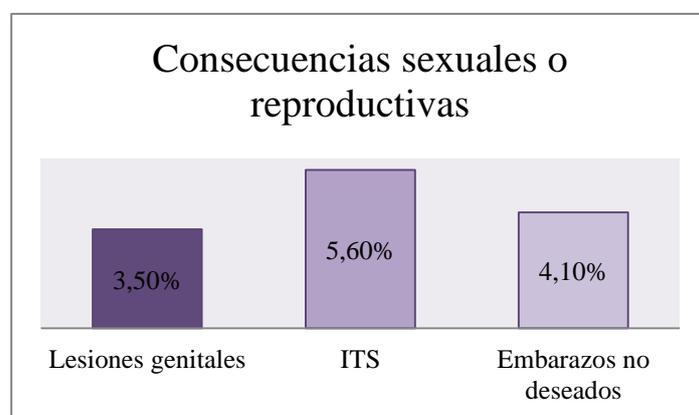


Figura 2: Consecuencias sexuales. Elaboración propia según Macroencuesta de 2019 (5).

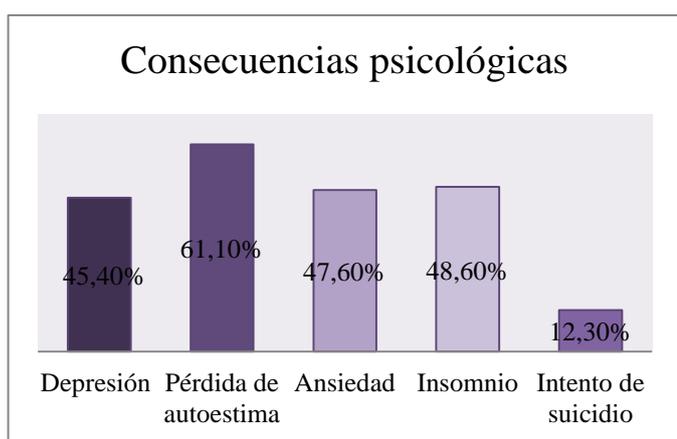


Figura 3: Consecuencias psicológicas. Elaboración propia según Macroencuesta de 2019 (5).

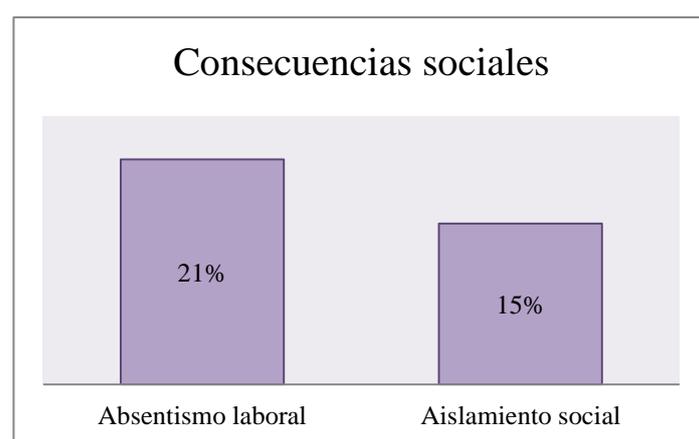


Figura 4: Consecuencias sociales. Elaboración propia según Macroencuesta de 2019 (5).

La OMS reconoce la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública en el año 1998 (3), sin embargo, la definición y visibilidad de todas sus formas se encuentra notablemente desdibujada. La violencia sexual puede tener un origen diverso y detectarse en cualquier eslabón del sistema sanitario por lo que resulta imprescindible que los equipos sanitarios reconozcan todas sus conductas. Su categorización abarca una serie de grados que evidencian diferentes formas de violencia sexual. Se distingue entre:

- Violencia sexual sin contacto corporal: atentados contra la libertad sexual de la persona ejecutados sin violencia (violencia entendida como una agresión física o sometimiento forzoso hacia la víctima) y sin consentimiento. Algunos ejemplos son insinuaciones de índole sexual, exhibicionismo, conductas o palabras obscenas y acoso sexual.
- Violencia sexual con contacto corporal: atentados contra la libertad sexual no consentidos y ejecutados desde la intimidación y violencia.
 - Abuso sexual: tocamientos o masturbación sin consentimiento.
 - Agresión sexual o violación: penetración con el órgano sexual por vía oral, vaginal o anal o la introducción de cualquier objeto o miembro corporal por vía vaginal o anal sin consentimiento.
- Tráfico o utilización de personas con fines de explotación sexual.
- Mutilación genital femenina: escisión total o parcial de los órganos genitales femeninos o cualquier otra lesión de los mismos por motivos no médicos (4).

Además, independientemente de la forma de violencia sexual que sufra la mujer se debe valorar la posibilidad de existencia de signos de violencia física (agresión física o sometimiento forzoso hacia la víctima) y/o de sumisión química (consumo inadvertido de sustancias químicas que alteran o inhiben la conducta y/o capacidad de decisión de la persona que los consume) (8). No existe ningún argumento que justifique cualquiera de las formas de violencia sexual, el personal sanitario deberá manejar la asistencia a las víctimas sin emitir ningún juicio de valor hacia el contexto del episodio de violencia.

Colectivos más vulnerables a sufrir violencia sexual (10)

Cualquier mujer es susceptible de sufrir violencia sexual, sin embargo, existen factores de vulnerabilidad que definen los colectivos de riesgo. El Sistema Sanitario recibe una afluencia diversa de pacientes por lo que es necesario definir qué colectivos se encuentran en situación de especial vulnerabilidad:

- Mujeres embarazadas: la violencia sexual constituye un factor de riesgo gestacional, entendiéndose el mismo como aquella circunstancia presente durante el embarazo que va a producir un aumento significativo de la morbimortalidad materna y perinatal.
- Mujeres con diversidad funcional: cualquier tipo de discapacidad constituye una situación de especial vulnerabilidad. Este colectivo puede encontrar mayor dificultad para defenderse o expresarse así como una menor accesibilidad a la información y asesoramiento, lo que podría llevar a cronificar estos episodios de violencia.
- Mujeres en el ámbito rural: en Castilla y León, el 50% de la población femenina vive en el medio rural. El fuerte control social, la ausencia de anonimato en los municipios pequeños o la dificultad de acceso a los recursos constituyen barreras comunes que sitúan a las mujeres rurales como un colectivo de riesgo por su infradetección de violencia sexual.
- Mujeres migrantes: la tendencia social a la multiculturalidad constata múltiples aspectos que definen a estas mujeres como un colectivo vulnerable. La dificultad de acceso a recursos sociosanitarios, la barrera idiomática, la posibilidad de una situación de precariedad laboral, situaciones administrativas irregulares o una escasa red social añade una evidente dificultad en el manejo de la violencia sexual del colectivo.
- Mujeres víctimas de trata y explotación sexual: el tráfico de mujeres con fines de explotación sexual y la prostitución sitúa a las víctimas en una situación de vulnerabilidad extrema a sufrir violencia sexual.
- Otros colectivos vulnerables: las drogodependencias o el alcoholismo son situaciones que ubican el manejo de esta violencia en un escenario de complejidad significativamente elevada.

4.2 Protocolo de actuación en Castilla y León: abordaje asistencial de víctimas de violencia sexual desde los Servicios de Urgencias Hospitalarias (9)

Desde el año 2012, en España, se recoge a nivel nacional un Protocolo Común de Actuación (10) para todas las comunidades ante situaciones derivadas de violencia de género. La violencia sexual es un vértice de la violencia que sufren las mujeres y que constata las relaciones de desigualdad. Las directrices asistenciales vinculadas a esta

problemática aparecen justificadas en esta Guía Estatal (10). Además, cada comunidad define su propio protocolo, con rasgos comunes a la guía estatal, donde se exponen intervenciones específicas ante estos episodios clínicos.

Cada forma de violencia sexual y el perfil de la víctima que lo sufre tienen su propia individualización y adaptación al contexto asistencial. Cuando una mujer acude al Servicio de Urgencias por haber sufrido una agresión sexual, en primer lugar es necesario realizar una valoración general de su estado de salud. La primera entrevista se realiza desde la consulta de *triaje* donde el personal de enfermería clasifica las diferentes emergencias clínicas en función de la prioridad asistencial y estado de la víctima. La entrevista se ejecutará desde la confidencialidad y en un entorno en el que la víctima se sienta segura.

Para determinar la prioridad de actuación, la mujer debe especificar el motivo de consulta. Tras sufrir una agresión sexual puede ser complicado desvelar objetivamente cómo han ocurrido los hechos. El personal de enfermería deberá estar correctamente preparado para reconocer una variedad de signos clínicos de alarma que pueden sugerir una agresión sexual o violación.

Tabla 3: Signos de sospecha de agresión sexual. Elaboración propia (9)

Signos de sospecha de agresión sexual aguda o violación	
Signos físicos. Manifestaciones somáticas	Lesiones contusas Erosiones en la cara y el cuello Traumatismos torácicos y/o abdominales Equimosis en diferentes estadios de evolución Lesiones con patrón bilateral o central: sugieren que la víctima ha intentado defenderse
Signos psicológicos	Ansiedad Mecanismo de producción de temor, nerviosismo, confusión e inseguridad Signos de inhibición de la conducta o somnolencia Retraso en la búsqueda del problema o dificultad para verbalizar el motivo por el que ha acudido a Urgencias Negación a ser explorada más allá de las lesiones visibles
Signos clínicos	Aumento de la tensión arterial (TA) Aumento de la frecuencia cardiaca (FC) Aumento de la frecuencia respiratoria (FR) Aumento de la temperatura corporal (T ^a) Disnea o sensación subjetiva de falta de aire con una disminución de la saturación de oxígeno (SatO ₂)

La Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Castilla y León, actualizada en el año 2019 (9), ha sistematizado una intervención mínima inicial o apoyo de primera línea denominada conducta ERES.

La intervención ERES esquematiza las cuatro actuaciones más importantes ante el reconocimiento y abordaje de una situación de violencia desde el ámbito sanitario. Las actividades que especifica este acrónimo son:

- E (Escucha activa): escuchar el testimonio de forma empática atendiendo a sus necesidades y preocupaciones. La escucha y conducta empática constituyen una medida terapéutica ante cualquier episodio de violencia.
- R (Reconocimiento de la situación de violencia): acogida y soporte emocional y psicológico, conducta asertiva y posicionamiento en contra de la violencia hacia las mujeres.
- E (Evaluación de riesgos): calibrar y dimensionar el riesgo físico, psicológico y social del episodio y la situación futura de la víctima. La escala de valoración validada que se utiliza en los servicios sociales de Castilla y León es la Escala RVD-BCN (*Ver Anexo 1*). Esta escala es una herramienta tremendamente útil debido a que puede ser compartida entre los diferentes equipos de profesionales que intervengan en la asistencia sociosanitaria de la víctima. La escala contiene factores de vulnerabilidad y de percepción de la mujer y disminuye la subjetividad del personal a la hora de la valoración.
- S (Servicios de Apoyo): ofrecer los servicios médicos, sociales y judiciales de seguridad que precisen según el riesgo evaluado. Fomentar la coordinación y abordaje integral y multidisciplinar del episodio de violencia sexual por el que ha acudido a los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

En la siguiente tabla se definen las actividades que el personal sanitario debe llevar a cabo para cumplimentar la intervención mínima vital o conducta ERES. En concreto, las intervenciones que conciernen al personal de enfermería son las actividades relacionadas con la ‘Escucha activa’ y el ‘Reconocimiento de la situación de violencia’. La ‘Evaluación de riesgos’ es una actividad que debería realizar el personal de enfermería en coordinación con el equipo médico.

Tabla 4: Actividades de la conducta ERES. Elaboración propia (9)

Actividades de la intervención mínima inicial o conducta ERES	
Escucha activa	No emitir juicios de valor. Actitud cercana Atención al lenguaje no verbal Favorecer los silencios Utilizar facilitadores verbales y no verbales Ayudar a identificar las necesidades
Reconocimiento de la situación de violencia	Validar y acoger sus emociones Mostrar empatía ante el episodio que reconoce Desculpabilizar a la víctima Identificar la situación que ha sufrido Reconocer si forma parte de un colectivo de riesgo
Evaluación de riesgos	Riesgo físico: evaluación de lesiones físicas Riesgo psicológico: evaluación del riesgo de suicidio Riesgo social o peligro de nueva agresión Ausencia o detección de bajo riesgo
Servicios de apoyo	Servicio de Urgencias Hospitalarias Servicio de Psiquiatría de Urgencias Hospitalarias Consulta de Atención Primaria (AP) Servicios sociales Servicio de Atención a la Víctima (SAV) Policía y Fuerzas de Seguridad

Tras la valoración de la víctima desde el *triaje* se debe asignar una prioridad asistencial. Después de evaluar los signos de sospecha y ante un caso confirmado de agresión sexual o violación, se asigna una prioridad 2 ya que se reconoce como una emergencia clínica que requiere atención urgente.

Toda la información que se obtiene a partir de la entrevista realizada en la consulta de triaje y la valoración de enfermería quedará registrada en la historia clínica del paciente. En Castilla y León se utiliza el formato de Historia Clínica informatizada (MEDORA), herramienta que permite el acceso a la información clínica de cada paciente desde todos los ángulos asistenciales del sistema sanitario. El registro de datos clínicos, episodios asistenciales, antecedentes médicos y posibles factores de riesgo asociados al episodio de violencia sexual suponen la elaboración de una documentación que favorece el trabajo interdisciplinar por parte del equipo de profesionales sociosanitarios. Además, la documentación clínica podría ayudar a la víctima en caso de desear un proceso judicial ante el episodio por el que ha acudido al Servicio de Urgencias.

Una vez que todo el proceso de *triaje* se haya llevado a cabo, la víctima será acompañada por el personal celador hasta un box donde se pueda preservar la seguridad

de la misma. Tras la evaluación de riesgos del caso clínico es preciso matizar que en primer lugar deben atenderse las lesiones físicas seguido de las psicológicas. Ante un riesgo vital físico se realiza la interconsulta necesaria al personal médico especialista y se estabiliza el cuadro de la víctima si éste se considera crítico. La exploración ginecológica y forense protocolaria se aplaza en el tiempo si la víctima tiene lesiones físicas de riesgo vital. Ante un riesgo vital psicológico el personal especialista de psiquiatría deberá proporcionar estabilización neurológica y pautar la administración del tratamiento farmacológico que precise.

Durante el proceso asistencial es indispensable que la actuación sea coordinada, informando acerca de las intervenciones, preservando la intimidad, manteniendo la confidencialidad del episodio y la identidad de la víctima.

Cuando el cuadro clínico no constituye una emergencia se sigue el protocolo de actuación ante un episodio de agresión sexual. El personal de enfermería deberá explicar a la víctima la importancia de no cambiarse de ropa, no lavarse las manos, no orinar y mantener ayunas hasta la actuación del equipo médico.

El personal médico llevará a cabo una nueva entrevista y un examen físico. Se realizará una exploración ginecológica y forense. Es conveniente que esta intervención se realice de manera coordinada en un solo acto para reducir el patrón de ansiedad y mantener el ambiente de intimidad.

Se realiza una exploración atendiendo a signos de violencia. La exploración ginecológica consta de una inspección vulvo-vaginal y anal en búsqueda de posibles alteraciones anatómicas y se procede a recoger las muestras de interés. Se realiza un cultivo vaginal y un frotis citológico para la detección precoz de posibles ITS.

La enfermera procede a la extracción de muestras analíticas sanguíneas donde se incluyen serología luética (Lúes), virus de la Hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), serología VIH y una muestra bioquímica sanguínea. Además se realiza un test de embarazo solo si la víctima lo desea. Las muestras analíticas se solicitan con el volante habitual del hospital especificando la solicitud de una copia de los resultados que se emitirán al Juzgado de Guardia (11).

Las muestras clínicas que son de interés legal ante una agresión sexual son: la ropa de la víctima, semen, orina, uñas, pelo pubiano y sangre. La rotulación de las muestras se hará

con el nombre de la paciente, fecha y firma del profesional que las recoge. Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la mujer dirigido a Medicina Forense del Juzgado de Guardia (11).

Tras el examen físico y toda la exploración médica se procederá a la realización del parte de asistencia por lesiones (*Ver Anexo 2*) donde se describen todas las alteraciones especificando el estado y localización de las mismas. El parte deberá estar firmado por el personal médico que atiende el caso y por la víctima. Se emitirán tres copias de este documento según el protocolo estandarizado: el informe original se guardará en la historia clínica, una copia se emitirá al Juzgado de Guardia y la tercera se le entregará a la víctima. El Protocolo Marco de Actuación Profesional para casos de Violencia de Género en Castilla y León (12) y la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (8) determinan la obligatoriedad de que el equipo de profesionales sanitarios notificará de manera inmediata el suceso al Juzgado de Guardia para coordinar la actuación legal ante la situación. En caso de que la víctima no quiera presentar una denuncia de lo sucedido, el personal sanitario deberá explicarle su obligatoriedad legal de emitir el parte de lesiones al Juzgado justificando los hechos por los que se le ha prestado atención sanitaria urgente (13).

Se valorará el estado psicológico de la víctima y la necesidad de apoyo profesional. Si éste es necesario, el personal de enfermería tramitará la interconsulta al Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV) y/o al personal especialista de psiquiatría del hospital.

Tras el examen físico y la exploración se procede a la administración del tratamiento farmacológico correspondiente ante episodios de violencia sexual. Es una competencia del personal de enfermería manejar la preparación, dosificación y administración de la siguiente terapia farmacológica informando a la paciente sobre qué es cada medicamento y por qué se le administra. Se aplicará el tratamiento según el protocolo ante un episodio de agresión sexual según la Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante Violencia de Género en Castilla y León (9) (*Ver anexo 3*).

Una vez que se ha completado el proceso asistencial se debe ofrecer a la víctima todos los recursos y apoyo sociosanitario para proteger su situación y realizar un proceso de atención transversal. El personal médico de urgencias coordinará esta intervención. Se informará a la víctima que se notificará este episodio a su médico/a de Atención

Primaria para realizar un seguimiento de calidad y ofrecerle cobertura en cualquier aspecto que necesite.

En caso de que exista un riesgo vital social o un alto riesgo de nueva agresión tras la valoración por la Escala RVD-BCN (*Ver Anexo I*), es preciso derivar a la víctima al Centro de Emergencias donde recibirá alojamiento bajo protección judicial. En caso de que exista ausencia de riesgo vital o bajo riesgo social la víctima podrá ser dada de alta a su domicilio y se podrá avisar a un acompañante siempre que ella lo desee (9).

Los equipos asistenciales de urgencias deben tener una pauta específica de actuación ante casos de violencia sexual. En muchas ocasiones, la presión asistencial que reciben estos servicios hace que se relegue el conocimiento de protocolos asistenciales específicos que no son tan rutinarios como ocurre con los episodios de violencia sexual.

Las intervenciones y actividades que realiza la enfermera comprenden la entrevista inicial y valoración de enfermería desde la consulta de *triaje*, proporcionar a la víctima información detallada de los procedimientos que se le realizarán y soporte emocional y psicológico, proceder a la extracción de muestras sanguíneas, administración del tratamiento farmacológico profiláctico según el protocolo de actuación ante agresiones sexuales y apoyar las intervenciones realizadas por el personal médico de urgencias, ginecológico y forense. Las habilidades comunicativas y sociales del personal de enfermería, así como la conducta empática ante un episodio de este tipo, constituyen medidas terapéuticas que reducen los patrones de miedo y ansiedad que sufren las víctimas de violencia sexual.

El Servicio de Urgencias Hospitalarias constituye una puerta de entrada al sistema sanitario, al que acuden las víctimas en busca de atención y protección tras haber sufrido un suceso de este tipo. La consulta de *triaje* establece la primera toma de contacto de la víctima con un profesional sanitario, en este caso, con la enfermera. La valoración de la víctima, la entrevista inicial y la respuesta de enfermería determinan el inicio de un proceso complejo para la víctima donde cobran una importancia vital las herramientas y habilidades en competencias de género por parte del colectivo enfermero (14).

5. DISCUSIÓN

5.1 Violencia sexual, la punta del iceberg de un problema aún invisible

El 10 de diciembre de 1948 se publica la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la que se regula el derecho al acceso de seguridad socio sanitaria. La Constitución de la OMS afirma *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”* (15). La salud sexual constituye un estado físico, mental y social en relación con la sexualidad y requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de mantener experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de coacción, discriminación y violencia (16). Si el disfrute de la salud sexual libre, forma parte del derecho a la salud y en consecuencia constituye un derecho humano fundamental para todas las personas, ¿por qué las mujeres siguen sufriendo violencia sexual?

La violencia contra las mujeres, en especial la violencia sexual, constituye un grave problema de salud pública y una violación de los Derechos Humanos. Su origen multifactorial continúa perpetuando relaciones de sumisión que pueden derivar en episodios de violencia con evidentes consecuencias negativas.

Actualmente, su prevalencia mundial continúa siendo alarmante: más de un tercio de la población femenina mundial (35%) afirma haber sufrido violencia sexual (4). Por desgracia, su envergadura a nivel nacional no revela cifras más alentadoras. En España, los datos recogidos por la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (5), desvelan que un 6,5% de las mujeres mayores de 16 años ha sufrido violencia sexual y un 2,2% de las mismas ha sufrido una violación a lo largo su vida. Además, un dato reseñable es que un 12,4% de las mujeres que han sufrido violencia sexual, afirman que las agresiones fueron colectivas. Esta es la prevalencia que muestran los organismos oficiales, pero ¿cuántas mujeres se quedan fuera de estas cifras? (5)

Existe una clara dualidad que padecen las víctimas de violencia sexual. En primer lugar, las mujeres son víctimas de esta violencia, pero, por desgracia, sus cuerpos constituyen la única fuente de pruebas tras haber sufrido un episodio de este calibre. Esta última premisa supone una dificultad añadida a la hora de registrar los casos relacionados con la violencia sexual ya que un elevado número mujeres no se sienten preparadas para reconocer lo ocurrido, relatar los hechos y acudir a las autoridades (17).

El porcentaje de mujeres en España que ha sufrido violencia sexual y que ha denunciado lo sucedido en la Policía, la Guardia Civil o el Juzgado es de un 8%. Al tener en cuenta las denuncias realizadas por otras personas o instituciones, el porcentaje de denuncia se eleva al 11%. Existen diversos motivos por los que las víctimas no declaran haber sufrido violencia sexual y entre ellos destacan la vergüenza (40,3%), el temor a no ser creída (36,5%), el miedo al agresor (23,5%) o haber sido menores cuando esto les ocurrió (40,2%) (5).

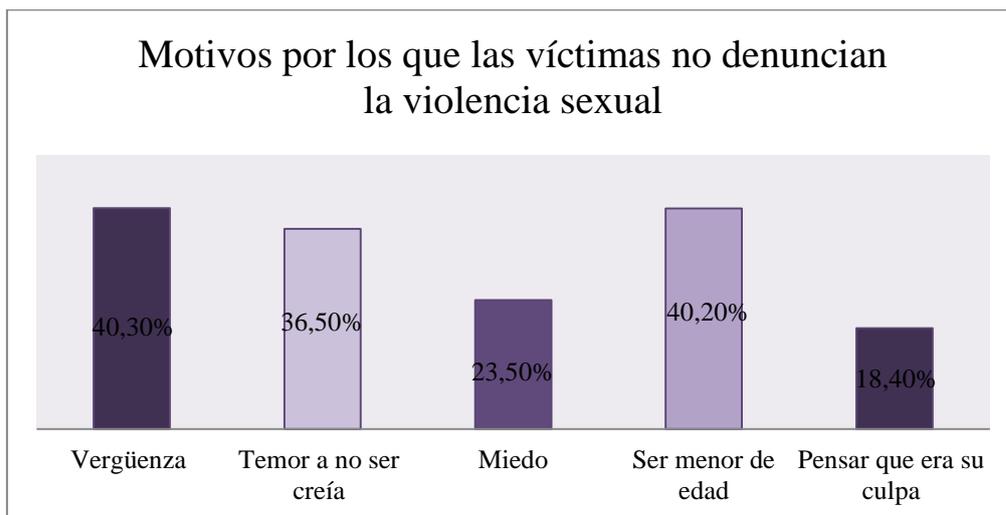


Figura 5: Motivos por los que las víctimas no denuncian la violencia sexual. Elaboración propia según Macroencuesta de 2019 (5).

Los datos recogidos en nuestro país y la ascendencia multifactorial y patriarcal de la violencia sexual evidencian una subestimación de las cifras oficiales. Cuantificar un problema sociosanitario de esta envergadura no resulta sencillo teniendo en cuenta los numerosos factores a los que se ven sometidas las víctimas para declarar este tipo de sucesos, sin embargo, no debería ser tan difícil.

La violencia sexual ha permanecido oculta a lo largo de la historia y en la actualidad está comenzando a asomarse como la punta del iceberg de un problema aún invisible. Evaluarla con una visión angular, con perspectiva de género a nivel social, asistencial y jurídico podría, no solo evidenciar la trascendencia real del problema, sino aportar sistemas efectivos de apoyo, atención y amparo a las víctimas.

5.2 Conocimientos, actitudes y habilidades del personal sanitario en competencias de género

La atención a las mujeres víctimas de violencia sexual supone abordar una situación de gran complejidad en la que la víctima se ve sometida a multitud de factores que pueden constituir una barrera para proporcionar una atención efectiva. Además, el abordaje de estos episodios implica un extenso entramado de eslabones del sistema en los que se incluyen la jerarquización social, la asistencia sanitaria y el sistema policial y judicial.

La victimización secundaria o doble victimización es un concepto que se utiliza en el ámbito jurídico y que se define como aquellas consecuencias negativas que experimenta una víctima que ha sufrido un episodio de violencia con respecto al sistema jurídico-penal. La respuesta que proporcionan las instituciones jurídicas brinda una atención ineficaz a la víctima (18). En este sentido, en el contexto sanitario, no existe un término análogo al de victimización secundaria. No obstante, los manuales y las guías clínicas especializadas en el abordaje de la violencia de género, utilizan este término para proporcionar intervenciones de calidad que rehúyan de unas consecuencias negativas para la víctima a causa de una respuesta no efectiva del sistema sanitario (12).

La elevada y diversa afluencia de pacientes y la presión asistencial a la que se ven sometidos los Servicios de Urgencias Hospitalarias exige una formación de calidad en competencias de emergencias para un manejo clínico global. Acudir al Servicio de Urgencias tras haber sufrido un episodio de violencia sexual también constituye una emergencia clínica, pero, en este aspecto, ¿el personal sanitario se encuentra debidamente formado en las habilidades, estrategias e intervenciones ante estos episodios?

Los estudios recientes, revelan que la formación y los conocimientos adecuados en competencias de género constituyen una asignatura pendiente para los equipos multidisciplinares. Según el estudio observacional transversal realizado en 2018, “*Conocimientos y Actitudes de los Profesionales Sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la Violencia de Género*” (19), más del 20% de los equipos de Urgencias y Emergencias encuestados afirman no conocer el Protocolo Nacional Específico de Actuación Sanitaria en un caso de violencia de género. Entre el personal sanitario que sí conoce el protocolo y ha tenido la oportunidad de aplicarlo, casi una cuarta parte no ha llevado a cabo las intervenciones descritas en el mismo. Además, más

de la mitad de las personas encuestadas revela tener mala o muy mala formación en competencias de género y un 82% opinan positivamente acerca de la creación de figuras sanitarias especializadas en género. Así mismo, el 85% del personal que participó afirma haber atendido episodios de violencia contra la mujer alguna vez en su vida laboral con una experiencia moderada o baja. Según un estudio descriptivo realizado en Valladolid en 2019, “Violencia de Género: conocimientos y habilidades del personal sanitario del Área Oeste de Valladolid” (20), el 51% manifiesta no sentirse preparado para proporcionar una atención integral ante un caso de maltrato físico, sexual y/o psicológico y el 44% declara no reconocer las manifestaciones psicósomáticas que puede presentar una víctima que ha sufrido un episodio de este tipo.

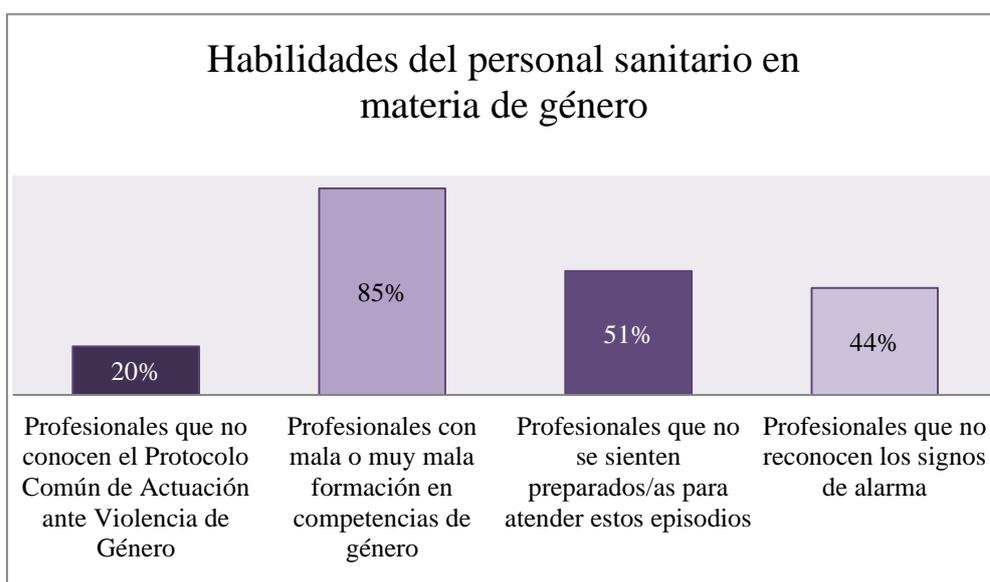


Figura 6: Habilidades del personal sanitario en competencias de género según estudios recientes (20, 21). Elaboración propia.

Con respecto a la atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud, existen criterios de calidad comunes para la formación básica del personal entre los que se encuentran competencias gestoras, administrativas y asistenciales relacionadas con la salud de las mujeres. Además, es obligatoria la inclusión de contenidos vinculados a la detección, diagnóstico y protección de situaciones de violencia; así como el aporte de estrategias y habilidades comunicativas, de escucha y comprensión que impidan la doble victimización asistencial (21).

A pesar de las directrices protocolarias descritas (9), las cifras con respecto a los conocimientos del colectivo sanitario parecen una asignatura pendiente. El primer aspecto para mejorar la atención ante la violencia sexual es la formación adecuada y la

aplicación docente de estrategias hacia el personal sanitario en contacto con estos episodios. Ante esta formación deficitaria se ha realizado un tríptico divulgativo dirigido a los equipos asistenciales de urgencias donde se resume información vinculada a la violencia sexual incluyendo su definición, los colectivos más vulnerables, signos de alarma e intervenciones específicas realizadas por el personal de enfermería. La visualización completa del tríptico puede encontrarse en el *Anexo 4*.

Los equipos multidisciplinares de los Servicios de Urgencias Hospitalarias y, en concreto, la figura enfermera, constituye una primera línea de contacto con esta problemática por lo que su formación adecuada para la recepción, detección, asistencia, diagnóstico y protección de las víctimas resulta indispensable teniendo en cuenta el desconocimiento en habilidades con perspectiva de género. La revisión del posicionamiento profesional sobre la violencia contra las mujeres debería ser un firme compromiso por parte del sector sanitario. Supone un aspecto imperativo el grado de sensibilidad y estado de alerta de los equipos interdisciplinares para la detección y atención de la violencia sexual, así como el conocimiento de los colectivos más vulnerables y las manifestaciones psicosomáticas tras estos sucesos. La formación en competencias de género condicionará profundamente la capacidad de intervención de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, y, en consecuencia, del Sistema Sanitario (20).

5.3 ¿Cómo se puede mejorar la asistencia sanitaria a las víctimas de violencia sexual?

Existen otras respuestas que aumentan el malestar de las mujeres que han sido agredidas sexualmente. Evocar repetidamente los hechos ante diferentes profesionales dificultaría el proceso adaptación-afrentamiento. Cada vez que la mujer es atendida por un profesional sanitario de cada especialidad, la evaluación de su situación y de sus necesidades se reinicia. Reproducir este suceso cuando su estado psicosocial es variable y tendente a la inseguridad y el miedo puede situar la percepción y conducta de la víctima en un plano que complique la atención y su recuperación psicológica (22).

La recogida de datos y la valoración por parte de cada profesional es un eslabón irremediable que forma parte de la atención sanitaria desde los Servicios de Urgencias. Sin embargo, ¿resulta verdaderamente necesario que la víctima reproduzca el episodio de su agresión sexual con diferentes profesionales y en repetidas ocasiones? El primer profesional sanitario que recibe a la víctima en los Servicios de Urgencias es la

enfermera. Podría ser beneficioso el papel de enfermería en la consulta de *triaje* como un elemento transversal en la atención de la violencia contra las mujeres.

Los hechos serán relatados por la víctima para que la enfermera determine su prioridad asistencial. El suceso que relata podría transcribirse detalladamente para que el personal médico adjunto que se encargue de la asistencia de la mujer tenga la información necesaria para solo puntualizar ciertos datos más especializados, evitando así, la reevaluación inicial de la víctima y la reproducción reiterada de los hechos. Esta intervención podría suponer una mejoría en la asistencia, no solo porque impulsa la valoración de enfermería como el eje fundamental de la atención sino porque fomentaría el trabajo cooperativo horizontal del equipo multidisciplinar de Urgencias (23).

Los equipos asistenciales de los Servicios de Urgencias están formados por diversidad de profesionales, lo que avala que la cobertura asistencial sea integral. La ascendencia multifactorial a partir de la que se origina la violencia sexual está basada en relaciones de desigualdad entre los hombres y las mujeres. Si se tiene en cuenta que la relación agresor-víctima se fundamenta en este diagrama vertical, un aspecto de mejora hacia la atención sanitaria sería no reproducir la relación asistencial con el mismo esquema jerárquico, siempre y cuando ésta sea posible (17).

Es necesario tener en cuenta la dualidad de la mujer agredida como víctima y como prueba dentro de un plano jurídico-legal. No obstante, es esencial que el tratamiento de la víctima no sea exclusivamente como un objeto de prueba o peritaje, ya que en ese caso, la asistencia estaría contribuyendo a continuar con el proceso de victimización. Ambas facetas deberían encontrarse en el equilibrio adecuado, de tal manera que prime de forma dinámica y continuada la atención de la víctima como persona. Esta última premisa define una propuesta final de mejora para la atención sanitaria de las víctimas: la humanización asistencial (22).

La individualización del caso de cada víctima y las adaptaciones en su abordaje clínico fomentan una relación terapéutica de la que se obtienen resultados beneficiosos. A pesar de la unificación de las intervenciones asistenciales en los protocolos, es necesario matizar que no existen las actuaciones estándar. Resulta esencial conocer las actividades que deben realizarse y complementarlo con la individualización de cada caso y cada víctima, diversificando las posibilidades de tratamiento y prestando especial atención al momento en el que se encuentra la mujer, su historia y las consecuencias que para ella

implica haber sufrido un episodio de este calibre. El factor que sitúa la atención como un riesgo de compromiso de la dignidad humana es la percepción de un tratamiento deshumanizado por parte de la víctima. Los equipos sanitarios tienen la obligación de proporcionar el bienestar de la paciente y su satisfacción personal, protegiendo sus derechos. El conocimiento del protocolo de actuación y la individualización de cada caso será el resultado de un compromiso asistencial humano que paliará las consecuencias físicas y psicosociales tras haber sufrido una agresión sexual o violación (24).

Las mujeres sufren violencia sexual por su condición de género y desde todos los ángulos el Sistema Sanitario, la obligación del personal es brindar una atención de calidad. Existen protocolos con intervenciones asistenciales específicas para su tratamiento. Sin embargo, puede resultar beneficioso para estas mujeres, la revisión de ciertas actividades que mejoren el proceso asistencial. De la misma manera, la formación docente y la sensibilización con respecto a la violencia contra las mujeres no debería resultar una asignatura incompleta para los servicios sanitarios. El personal de enfermería podría suponer el eje asistencial principal y sus actividades, un elemento activo en la detección. La figura de la enfermera constituye el primer profesional sanitario que recibe a la víctima desde los Servicios de Urgencias Hospitalarias por lo que su actuación puede ser determinante.

5.4 Futuras implicaciones para la práctica clínica y nuevas tendencias de investigación

La violencia contra las mujeres ha constituido un instrumento activo en la discriminación perpetuando las históricas desigualdades y vulnerando los Derechos Humanos (15). La violencia sexual refleja una forma más de violencia contra las mujeres (16). La formación especializada en competencias asistenciales con perspectiva de género no debería suponer una asignatura pendiente para el personal sanitario. Las cifras evidencian un claro déficit en habilidades y conocimientos del colectivo sanitario constatando así la formación especializada como una incuestionable implicación para la práctica asistencial (19) (20).

La investigación relacionada con el origen, la prevalencia, los signos clínicos o las consecuencias negativas para la salud de las víctimas podrían revelar una nueva línea de investigación que visibilice esta problemática. La investigación con perspectiva de

género ayudaría a reflejar las verdaderas necesidades de las víctimas para ahondar este problema multifactorial, brindando las herramientas y habilidades óptimas al personal en cualquier eslabón del sistema. Los Servicios de Urgencias, constituyen una puerta de entrada que no solo recepciona a las víctimas sino que debería tener equipos profesionales especializados en la identificación, asistencia y protección de víctimas.

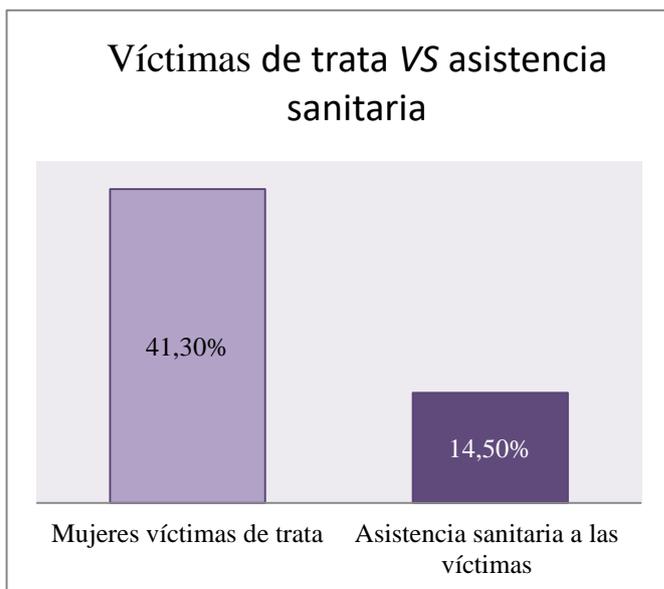
5.4.1 Otras formas ocultas de violencia hacia las mujeres

La violencia sexual no se concibe como un fenómeno aislado dentro de la violencia de género. De la misma forma, la trata o comercialización de mujeres con fines de explotación sexual y la mutilación genital femenina tampoco se conciben como un suceso independiente a la violencia sexual. Por desgracia, las formas de violencia contra las mujeres han sido manifestaciones que han perdurado a lo largo de la historia, sin embargo, en la actualidad algunas de ellas están comenzando a despuntar como la cúspide de una pirámide de un problema que ha permanecido oculto.

Trata o comercialización de mujeres con fines de explotación sexual

El tráfico de personas ha sido una problemática históricamente oculta, sin embargo, ha recibido especial atención en el último decenio. El tráfico de seres humanos puede afectar a cualquier persona, no obstante la trata es, a menudo un delito relacionado con el género. El trabajo sexual forzado y la explotación con fines sexuales es una de las numerosas formas de tráfico de personas y en este aspecto la vinculación que existe con las mujeres y niñas lo eleva a una manifestación más de violencia sexual y en consecuencia, a una forma más de violencia de género. Las cifras que aporta la OMS a nivel mundial evidencian un sesgo de la prevalencia debido a su naturaleza ilegal y a la invisibilidad del comercio sexual y la prostitución (25).

Según los datos aportados por Amnistía Internacional, a nivel global el 99% de las víctimas de trata con fines de explotación sexual son mujeres y niñas (26). La incuestionable relación de la trata con el género también revela cifras preocupantes en nuestro país. Los últimos datos recogidos en 2018 constatan la existencia de un 41,3% de mujeres en situación de explotación sexual, sin embargo, la asistencia sanitaria proporcionada ahonda un 14,5% (27).



La mayor parte de las mujeres que presentan signos de tráfico sexual se encuentran en una franja de edad de entre 18 y 25 años (39,4%) seguido de un 33,82% de mujeres de entre 26 y 35 años (27). Los datos oficiales reflejan una indudable brecha entre la prevalencia del comercio sexual y el abordaje asistencial que se proporciona en nuestro país.

Figura 7: Brecha entre las víctimas de trata y la asistencia sanitaria. Elaboración propia según el Boletín Anual de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de género (27).

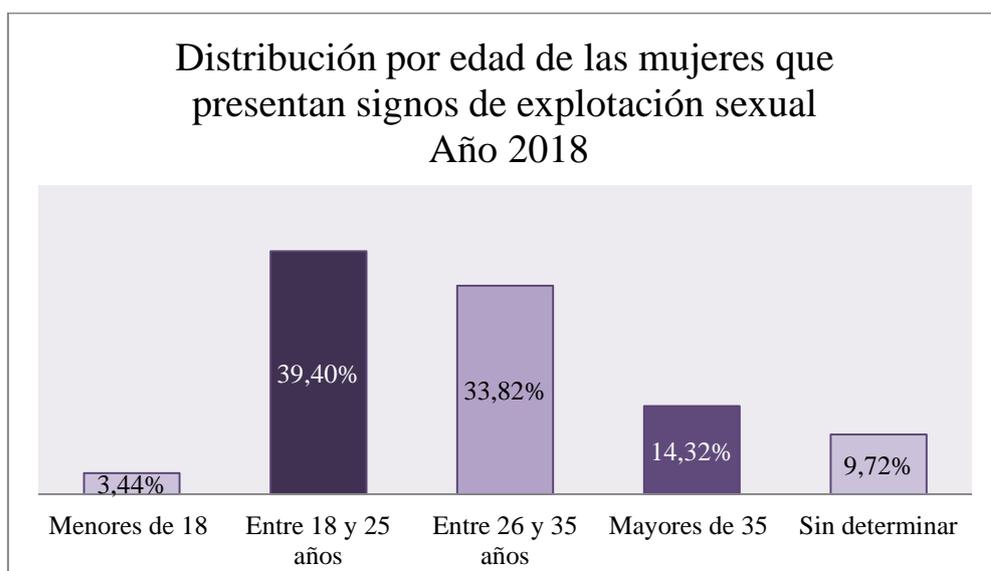


Figura 8: Distribución porcentual de la edad de las mujeres que presentan signos de explotación sexual. Elaboración propia según el Estudio Poblaciones-mercancía de 2018 (28).

La invisibilidad del tráfico de mujeres con fines de comercio sexual, la ausencia de un enfoque sociosanitario interdisciplinar y las numerosas dificultades que existen en la detección e identificación de las víctimas sitúan este problema como uno de los mayores retos sociosanitarios y jurídicos de la actualidad. Una posible futura línea de investigación e implicación asistencial podría ser ahondar en el manejo de esta problemática con perspectiva de género, haciendo hincapié en la identificación de las víctimas y aportando un enfoque multidisciplinar que evite que las víctimas de tráfico sexual continúen creciendo como enormes redes de cadenas invisibles (28).

Mutilación genital femenina

Por su parte, la mutilación genital femenina se consagra como una forma más de violencia contra las mujeres y que podría constituir una nueva tendencia de investigación. En 2013, la OMS la define como “*todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan total o parcialmente los órganos genitales femeninos*” (29). La OMS afirma que la mutilación genital femenina es una clara violación de los derechos de las mujeres y las niñas y que estos procedimientos no aportan ningún tipo de beneficio a la salud sexual femenina. El personal sanitario se encarga del abordaje de las consecuencias negativas derivadas de esta práctica, sin embargo ¿los equipos sanitarios se encuentran debidamente formados en el abordaje de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina?

No hay datos a nivel nacional de mujeres mutiladas genitalmente que residan en España. Es importante conocer cómo se distribuye la población con vínculos en países donde tradicionalmente se realiza esta práctica, con el fin de orientar las estrategias y protocolos de prevención, detección y atención a las mujeres y niñas que padecen las consecuencias de la práctica o están en riesgo de padecerla (29). La Fundación Wassu de la Universidad Autónoma de Barcelona (30) actualiza cada cuatro años el “*Mapa de la Mutilación Genital Femenina*” en España, un estudio geodemográfico que identifica la distribución territorial de la población femenina mutilada genitalmente que reside en nuestro país. La última actualización es del año 2016.

La mutilación genital femenina es una clara manifestación de violencia sexual que sufren las mujeres. La investigación acerca del abordaje de sus consecuencias en la salud sexual, la revisión de protocolos asistenciales o la cuantificación de la prevalencia de las mujeres residentes en España mutiladas son posibles líneas de investigación e intervenciones clínicas que mejorarían y supondrían un reto sanitario que debería empezar a florecer en la actualidad.

Todas las formas de violencia contra las mujeres se han tejido históricamente como enormes redes de cadenas ocultas. El relato acerca de las manifestaciones de violencia hacia las mujeres ha supuesto una falta de acceso a la igualdad en la mayoría de las partes del mundo. En la actualidad, frenar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres supone un desafío social del que cada vez más personas son partícipes.

Desde el ámbito sanitario resulta indispensable establecer un firme posicionamiento en contra de la violencia de género con una predisposición para facilitar una atención eficaz. En especial, los cuidados de enfermería constituyen un mecanismo activo en la contención de su prevalencia y en la aplicación de intervenciones que puedan paliar las consecuencias negativas para la esfera física, sexual y psicosocial de las mujeres.

La formación docente, la creación de profesionales especializados en materia de género, la investigación y renovación de las intervenciones relacionados con la violencia de género y el proceso de visibilización de todas las formas de violencia contra las mujeres supondrían nuevas implicaciones para la clínica y futuras líneas de investigación.

6. CONCLUSIONES

La violencia sexual no se concibe como un fenómeno aislado de la violencia de género sino como un evidente vértice de la violencia que sufren las mujeres por su condición femenina. Las cifras de los organismos oficiales y las históricas manifestaciones de violencia contra las mujeres justifican la violencia sexual como un evidente problema de salud pública. Las conclusiones principales derivadas de este trabajo son:

- Existe un Protocolo Común de Actuación a nivel Nacional publicado en 2012 del que derivan las Guías Autonómicas que especifican los protocolos asistenciales vinculados a la violencia de género. En Castilla y León, la aplicación de las intervenciones protocolarias para la atención de víctimas de violencia sexual desde los Servicios de Urgencias aparecen descritas en la Guía Clínica de Asistencia Sanitaria contra la Violencia de Género.
- Los Servicios de Urgencias Hospitalarias constituyen una puerta de entrada al sistema sanitario. Estos servicios reciben una elevada y diversa afluencia de pacientes. El personal sanitario deberá reconocer los diferentes colectivos más vulnerables a sufrir violencia sexual. Las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad son: embarazadas, mujeres con diversidad funcional, procedentes del ámbito rural, migrantes y víctimas de trata y explotación sexual.
- Las intervenciones de los equipos de urgencias deben llevarse a cabo de forma coordinada. La importancia de un proceso organizado radica en la disminución del patrón de estrés-afrontamiento. Otra intervención indispensable es manifestar a la obligatoriedad sanitaria de emitir el parte de lesiones al Juzgado de Guardia, justificando el motivo por el que la víctima ha acudido a Urgencias.

- Las víctimas están sometidas a multitud de factores externos. Resulta esencial que el personal sanitario tenga una formación adecuada en habilidades, estrategias y competencias de género, esto proporcionará una asistencia integral que evitará la victimización secundaria. Se ha realizado un tríptico divulgativo con información vinculada a la violencia sexual y su abordaje desde los Servicios de Urgencias para favorecer el reconocimiento de estos episodios.
- La presión asistencial a la que se ven sometidos los Servicios de Urgencias Hospitalarias y el desconocimiento en habilidades y materia de género sitúa la atención en un punto de partida que puede ser ineficaz. Las principales propuestas de mejora recogidas para renovar y mejorar la asistencia son: formación especializada, trabajo cooperativo y horizontal con la valoración de enfermería desde el *triaje* como eje transversal durante la atención sanitaria, no repetir el diagrama asistencial agresor-víctima y la individualización y humanización de cada episodio y situación personal de cada mujer.
- La investigación con perspectiva de género de todas las formas de violencia contra las mujeres constituye una futura tendencia de investigación y una implicación novedosa para la práctica clínica.

Una adecuada formación del personal sanitario permitirá una cobertura integral y transversal a las víctimas. Enfermeras formadas y especializadas en competencias de género fomentarían la identificación de las víctimas y reducirían los procesos de doble victimización y las consecuencias negativas para la salud de las mujeres.

Históricamente, la sociedad ha sido muy susceptible a la aceptación de relatos únicos, sin tener en cuenta que eran historias incompletas. La violencia contra las mujeres ha sido un instrumento activo en la dificultad de acceso a la igualdad y en la actualidad este relato está comenzando a romper las cadenas de las víctimas y a visibilizarse como un problema históricamente oculto. Relata la escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie en su libro *“El peligro de una historia única”* las siguientes líneas: *“Las historias importan. Importan muchas historias. Las historias se han utilizado para desposeer y calumniar pero también pueden utilizarse para facultar y humanizar. Pueden quebrar la dignidad de la humanidad, pero también pueden restaurarla”*.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de las mujeres. www.inmujeres.gob.es. [Online].; 2017 [cited 2021 4 25. Available from: https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. who.int. [Online].; 2013 [cited 2021 4 25. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=F5F30D840230A03961830CAA1694CC5?sequence=1.
3. Organización Mundial de la Salud. www.who.int. [Online].; 1998 [cited 2021 4 25. Available from: https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. www.who.int. [Online].; 2021 [cited 2021 4 25. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
5. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género).. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer. Análisis estadístico. Madrid: Ministerio de Igualdad, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género; 2019. Report No.: 048-20-018-0.
6. Ministerio de Igualdad. www.igualdad.gob.es. [Online].; 2019 [cited 2021 4 25. Available from: <https://www.igualdad.gob.es/Paginas/index.aspx>.
7. Instituto de las Mujeres. www.inmujeres.es. [Online].; 2019 [cited 2021 4 25. Available from: <https://www.inmujeres.gob.es/>.
8. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley. Madrid: Ministerio de Justicia; 2004. Report No.: Boe num 313.
9. Fernández Alonso C, Salvador Sánchez L. Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Segunda ed. León JdCy, editor. Valladolid, Castilla y León; 2019.
10. López Rodríguez RM, Peláez Moya S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Primera ed. Ministerio de Sanidad SSeICdP, editor. Madrid:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2012.

11. Calvo Martínez RT, Cinos Ramos L. Guía de práctica clínica sobre violencia. Resumida ed. Valladolid, Castilla y León: Gerencia Regional de Salud; 2010.
12. Dirección General de la Mujer. Protocolo Marco de Actuación Oficial para Casos de Violencia de Género en Castilla y León. Primera ed. Valladolid, Castilla y León: Dirección General de la Mujer; 2008.
13. Lapeña S, Gaztambide A, Huarte I. Agresiones sexuales. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009 Enero; 32(1).
14. Pública CdSySSDGdS, editor. Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales. Primera ed. Santander, Cantabria: Gobierno de Cantabria; 2006.
15. Organización Mundial de la Salud. www.who.int. [Online].; 2017 [cited 2021 4 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
16. Organización Mundial de la Salud. www.who.int. [Online].; 2015 [cited 2021 4 25]. Available from: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
17. Adela Montero V, Cerdá C. Principales necesidades de atención de las víctimas de delitos sexuales. Sogía. 2002 Marzo; 9(3).
18. Fernández SC. Consideraciones sobre la victimización secundaria en la atención social a las víctimas de la violencia de género. Portularia. 2004 Abril; 4(61).
19. Guillén BIGd. Conocimiento y Actitudes de los Profesionales Sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la Violencia de Género. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia, Escuela Internacional de Doctorado; 2018.
20. Nuño VH. Violencia de Género: Conocimientos y HAbilidades del Personal Sanitario del Área Oeste de Valladolid. Trabajo Fin de Grado. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería, Palencia; 2019.
21. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Criterios de calidad para la formación básica de profesionales. Madrid: Ministerio

de Sanidad, Plan de CALidad del Sistema Nacional de Salud; 2018.

22. Echarte JL. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. Hospital del Mar Barcelona. 2010 Enero; 25(22).
23. Martínez Segura E, Lleixá-Fortuño M. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias. Emergencias. 2019 Junio; 29(173).
24. Fernández Díaz N, López Antúnez SE. Humanización de la atención a una víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias. Paraninfo Digital Index. 2017 Enero; 11(27).
25. Organización Mundial de la Salud. Trata de personas. [Online].; 2015 [cited 2021 4 25. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98857/WHO_RHR_12.42_spa.pdf;sequence=1.
26. Amnistía INternacional España. www.es.amnesty.org. [Online].; 2021 [cited 2021 4 25. Available from: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/trata-en-espana/>.
27. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Lucha contra la Trata de Mujeres y Niñas con fines de explotación sexual. Año 2018. In Género DdGclVd, editor. Boletín Estadístico Anual. Madrid: Secretaría del Estado de Igualdad; 2018. p. 146.
28. García Cuesta S, López Sala AM. Poblaciones-mercancía: tráfico y trata de mujeres en España. Primera ed. Ministerio de Sanidad PSeIP, editor. Madrid; 2011.
29. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Mutilación Genital Femenina en España. Primera ed. Ministerio de Igualdad CdP, editor. Madrid; 2016.
30. Fundación Wassu. www.uab.cat/web/fundacio-wassu. [Online].; 2016 [cited 2021 4 25. Available from: <https://www.uab.cat/web/fundacio-wassu-uab-1345799785541.html>.

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1. Escala RVD-BCN

Figura 9: Escala RVD-BCN. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer (9)

Nº de expediente / Nº de historia:		Fecha de la valoración: / /		
Nombre y apellidos de la mujer:				
DNI / NIE / Pasaporte:		Fecha de nacimiento: / /		
Historia de conducta violenta de la pareja o ex pareja		SÍ	NO	SE DESCONOCE
1	Agresiones o violencia física y/o sexual en los últimos 18 meses hacia la mujer o hacia parejas anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Agresiones o violencia hacia terceras personas sean familiares (hijos/hijas u otras) o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Agresiones a la mujer cuando estaba embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Antecedentes policiales/judiciales de violencia hacia la pareja/ex pareja (pareja actual u otras parejas en episodios anteriores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	El agresor ha roto medidas judiciales de protección de la mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amenazas y/o abusos graves contra la mujer		SÍ	NO	SE DESCONOCE
6	La mujer ha recibido amenazas graves y creíbles, y/o con uso de armas, respecto a su integridad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	La mujer ha sufrido un abuso emocional y verbal grave en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circunstancias agravantes		SÍ	NO	SE DESCONOCE
8	La mujer comunica al presunto agresor la voluntad de separarse o hace menos de seis meses que se ha producido la separación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Incremento, en los últimos seis meses, de la frecuencia o gravedad de los episodios de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	El presunto agresor abusa de drogas y/o alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Diagnóstico o historia de trastorno mental severo del presunto agresor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Tenencia o fácil acceso a armas por parte del presunto agresor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Intentos o ideas de suicidio por parte del presunto agresor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Control extremo de los actos de la mujer por celos o similar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factores de vulnerabilidad de la mujer		SÍ	NO	SE DESCONOCE
15	Aislamiento social y/o falta de recursos personales de la mujer, y/o la mujer justifica la violencia ejercida por el presunto agresor, y/o presencia de hijos/hijas menores y/o dependientes de la mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer		SÍ	NO	SE DESCONOCE
16	La mujer cree que el presunto agresor es capaz de matarla personalmente o a través de terceras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUMA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS / VALORACIÓN DEL RIESGO				TOTAL SE DESCONOCE
RIESGO BAJO (de 1 a 7 respuestas afirmativas)				El RVD-BCN es útil si se dispone de información de 7 o más factores de riesgo. En caso contrario se recomendará no hacer valoraciones definitivas hasta completar el número mínimo de factores de riesgo mencionados.
RIESGO MEDIO (de 8 a 9 respuestas afirmativas)				
RIESGO ALTO (de 10 a 16 respuestas afirmativas)				

Figura 9: Escala de valoración RVD-BCN. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer (9)

Otros factores clave para valorar el riesgo que vive esta mujer y que se encuentran a faltar en la lista anterior (enumerar pero no puntuar)		
Está embarazada en el momento de efectuar esta valoración.	<input type="checkbox"/>	
Hay indicios de que la pareja a o ex pareja tiene intención de matarla.	<input type="checkbox"/>	
Otros (especificarlos):	<input type="checkbox"/>	
-	<input type="checkbox"/>	
-	<input type="checkbox"/>	
-	<input type="checkbox"/>	
VALORACIÓN DEL RIESGO		
La valoración del riesgo por parte del o de la profesional se realiza a partir de los apartados anteriores (puntuación obtenida, cantidad de factores de riesgo sin información y presencia de otros factores de riesgo importantes para esta valoración).		
RIESGO BAJO	<input type="checkbox"/>	RIESGO MEDIO
		RIESGO ALTO
Observaciones de interés		
ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO ACTUAL EXISTENTE		
CIRCUNSTANCIAS PREVISIBLES QUE PUEDEN AUMENTAR EL NIVEL DE RIESGO EN EL FUTURO (ALERTA)		
(Por ejemplo: el agresor sale de la cárcel, el agresor regresa del país de origen o de otros destinos, etc.)		
Profesional que efectúa la valoración:		
Nombre y apellidos o n° de identificación:		
Dirección electrónica:	Teléfono/s:	Fax:
DNI / NIE / Pasaporte:	Dirección:	

El objetivo de esta escala de valoración validada es proporcionar una herramienta a los equipos profesionales que atienden víctimas de violencia de género.

Permite cuantificar el riesgo de que a corto plazo se produzcan nuevos episodios de violencia. Tiene un carácter indicativo y no probatorio. Ayuda al profesional a valorar el riesgo de que se produzcan actos violentos.

Las funciones de esta escala son: valorar el riesgo, registrar qué tipo de actuación se lleva a cabo en función de la valoración del riesgo actual existente y alertar sobre posibles circunstancias previsibles que puedan aumentar el nivel de riesgo en un futuro.

Su estructura y metodología comprende los siguientes apartados:

- Lista de factores de riesgo: se han seleccionado 16 factores de riesgo con 3 opciones de respuesta (“Sí”, “No” o “Se desconoce”). La suma de respuestas afirmativas indica un nivel de riesgo según los intervalos definidos en el RVD-BCN.
 - Riesgo bajo: 1 - 7 puntos.
 - Riesgo moderado: 8 - 9 puntos.
 - Alto riesgo: 10 - 16 puntos.
- Cantidad de factores de riesgo sobre los que se dispone información: este protocolo es útil si se dispone de información respecto a 7 factores de riesgo o más. En caso contrario se recomienda no efectuar valoraciones definitivas hasta completar el número mínimo de factores de riesgo mencionados.
- Presencia de otros factores de riesgo clave para valorar el riesgo que el/la profesional encuentra a faltar en la lista anterior

El formulario ha de ser rellenado por el profesional que está atendiendo a la mujer, no está diseñado para que la víctima lo rellene directamente. Las preguntas no deben formularse como si se tratase de la administración de un cuestionario sino con una conducta empática y tratando de abrir un canal de comunicación con la víctima. Las respuestas se marcarán a partir de la información que proporciona la mujer y a partir de la información que le proporcionen documentos de otros servicios si éstos existiesen.

8.2 Anexo 2. Parte de asistencia por lesiones

Figura 10: Parte de asistencia por lesiones. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer (9)

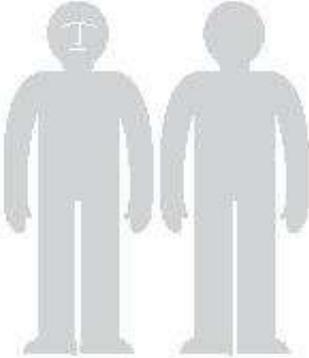
PARTe DE ASISTENCIA POR LESIONES			
1. DATOS DEL CENTRO		2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA	
Nombre del centro:		Apellido 1	Apellido 2
Dirección:		Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono
Dirección:		Tel.	
Provincia		Municipio	CP
3. FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA		Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
		DNI	Nº de Historia Clínica y/o OPA (OP)
4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES			
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otras (especificar)			
<input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO			
<input type="checkbox"/> MALTRATO <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad			
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar)			
<input type="checkbox"/> ANIMALES			
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN			
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar)			
5. LESIONES QUE PRESENTA			
Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada			
			
6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS			
7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA			
8. PLAN DE ACTUACIÓN			
Especificar si causa alta, queda ingresada, se deriva a otros recursos, precisa seguimiento, tratamiento			

Figura 10: Parte de asistencia de lesiones. Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer (9)

CUMPLIMENTAR EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO // PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD			
9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifiesta la persona asistida)			
Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente:		Tipo de maltrato: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual	
¿Conoce a la/s persona/s agresor/a/s? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta		Nombre de la/s persona/s agresor/a/s:	
Dirección de la/s persona/s agresor/a/s		Teléfono	Relación con la/s persona/s agresor/a/s
Convive con ella/s: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:		Relación con la persona asistida:	
TESTIGOS DEL INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:			
Describir como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida:			
Estado emocional actual de la persona asistida:			
CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO			
10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES			
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Tiene trabajo remunerado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
		¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene personas menores o discapacitadas a su cargo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Nombre y Apellidos:	
Relación de parentesco:			
¿Acude sola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acompañada de:			
¿Ha sufrido agresiones anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Desde cuándo?			
¿Lo ha comunicado anteriormente en el centro de salud o en el hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS			
11. CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD			
La exploración es: <input type="checkbox"/> compatible <input type="checkbox"/> incompatible con los hechos recogidos			
12. OBSERVACIONES			
13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO			
Nombre y Apellidos:		Firma	
Nº de colegiado:			

ILMO/VA SRA MAGISTRADO/A - JUEZA DEL JUZGADO DE GUARDIA

El parte de asistencia por lesiones es un documento que debe cumplimentar el personal médico de todos los servicios sanitarios de la Gerencia Regional de Salud para comunicar al Juzgado de Guardia la asistencia sanitaria prestada por lesiones de cualquier tipo.

El parte de asistencia por lesiones debe cumplimentarse informáticamente en el formulario disponible en el programa informático de registro de Historia Clínica Electrónica (JIMENA) y en los casos que no esté disponible, se facilitará el modelo a los profesionales para su cumplimentación con bolígrafo azul, letra clara y legible y sin tachaduras.

Los apartados deben cumplimentarse en su totalidad:

- Datos del Centro.
- Datos del paciente.
- Fecha y hora de la asistencia sanitaria.
- Causa presumible de las lesiones: para ello deberán tenerse en cuenta los conceptos “Violencia de género” (1), “Maltrato a las personas”, “Agresión” y “Otras causas” (9).
- Lesiones que presenta: se describirán detalladamente las lesiones que presenta (tipo, localización, tamaño, número, aspecto, data aproximada y otras características de interés). Es muy importante reflejar el estado emocional y psicológico de la mujer en el momento de la exploración y si se le ha administrado algún fármaco ansiolítico.
- Impresión diagnóstica: se trata de un diagnóstico de presunción que se realiza en función de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias realizadas.
- Plan de Actuación: registrar si la víctima recibe alta médica, ingreso hospitalario, derivación a otro servicio o centro sanitario y seguimiento.
- Apartados 9, 10 y 11: estos apartados solo se cumplimentarán en casos de asistencia sanitaria cuya causa presumible sea Violencia de Género.

La correcta cumplimentación de los datos recogidos, especialmente en los apartados 9 y 10, contribuye a agilizar las actuaciones judiciales y la adopción de las medidas legales necesarias en cada caso.

8.3 Anexo 3. Tratamiento farmacológico profiláctico ante una agresión sexual.

El tratamiento farmacológico que debe aplicarse según el protocolo ante una agresión sexual según la Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Castilla y León es:

- Tratamiento para profilaxis de ITS
 - Infección gonocócica (*Neisseria Gonorrhoeae*), clamidia (*Chlamydia*), Tricomonas (*Trichomonas vaginalis*) y Sífilis (*Treponema Pallidum*).
 - ξ Ceftriaxona 250mg intramuscular: dosis única. En caso de alergia al grupo de betalactámicos se administra Eritromicina 500mg cada 6 horas durante 7 días vía oral.
 - ξ Metronidazol 2g vía oral: dosis única.
 - ξ Azitromizina 1g vía oral dosis única o Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 7 días vía oral.
 - ξ Tinidazol 2g vía oral: dosis única
 - Infección por VHB: se administrará la gammaglobulina en pacientes no vacunadas previamente. Si la mujer está vacunada de VHB se dejará constancia en la historia clínica.
 - Infección por VIH: la administración de profilaxis preexposición se realizará según la decisión individualizada de la paciente. En caso positivo de administración del tratamiento profiláctico de VIH no deben haber transcurrido más de 72 horas desde la agresión. La duración del tratamiento es de 28 días. Si no se cumplen estas condiciones no se administrará la profilaxis farmacológica de VIH.
- Profilaxis antitetánica según el calendario vacunal vigente.
- Profilaxis de embarazo o anticoncepción postcoital de urgencia. Solo se administran en caso de que la víctima lo desee:
 - Si han transcurrido menos de 72 horas se administra Levonorgestrel 1500µg dosis única o Acetato de Ulipristal 30mg dosis única vía oral.
 - Si han transcurrido entre 72 horas y 5 días se administra Acetato de Ulipristal 30mg dosis única vía oral.
 - Si han transcurrido entre 5 y 7 días la recomendación oficial es la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU).

- La mujer que debe estar pendiente de la siguiente menstruación y en caso de no tenerla repetir el test de embarazo en 2-3 semanas.
- Se debe informar a la mujer de las directrices de interrupción voluntaria del embarazo para que reconozca las diferentes posibilidades ante un test de embarazo positivo.
- Tratamiento analgésico: para tratar la existencia de dolor se administra analgesia intravenosa en función del tipo y nivel de dolor de la víctima: Paracetamol 10mg/ml, Metamizol 2g intramuscular o intravenoso en disolución de 100ml o Dexketoprofeno 50mg/2ml intramuscular o intravenoso en disolución de 100ml.
- Se valorará la administración de fármacos ansiolíticos en función del patrón de ansiedad de la víctima.

8.4 Anexo 4. Tríptico divulgativo dirigido al personal sanitario en relación a la violencia sexual y su abordaje desde los Servicios de Urgencias.

Beatriz Gómez Martín

Violencia sexual desde el ámbito sanitario

Llama al 016

Teléfono de Atención a las víctimas de Violencia de Género

Atención a víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia hacia las mujeres.
 Disponible 24h los 365 días del año.
 No deja rastro en los registros.
 Derivación al 112 en caso de peligro.

"Lo que me ha hecho fuerte es alejarme de ti.
 Lo que me ha hecho más fuerte es acercarme a mí".

Sansa - Zahara

Logo of the Spanish Ministry of Health (Ministerio de Sanidad) at the bottom right.



¿Qué es la violencia sexual?

Es todo acto sexual sin consentimiento, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o usar de otro modo la sexualidad femenina mediante coacción.

La violencia sexual es un vértice de la violencia de género. Cualquier mujer puede ser víctima de violencia sexual.

Reconocimiento de los colectivos más vulnerables a sufrir un episodio de violencia sexual:

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres en el ámbito rural.
- Mujeres migrantes.
- Mujeres con diversidad funcional.
- Mujeres víctimas de trata y explotación sexual.



Intervenciones asistenciales desde los Servicios de Urgencias Hospitalarias

Guía Clínica de Actuación ante la Violencia de Género en Castilla y León. Protocolo asistencial ante una agresión sexual aguda o violación.



CONDUCTA ERES



<p>ESCUCHA ACTIVA</p> <p>Conducta empática No emitir juicios de valor. Favorecer los silencios.</p>	<p>RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA</p> <p>Validar y acoger emociones. Soporte emocional y psicológico. Desculpabilizar.</p>
<p>EVALUACIÓN DE RIESGOS</p> <p>Calibrar y dimensionar el riesgo según la Escala RVD-BCN.</p>	<p>SERVICIOS DE APOYO</p> <p>Ofrecer servicios sanitarios, sociales y judiciales de atención y protección.</p>

¿Qué actividades realiza el personal de enfermería?

TRIAJE

Entrevista + valoración.
Atención a signos alarma.
Registro + prioridad 2.

COMUNICACIÓN

Información clara hacia la víctima.
Uso facilitadores verbales.
Coordinada con el equipo.

MUESTRAS

Analíticas: serología + bioquímica.
Legales: ropa, orina, uñas, semen y pelo pubiano.

ESFERA EMOCIONAL

Manejo del patrón estrés-afrontamiento.
Soporte emocional y psicológico.
Evitar intervenciones innecesarias.

EQUIPO

Exploración ginecológica y forense en un sala acto.
Obligatoriedad legal de notificación del episodio al Juzgado de Guardia.

La humanización asistencial es el eje principal del proceso. No existen las actuaciones estándar sino la adaptación a cada caso clínico y situación de la víctima.