

ESTUDIO MÉDICO-LEGAL DEL IMPACTO SANITARIO DE LAS AGRESIONES SEXUALES EN MUJERES JÓVENES: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

2024-2025

AUTORA: EVA ALFALLA ÁLVAREZ

TUTORA: DRA. MARÍA MERCEDES MARTÍNEZ LEÓN

ÁREA DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
DESARROLLO DE TEMA.....	10
MARCO LEGAL.....	10
SECUELAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS.....	11
PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN HOSPITALARIA.....	13
RECOGIDA DE MUESTRAS Y EVIDENCIAS	16
DISCUSIÓN.....	17
LIMITACIONES	18
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXO	22

1. INTRODUCCIÓN

Los delitos sexuales representan un problema de salud pública debido a la incidencia creciente de casos, así como al impacto que tiene en la salud de las víctimas. Las secuelas, tanto físicas como psicológicas, condicionan la vida de la persona afectada, por lo que desde el ámbito sanitario nuestro deber es actuar de la manera más precoz posible; de ahí que se hayan elaborado protocolos para facilitar una respuesta médica ágil y adecuada. En estas situaciones los médicos forenses cobran especial relevancia al ser los encargados de garantizar que se cumplan los protocolos y que la recogida de muestras y evidencias se lleve a cabo correctamente.

2. PALABRAS CLAVE

“agresión sexual”, “violencia sexual”, “delitos sexuales”, “secuelas”, “impacto en salud”, “mujeres jóvenes”

3. OBJETIVOS

Conocer los aspectos médico-legales detrás de los casos de violencia sexual y revisar los protocolos sanitarios actuales para actuar ante estas situaciones. Además de identificar los factores relacionados con el aumento de la incidencia de estos delitos, las secuelas tras ser víctima de ellos y evaluar las posibles estrategias de prevención desde el ámbito sanitario.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa sobre el impacto de la violencia sexual en la salud y los protocolos de actuación hospitalaria ante estas situaciones. Para ello se seleccionaron artículos de diferentes bases de datos, publicados entre 2015 y 2025, así como protocolos sanitarios nacionales y el BOE.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente en España existe un protocolo nacional y diferentes protocolos autonómicos para la actuación sanitaria ante casos de violencia sexual; no obstante todos comparten que se requiere una atención rápida y centrada en la víctima para intentar mitigar las posibles secuelas. La prevención ha de ser transversal pero desde el sector sanitario se pueden emplear algunas medidas para contribuir a la detección precoz y a la sensibilización en estos temas

1. INTRODUCTION

Sexual offenses represent a public health issue due to the increasing incidence of cases, as well as the impact they have on the health of the victims. The consequences, both physical and psychological, significantly affect the lives of those impacted. Therefore, within the healthcare field, it is our duty to act as early as possible; this is why protocols have been developed to ensure a prompt and appropriate medical response. In such situations, forensic doctors play a particularly important role, as they are responsible for ensuring that protocols are followed and that the collection of samples and evidence is carried out correctly.

2. KEYWORDS

“sexual violence”, “sexual assault”, “rape”, “health impact”, “youth”, “females”

3. OBJECTIVES

Understand the medico-legal aspects behind cases of sexual violence and review the current healthcare protocols for responding to such situations. In addition, identifying the factors related to the increasing incidence of these offenses, the consequences experienced by victims, and to assess potential prevention strategies from a healthcare perspective.

4. MATERIALS AND METHODS

A narrative review was conducted on the impact of sexual violence on health and hospital response protocols to such situations. To this end, articles from various databases published between 2015 and 2025 were selected, along with national healthcare protocols and documents from the BOE.

5. DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Currently, in Spain, there is a national protocol as well as various regional protocols for healthcare response to cases of sexual violence. Nevertheless, they all share the principle that care must be prompt and victim-centered in order to mitigate potential consequences. Prevention should be cross-cutting, but the healthcare sector can implement specific measures to support early detection and raise awareness on these issues.

INTRODUCCIÓN

Las denuncias por delitos contra la libertad sexual cada vez son más frecuentes no solo en nuestro país sino también a nivel global. Aunque este tipo de infracciones pueden tener lugar a cualquier edad, uno de los datos más preocupantes es que en 2023 casi la mitad, tanto de los agresores como de las víctimas, eran menores de edad. Estos delitos afectan con más frecuencia a mujeres, niños y niñas, así como a personas en situaciones de vulnerabilidad como discapacitados o ancianos. A pesar de que en muchos casos no existe una relación estrecha entre la víctima y el agresor, en determinados delitos como la agresión sexual no es infrecuente que se de entre personas del mismo entorno, ya sean familiares, amigos, pareja...

Ante estas situaciones, los médicos deben de detectar e identificar a las personas que han podido sufrir este tipo de abusos. No siempre es fácil ya que, aunque cada vez es más frecuente que las víctimas acudan al hospital en las primeras 24-48 horas, sigue habiendo individuos que por vergüenza, miedo o circunstancias personales diversas acuden incluso un año después de los hechos. Nuestro cometido inicial es garantizar la tranquilidad y seguridad de la víctima y, en un segundo plano y siguiendo sus tiempos, recoger las evidencias y realizar las exploraciones y pruebas necesarias.

Aunque tanto hombres como mujeres pueden ser víctimas de este tipo de delitos, estas últimas suelen ser las más afectadas; esto es debido, entre otras razones, a que la mayoría de los delitos sexuales cometidos contra varones se limitan a la infancia, mientras que las mujeres pueden experimentarlos a lo largo de toda su vida. Hasta en un 25% de los casos entre la víctima y el agresor existe una relación previa, ya sea de pareja, amistad o familiar, lo cual puede influir de forma directa en la decisión de denunciar por parte de la víctima. No obstante, en el caso de las agresiones sexuales esto no se cumple, ya que aproximadamente el 75% de los agresores forma parte del entorno de la víctima. A esto hay que sumarle otros factores que pueden repercutir en la presentación de la denuncia como pueden ser el miedo a la revictimización institucional o a las represalias, la culpabilidad, la vergüenza o sus circunstancias personales (cultura, apoyo familiar...).

La violencia sexual puede darse en diferentes contextos (laboral, familiar, institucional...) por lo que establecer factores de riesgo o protección universales resulta limitado, ya que en función de la esfera en la que ocurra el delito entran en juego unas variables u otras que deben ser consideradas de forma contextualizada. No obstante, cabe mencionar aquellos factores más involucrados en el aumento considerable de los delitos de origen sexual, como pueden ser:

- El acceso a la pornografía, especialmente desde una edad temprana, muestra una idea sesgada de cómo son las relaciones sexuales mostrando que dentro de estas todo es válido (humillación, violencia, insultos...), incluso aquellas actitudes que no se tolerarían si no hubiera sexo de por medio (1).
- El consumo abusivo de alcohol, así como la sumisión química mediante drogas favorecen que la víctima quede en una posición de vulnerabilidad, disminuyendo la percepción del consentimiento.
- El uso inadecuado de redes sociales está relacionado con un aumento de los casos de *sexting* sin consentimiento, que es la difusión, sin el permiso de la persona afectada, de contenido de naturaleza sexual; de *sextorsión*, que se define como chantajear a la víctima utilizando imágenes o vídeos comprometidos y de *grooming*, que es el acercamiento de un adulto a un menor para obtener contenido sexual con la consiguiente extorsión. Asimismo, mediante las diferentes plataformas digitales se perpetúan multitud de actitudes machistas por ejemplo, a través de comentarios inapropiados o la hipersexualización, o se banalizan conductas relacionadas con la cultura de la violación.
- Rodearse de un círculo cercano que justifique actuaciones inadecuadas o que refuerce estos comportamientos problemáticos promueve dinámicas en las que se trivializa el acoso.

Tras ser víctima de un delito contra la libertad sexual no es infrecuente la presencia de secuelas físicas, pero sobre todo psíquicas. La edad, el apoyo recibido, la cultura, la personalidad y las circunstancias personales son algunos de los factores que influyen en cómo la persona hace frente a la situación, siendo necesario destacar que reaccionar de una forma u otra ante este evento traumático no quita ninguna credibilidad a la vivencia de la persona. Algunas víctimas pueden seguir haciendo vida normal, mientras que otras pueden tener secuelas psíquicas de manera transitoria o de por vida como pueden ser el trastorno de estrés postraumático, síndromes ansioso-depresivos, trastornos de la conducta, problemas sexuales o culpabilidad.

JUSTIFICACIÓN

Los delitos sexuales son aquellos que atentan, de alguna manera, contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento. Entre ellos encontramos la agresión sexual, el acoso sexual, el exhibicionismo, la provocación sexual y los delitos relativos

a la prostitución y corrupción de menores; siendo las agresiones sexuales las más prevalentes con diferencia.

Este tipo de infracciones han sido un problema que atañe a nuestra sociedad desde hace años; sin embargo, estas han experimentado un aumento significativo de su incidencia en la última década, a excepción del año 2020 debido a la pandemia ocasionada por el Covid-19, llegando a una cifra de 21.580 casos en 2023 (2).

En la tabla 1, vemos el perfil de la víctima y del agresor de los delitos sexuales en España, aunque como ocurre con otro tipo de violencias no existen perfiles definidos ni en cuanto a la víctima ni al agresor, puede ser cualquiera, existen algunas características más frecuentes.

Perfil de la víctima	Perfil del agresor
<ul style="list-style-type: none"> - 86 % mujeres (excepto en delitos provocación y promoción sexual de las nuevas tecnologías) - La edad entre los 18 a 30 años en mujeres - La edad entre 0 a 13 años en varones - 73,8 % españolas - Ninguna relación previa con el agresor - En el caso de menores jóvenes (15-30 años) el 10 % presentan vínculo con el agresor - Cometidos en viviendas 	<ul style="list-style-type: none"> - 93 % son perpetrados por varones frente al 7 % de mujeres (excepción de los delitos vinculados con la prostitución) - La edad entre 41 y 64 años, aunque en los casos de agresión sexual con penetración, la franja de edad predominante es la de 18 a 30 años. - 62,7 % nacionalidad española. - Los delitos sexuales cometidos por más de un responsable han un incrementado progresivamente en los últimos seis años, pasando de 465 casos en 2018 a 617 en 2023

Tabla 1. Perfil de la víctima y del agresor de los delitos sexuales en España. Fuente: Elaboración propia con los datos de Informe sobre Delitos contra la Libertad Sexual 2023 (2).

En el gráfico 1, vemos el número de agresiones sexuales denunciadas y reconocidas en el Instituto de Medicina Legal de Valladolid, Salamanca y Palencia, observamos que es un problema emergente con tendencia creciente a partir del año 2021 con 109 agresiones y un pico muy acusado en el año 2022 con 134 agresiones sexuales.

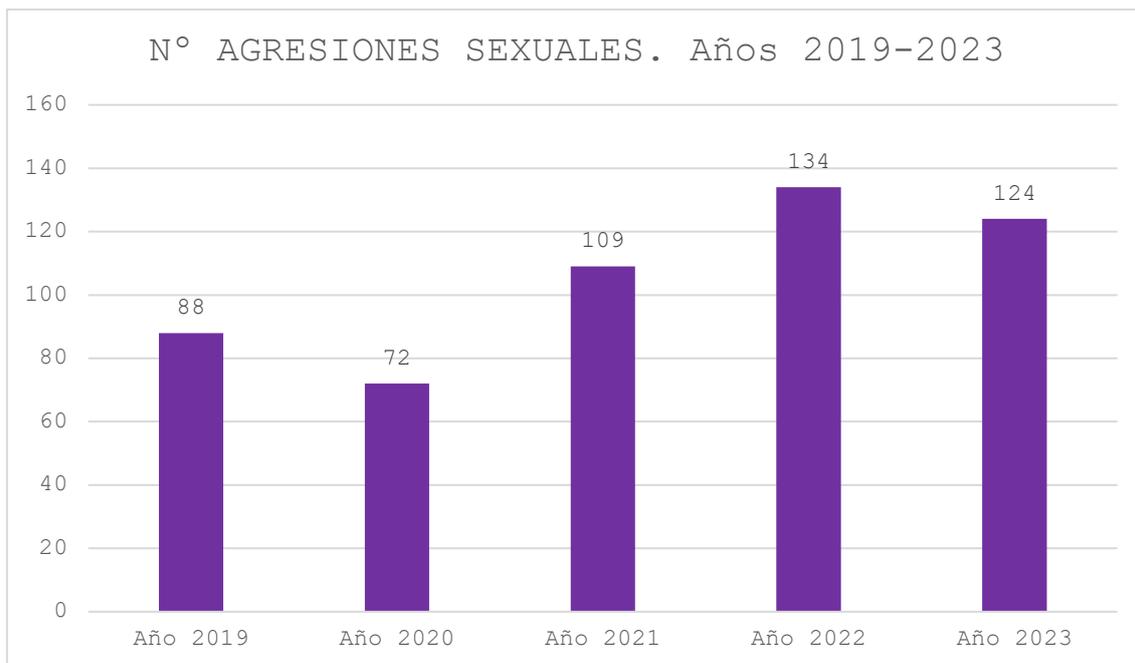


Gráfico 1. Agresiones sexuales reconocidas en Valladolid, Salamanca y Palencia. Fuente: Elaboración propia. Datos de las Memorias del Instituto de Medicina Legal de Valladolid, Salamanca y Palencia (3).

La actuación sanitaria precoz ante estas situaciones es necesaria para garantizar que la persona agredida no corre ningún riesgo vital inmediato, así como para valorar su estado psicológico, realizar la profilaxis de infecciones de transmisión sexual, prevención del embarazo y recoger las pruebas y evidencias pertinentes. Todo este proceso debe realizarse respetando los tiempos y las necesidades de la víctima, procurando que se sienta cómoda y segura. A la hora de llevar a cabo la valoración inicial es suficiente con tener el consentimiento verbal de la persona, sin embargo, para la exploración y toma de muestras es obligatorio obtener el consentimiento informado por escrito, el cual puede ser revocado en cualquier momento por la víctima.

Este trabajo trata de demostrar que los delitos sexuales son un problema creciente en nuestra sociedad y, por tanto, nos afecta a todos, incluido el personal sanitario. De forma que está en nuestra mano formarnos en estrategias de prevención y en cómo actuar ante dichas situaciones en el contexto hospitalario.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer los aspectos médico-legales detrás de los casos de violencia sexual y revisar los protocolos sanitarios ante estas situaciones.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores relacionados con el aumento de la incidencia de agresiones sexuales.
- Valorar las secuelas producidas en las víctimas de delitos sexuales.
- Analizar los diferentes protocolos de actuación sanitaria ante las agresiones sexuales.
- Evaluar las posibles estrategias de prevención desde el ámbito sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de metodología empleada para realizar este trabajo ha sido una revisión narrativa, que permite proporcionar una visión general del estado de conocimiento sobre un tema, en este caso el impacto de las agresiones sexuales en la salud y los protocolos de actuación hospitalaria ante estas situaciones. Para su elaboración se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos **PubMed, Scopus, Dialnet y Biblioteca Virtual de la Salud** con el objetivo de recopilar estudios relevantes sobre la violencia sexual en jóvenes. Se emplearon palabras clave como “agresión sexual”, “violencia sexual”, “delitos sexuales”, “secuelas”, “impacto en salud”, “mujeres jóvenes” en español y “sexual violence”, “sexual assault”, “rape”, “health impact”, “youth”, “females” en inglés, combinadas con operadores booleanos (**AND, OR y NOT**).

Para orientar la búsqueda hacia aquellos artículos más relevantes se siguieron los criterios de inclusión y de exclusión resumidos en la siguiente tabla:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres adultas (>18 años). - Delitos sexuales centrados en la agresión y/o abuso sexual. - Estudios en español e inglés. - Fecha de publicación en los últimos 10 años (2015-2025). - Artículos de acceso abierto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delitos sexuales relativos a la prostitución, tráfico de personas... - Artículos centrados en el agresor.

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

Algunas limitaciones de esta revisión incluyen posible sesgo de selección al no considerar estudios en idiomas que no sean español o inglés, así como la falta de acceso al texto completo de ciertos artículos y la presencia de hombres y niños en las muestras de algunos estudios.

Se seleccionaron un total de 18 artículos y 4 protocolos, así como otros recursos como la Ley Orgánica 10/2022 . En el gráfico 2, se puede observar el número de estudios que cumplían los criterios anteriormente expuestos de cada base de datos, así como aquellos que fueron elegidos finalmente respecto al total.

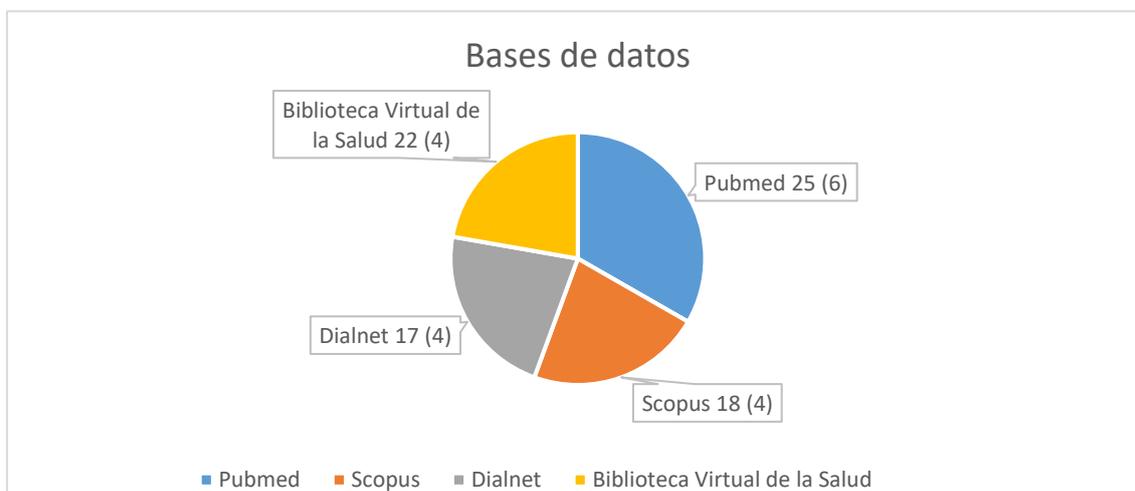


Gráfico 2. Selección de artículos en función de bases de datos. Fuente: Elaboración propia.

DESARROLLO DE TEMA

MARCO LEGAL

Una de las disposiciones más importante de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, comúnmente conocida como la ley de "Sólo sí es sí", supone una modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, aboliendo la distinción entre agresión y abuso sexual.

De esta manera, actualmente, se engloba bajo el término agresión sexual toda aquella conducta que atente contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona (4). Según el Artículo 178. 1. será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, como responsable de agresión sexual, el que realice cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento. En esta ley se incluyen la sumisión química, el acoso callejero y la explotación con fines sexuales como forma de comisión de agresiones sexuales.

Tras la entrada en vigor de esta ley se generó un vacío legal en las penas mínimas al eliminar la distinción entre abuso y agresión sexual, resultando en reducciones de condena y excarcelaciones. Para corregir esto, en 2023 se llevó a cabo una reforma de la Ley Orgánica 10/2022 con el fin de diferenciar aquellos delitos cometidos con violencia o intimidación de los que no. Se modificó el artículo 178.2 y se añadió el siguiente apartado del artículo 178.3, si la agresión se hubiera cometido empleando

violencia o intimidación o sobre una víctima que tenga anulada por cualquier causa su voluntad, su responsable será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión.

De esta manera, se conserva la definición de agresión sexual como cualquier acto de origen sexual sin consentimiento, pero se introducen nuevos rangos penales para incrementar la pena mínima en aquellas situaciones llevadas a cabo con violencia o intimidación, además de endurecer las penas en casos acontecidos en circunstancias más graves como pluralidad de agresores, especial vulnerabilidad de la víctima (niños, ancianos, discapacitados...) o uso de armas.

SECUELAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS

Los síntomas que aparecen como consecuencia de la violencia sexual dependen de factores personales relativos a la víctima entre los que se incluyen la edad, la personalidad, el apoyo social e institucional recibido, las habilidades de afrontamiento o el equilibrio emocional previo al evento. Además, la gravedad de estos estará condicionada por las circunstancias en las que se desarrolló el delito, como pueden ser el uso de violencia o intimidación, la duración de los hechos, la sensación de riesgo vital o el grado de intimidad emocional con el agresor.

A pesar de la creencia popular que persiste todavía en algunos colectivos de que el daño físico, que pueden ser tanto signo de resistencia por parte de la víctima como de violencia por parte del agresor, es la principal evidencia que confirma una agresión sexual, existen multitud de consecuencias derivadas de este tipo de violencia que van más allá de lo físico. De esta manera, la presencia de lesiones físicas, que también pueden ocurrir en el contexto de relaciones consentidas, no confirma la existencia de violencia sexual, de igual modo que su ausencia no descarta la misma.

Según la macroencuesta de violencia contra la mujer de 2019, la mayoría de las mujeres víctimas de violencia sexual refería no haber presentado ninguna lesión física tras el suceso, cifra que se reducía en aquellos casos de agresión sexual con penetración. Sin embargo, el 53% sí que relató haber presentado algún tipo de secuela psicológica tras el episodio, alcanzándose casi el 80% en el caso de las violaciones (5). Parece razonable que tras un evento de este calibre exista un impacto psicológico en la víctima que según la persona y, principalmente dependiendo de la edad a la que ocurrieron los hechos, puede ser agudo o bien puede cronificarse, siendo los 3 meses el momento crítico para valorar la evolución de las lesiones. La intensidad de los síntomas al inicio es un indicativo de la gravedad del problema a largo plazo, es decir, de la probabilidad de que el problema se cronifique. En la mayoría de los casos los síntomas van

disminuyendo progresivamente durante los primeros meses hasta una aparente vuelta a la normalidad, si bien es cierto que a partir del tercer mes el nivel de gravedad de los síntomas tiende a persistir en el tiempo. Por esta misma razón, es primordial apoyo psicológico inmediato, así como un seguimiento continuado tanto para evitar que las consecuencias psicológicas existentes se vuelvan permanentes como para prevenir la aparición de otras diferentes.

Las consecuencias del evento traumático pueden surgir casi a la vez que el hecho o bien pueden tardar meses y hasta años en manifestarse, de modo que se puede hacer la distinción entre secuelas a corto, a medio y a largo plazo. Las lesiones a corto plazo o agudas son aquellas que de una u otra manera impiden a la persona afectada llevar a cabo su vida con normalidad e incluyen los daños físicos, que incluso pueden llevar a la muerte de la víctima, y algunos trastornos psíquicos como modificaciones del apetito, alteraciones del sueño, miedo generalizado o cambios anímicos bruscos. Las lesiones a medio plazo son fundamentalmente psicológicas y, aunque permiten a la víctima retomar su vida cotidiana, le provocan muchas limitaciones especialmente en contextos que le recuerdan al evento traumático (tener relaciones sexuales, salir de noche, ingerir alcohol...). Por último, las lesiones a largo plazo, o secuelas propiamente dichas, son aquellas lesiones, que se mantienen durante mínimo 2 años y afectan a una o varias esferas de la vida de la persona. Estas últimas son preferentemente psicológicas, exceptuando una pequeña proporción de daños físicos permanentes como pérdida auditiva o visual, cicatrices, crisis epilépticas o ausencia de piezas dentales.

Las consecuencias físicas pueden variar extraordinariamente de unos casos a otros, pudiendo ir desde leves (rasguños, quemaduras pequeñas, esguinces, lesiones genitales...) hasta graves (fracturas, lesiones internas...). No es infrecuente encontrar mujeres que tras haber sufrido una agresión sexual presentan dolor pélvico crónico, dispareunia, esterilidad e infertilidad o trastornos inespecíficos como síndrome de colon irritable, dispepsia, dismenorrea... (6). Desde el punto de vista psicológico también se han descrito multitud de alteraciones, siendo las más frecuentes la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) que se dan en aproximadamente la mitad de las víctimas, aunque también pueden producir otras condiciones como el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales; alteraciones de la conducta sexual, desde problemas para mantener relaciones hasta conductas sexuales de riesgo; ansiedad; insomnio; pensamientos autolíticos, que según algunos estudios llegan hasta el 38% en los casos de violaciones; síntomas disociativos como despersonalización o

desrealización y síntomas somáticos tales como astenia, disnea o dolor generalizado. Esto podemos verlo de forma simplificada en la Figura 1.

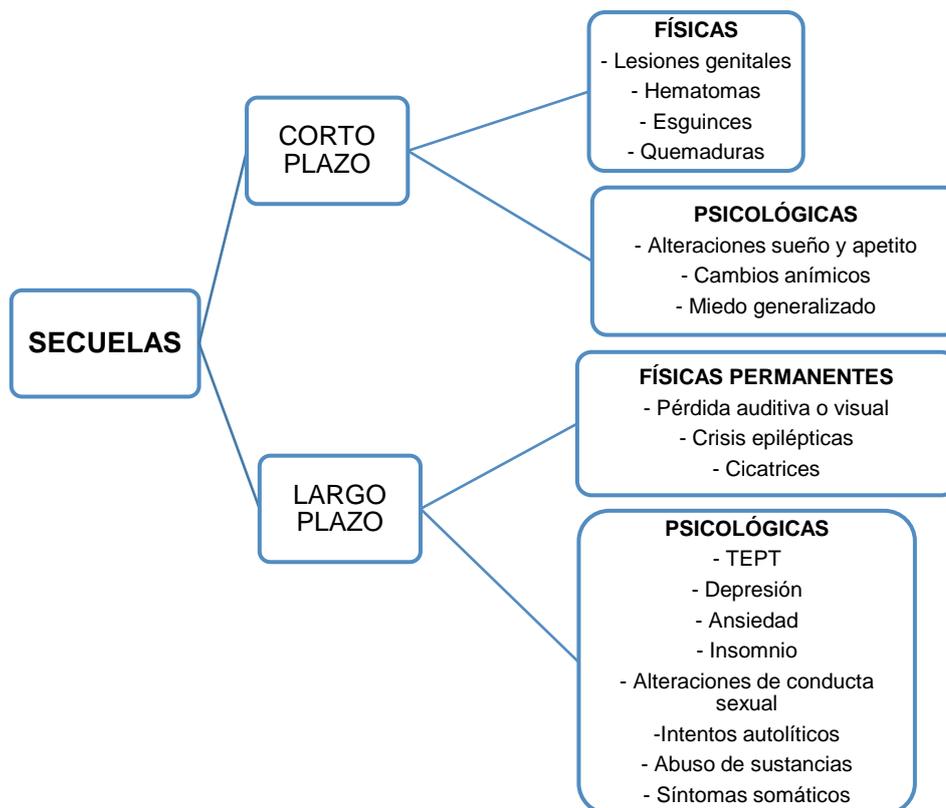


Figura 1. Secuelas a corto y largo plazo de la violencia sexual. Fuente: Elaboración propia con información del Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual (6).

Una investigación realizada por el Instituto de Medicina Legal y Forense de Alicante (7) en el que se siguió a un grupo de 702 mujeres víctimas de violencia sexual, se vio que 314 presentaban daños físicos, en su mayoría en diversas localizaciones. Las lesiones extragenitales resultaron las más frecuentes, describiéndose desde pequeñas erosiones hasta fracturas de huesos faciales, que se distribuían por cualquier parte del cuerpo aunque con un claro predominio por las extremidades inferiores seguido por los miembros superiores, la cabeza y el tronco. Por otro lado, los desgarros y las erosiones a nivel del introito y del himen fueron las lesiones anogenitales más descritas. Casi la totalidad de los casos requirieron atención sanitaria puntual para el tratamiento de daños y una pequeña parte necesitó ingreso hospitalario.

PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN HOSPITALARIA

Los protocolos de actuación hospitalaria son guías estandarizadas que permiten al personal sanitario tener unas pautas básicas sobre cómo actuar en diferentes situaciones de interés, además de ayudar y agilizar la toma de decisiones. Para el

propósito de este trabajo nos centraremos en comentar el protocolo común del sistema nacional de salud de actuación hospitalaria ante casos de agresión sexual (8).

Antes que nada, es imprescindible recordar que dado el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la persona afectada es primordial respetar su dignidad e intimidad, así como su seguridad en todo momento; por esta razón, los diferentes profesionales que traten con la víctima, preferiblemente del mismo sexo que esta, han de hacerlo desde el respeto y siempre explicando cada actuación, permitiendo que la persona agredida participe en la toma de decisiones y teniendo en cuenta que esta puede revocar su consentimiento en cualquier momento. De la misma manera, la víctima podrá elegir un acompañante de su confianza, familiar o amigo, que le acompañe durante todo el proceso aunque, en caso de no tener a nadie, ese papel lo asumirá un profesional sanitario que se encargará de velar por el bienestar y la comodidad de la víctima.

En el contexto hospitalario, las agresiones sexuales se han de tratar como una urgencia médica, por lo que lo primero es garantizar que la persona agredida no corre riesgo vital inmediato, siempre intentando no destruir o contaminar posibles pruebas. A día de hoy siguen existiendo multitud de prejuicios acerca de cómo debería de ser la reacción de la víctima tras los hechos pero lo cierto es que cualquier estado emocional en esta situación es válido y según la persona podemos encontrar desde estados de agitación, ira y enfado hasta bloqueo emocional y desconcierto, pudiéndose mostrar alteraciones del habla (tartamudez, verborrea...), hipervigilancia, pasividad o temor al contacto físico, entre otros. Independientemente del estado emocional que presente la víctima nuestra actitud ha de ser siempre la misma.

La valoración inicial la llevará a cabo los profesionales de las Urgencias Ginecológicas, no obstante, en aquellos hospitales en los que no exista dicho servicio la podrá realizar el personal de Urgencias acompañados, en ambas situaciones, de un médico forense. En este primer contacto hay que dejar registrados los hechos relatados por la víctima en la Historia Clínica y se ha de realizar una anamnesis detallada tanto psicológica como ginecológica, valorando la posibilidad de que exista sumisión química. A continuación, se muestra la Tabla 3 con la información más relevante que hay que recabar durante la anamnesis.

Datos generales y ginecológicos	Datos sobre agresión
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes médicos y psiquiátricos. - Fecha última menstruación. - Fecha último coito voluntario. - Ingesta de alcohol, drogas... - Utilización de método anticonceptivo previo y descartar embarazo preexistente. - Antecedentes de violencia sexual o de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con el agresor. - Cuándo y dónde fue la agresión. - Tiempo transcurrido desde el acto. - Uso de armas o violencia. - Tipo de agresión: vaginal, oral, anal... - Utilización de método anticonceptivo. - Aseo personal, cambio de ropa, consumo de alimentos o medicamentos...

Tabla 3. Anamnesis. Fuente: Elaboración propia con información del Protocolo común del SNS para la actuación sanitaria ante la Violencia Sexual 2023 (8).

La exploración comenzará una vez se haya obtenido el consentimiento informado, que puede ser de carácter verbal, por parte de la víctima y se intentará llevar a cabo en un único tiempo para evitar la victimización secundaria. Sin embargo, para la recogida de muestras es indispensable contar con el consentimiento informado por escrito.

El examen físico se efectuará de forma sistemática para evitar errores y contaminar las evidencias, dejando anotados todos los hallazgos que se van encontrando. En la exploración física general se pedirá a la víctima que se desnude sobre una sábana blanca para poder recoger tanto la ropa como los posibles restos de tierra, pelos... que pueda haber y se inspeccionará todo el cuerpo de arriba abajo buscando la presencia de lesiones oculares, cutáneas (heridas, escoriaciones, hematomas...), musculoesqueléticas (fracturas, luxaciones...), etc detallando su aspecto, localización, color, morfología... En cuanto a la exploración ginecológica se inspeccionará: la vulva, la vagina y el cuello uterino, el ano y el periné, la región oral, las mamas, así como el útero y los anejos, si se considera necesario, valorando la presencia de heridas, desgarros, roturas... y siempre evitando emplear instrumentación antes de haber comprobado el estado de los órganos anteriores. Se dejará documentada la presencia o no de lesiones mediante una descripción escrita, fotografías o dibujos.

Una vez concluidas todas las exploraciones y pruebas necesarias, se procederá al tratamiento de las lesiones objetivadas así como al empleo de medidas profilácticas y terapéuticas frente a un posible embarazo, contagio de infecciones de transmisión sexual como VIH (solo si exposición significativa), Chlamydia, Sífilis, hepatitis B y C... o tétanos. Al alta se concretarán citas periódicas para el control del seguimiento con su

médico de atención primaria, principalmente, aunque en función de la situación de la víctima (serologías positivas, posible embarazo, afectación psicológica...) se podrá derivar a otros servicios como Medicina Interna, Infecciosas o Salud mental.

Aparte del protocolo común, existen diferentes protocolos autonómicos que, basándose en el nacional, lo adaptan a los medios sanitarios y sociales disponibles en cada territorio. Las principales diferencias entre el protocolo de Castilla y León y el protocolo nacional son, que el primero presenta una estructura más simplificada orientada a su uso en el servicio de Urgencias, al contrario que el segundo que tiene un enfoque intersectorial, es decir, está destinado a todos los profesionales que van a tratar con la víctima (médicos, psicólogos, fuerzas de seguridad, trabajadores sociales, etc), por lo que explica en detalle cada paso y actuación a seguir. Por otro lado, el autonómico muestra una estrategia de atención a la víctima más inmediata centrada fundamentalmente en la atención médica y no tan a largo plazo, mientras que el nacional da respuesta a todos los aspectos en la vida de la víctima que se ven afectados por la violencia sexual, en otras palabras, tiene un abordaje más transversal teniendo en cuenta el apoyo social, la salud mental, la medicina, los derechos humanos o la justicia, entre otros. Considerando que el objetivo de este trabajo es centrarnos en la actuación a nivel sanitario, en el Anexo 1 se muestra un esquema del protocolo de actuación hospitalaria ante casos de violencia sexual en Castilla y León.

RECOGIDA DE MUESTRAS Y EVIDENCIAS

En estas situaciones el papel del médico forense cobra una especial relevancia puesto que es el informe redactado por ellos el que servirá como posible evidencia de los hechos.

Uno de los cometidos de estos profesionales es garantizar la validez de la recogida de muestras biológicas y evidencias en los casos de agresión sexual, así como asegurar la cadena de custodia de las mismas. Un descuido en la custodia de las pruebas legales así como la ausencia de consentimiento informado escrito por parte de la víctima son motivos para ilegitimar las pruebas.

La toma de muestras se realizará por el médico forense, o en casos excepcionales por un equipo asistencial, independientemente de si la víctima quiere emprender medidas legales contra el agresor y, en la medida de lo posible, se procurará obtenerlas por duplicado para asegurar su validez en caso de contaminación de una de ellas. Para evitar la contaminación se recomienda que el personal encargado de recoger las muestras lo haga en condiciones estériles, por lo que será necesario el uso de ropa

protectora como la bata, mascarilla y doble guante, desechando el guante externo cada vez que se cambie de región anatómica. Cualquier prueba (toxicológica, microbiológica...) que se adquiera se debe poder trazar y verificar su autenticidad, ya que posteriormente pueden emplearse con fines judiciales. Si disponible, se recomienda el empleo de kits de agresión sexual y de sumisión química para facilitar el proceso y garantizar la trazabilidad de las muestras. El relato de la víctima (penetración oral, vaginal, anal...), el tiempo transcurrido desde la agresión y los hallazgos de la exploración física revelarán de qué zonas anatómicas es necesario obtener muestras; no obstante, en aquellos casos en los que la persona no recuerda los hechos con claridad se extraerá una batería de muestras más amplia. Las pruebas que se obtienen de forma estandarizada, atendiendo al contexto individual, son:

- Muestras de boca, ano y vaginal con hisopos estériles y lavados.
- Muestras de secreciones (sangre, semen, saliva) en la superficie corporal con hisopos estériles.
- Peinado de vello púbico.
- Recortes de uñas o limpieza de las mismas con un hisopo estéril.
- Ropa con restos biológicos.

Los plazos recomendados para el estudio biológico-genético se establecen en función de la región corporal, de modo que las tomas bucales se deben obtener durante las primeras 48 horas, las del canal anorrectal y superficie corporal hasta 72 horas después del evento y la toma vaginal se puede obtener hasta los 10 días posteriores. En el caso del estudio toxicológico las muestras de sangre son útiles cuando la agresión se ha producido en las 48 horas anteriores, mientras que las de orina son rentables hasta 5 días después de los hechos (9).

Una vez obtenidas todas las muestras pertinentes, el centro sanitario las remitirá al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) territorial preferiblemente en las primeras 72 horas y no extendiéndose más allá del séptimo día desde su recogida, dado que las pruebas se van degradando con el tiempo perdiendo, por tanto, su fiabilidad.

DISCUSIÓN

Los delitos de origen sexual, sean del tipo que sean, provocan en la víctima una serie de lesiones que pueden llegar a condicionar seriamente su vida cotidiana.

Diversos autores coinciden en que una respuesta adecuada y rápida por parte del sistema sanitario, especialmente un apoyo psicológico apropiado, se asocia a una

menor incidencia de secuelas a largo plazo como el TEPT. Por el contrario, la revictimización secundaria a nivel sanitario se relaciona con mayores tasas de trastornos psíquicos (angustia, ansiedad, depresión...) y sentimiento de culpa en la víctima; por consiguiente, se planteó la necesidad de establecer unas pautas comunes de actuación sanitaria con el fin de ofrecer la mejor atención a las víctimas. Sin restar importancia a la actuación médica tras el delito, probablemente lo más práctico sería intentar evitar que ocurran estas situaciones estableciendo diferentes líneas de intervención; que desde el punto de vista sanitario se podrían implementar a distintos niveles (educativo, hospitalario, centros de salud) pero que, en su mayoría, se llevarían a cabo desde atención primaria.

Entre las estrategias de prevención se encuentran:

- Ampliar y mejorar la formación de los estudiantes del área de la salud en cuestiones relacionados con la violencia sexual para conseguir que obtengan más conocimiento sobre el tema, así como una mayor sensibilización y comodidad tratando estos temas.
- Realizar cribados de violencia sexual en las consultas de Atención Primaria, al igual que se hace con la Violencia de Género, para detectar a tiempo aquellos casos en los que se pueda intervenir.
- Impartir sesiones o talleres sobre educación sexual y consentimiento, especialmente a la población más joven, con el fin de proporcionarles información y herramientas para identificar diferentes situaciones de riesgo, así como para desmitificar algunas creencias populares, por ejemplo, sobre cuál es el perfil típico de un agresor o una víctima.
- Revisar los protocolos de actuación sanitaria cada poco tiempo para realizar mejoras en función de los puntos débiles detectados en su aplicación.
- Capacitar a todos los profesionales sanitarios para saber actuar adecuadamente en estas situaciones, poniendo en el eje central a la víctima, así como facilitar la comunicación entre servicios para evitar la victimización secundaria.

LIMITACIONES

A pesar de la relevancia del tema, a día de hoy, existe poca literatura que se centre en la violencia sexual, especialmente en Europa y, por tanto, también en España. Los pocos estudios publicados a nivel europeo, por lo general, cuentan con muestras pequeñas o no representativas dado que se centran en colectivos muy particulares como población universitaria, de forma que los resultados no son extrapolables a la población general. Del mismo modo, es difícil obtener datos reales acerca del tema

porque en multitud de publicaciones las muestras las conforman tanto varones como mujeres.

CONCLUSIONES

- La violencia sexual supone un problema de salud pública debido a su tendencia al alza, al impacto que tiene en la salud de las víctimas y al gasto en vidas y recursos que conlleva. Resulta difícil esclarecer cuáles son los factores de riesgo asociados a este tipo de delitos, sí que se puede atribuir el aumento de su incidencia a diferentes variables como la exposición temprana a la pornografía, el uso inadecuado de redes sociales o el consumo de alcohol.
- Las lesiones pueden ser muy variadas (físicas, psicológicas, sociales) y la presencia o ausencia de unas u otras no debería de asociarse a una mayor credibilidad del relato de la víctima. A corto plazo es más frecuente encontrar lesiones físicas, que pueden ser tanto genitales como extragenitales; mientras que las lesiones o secuelas psíquicas suelen aparecer con el tiempo, siendo el trastorno de estrés postraumático lo más prevalente.
- Dentro de los delitos contra la libertad sexual, las agresiones sexuales suelen ser frecuente en las Urgencias hospitalarias y han de tratarse como verdaderas urgencias médicas. La atención sanitaria inmediata, así como un estrecho seguimiento posterior se relacionan con una menor aparición de secuelas y, además, favorecen que la persona afectada pueda retomar su vida lo más rápido posible.
- Los protocolos sanitarios contribuyen a dar una respuesta adecuada y eficaz ante estas situaciones, aunque para su aplicación es imprescindible seguir los tiempos de la víctima y garantizar su seguridad y bienestar en todo momento. Entre los procedimientos a seguir se encuentran una correcta anamnesis, una exploración física exhaustiva y el empleo de medidas profilácticas y terapéuticas, siempre que sea necesario.
- La recogida de muestras y evidencias debe hacerse siempre bajo el consentimiento informado por escrito de la paciente y debe llevarse a cabo por un médico forense en colaboración con otros especialistas, preferiblemente en un plazo de 72 horas.
- La prevención de los delitos de origen sexual debe hacerse transversalmente e involucrando a toda la población, pero desde el ámbito sanitario se pueden poner en marcha algunas medidas como la capacitación tanto de profesionales como de estudiantes o la formación de la población en educación sexual.

- Existen pocos estudios que se centre en la violencia sexual, especialmente en Europa y, en España. Por lo que sería necesario realizar futuras investigaciones sobre las agresiones sexuales ya que se trata de un emergente y muy grave problema de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miguel Álvarez A de. Sobre la pornografía y la educación sexual: ¿puede «el sexo» legitimar la humillación y la violencia? Gaceta Sanitaria. 2021;35(4):379-82.
2. Informe sobre Delitos contra la Libertad Sexual 2023. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2023/INFORME-DELITOS-CONTRA-LA-LIBERTAD-SEXUAL-2023.pdf>
3. Memoria del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Palencia, Salamanca y Valladolid. 2023; Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/es/institucional/organismos/medicina-legal-ciencias/memorias>
4. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
5. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 [Internet]. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/macroencuesta2015/macroencuesta2019/>
6. González Fernández J. Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual [Internet]. Barcelona: J.M. BOSCH EDITOR; 2019 [citado 12 de enero de 2025]. 1 p.
7. Vega-Vega C, Navarro-Escayola E, Bañón-González R. Valoración de las lesiones físicas en 702 casos de violencia sexual en la provincia de Alicante (2016-2020). Rev Esp Med Legal. 2023;49(3):82-90.
8. Protocolo común del SNS para la actuación sanitaria ante la Violencia Sexual 2023.
9. Guía de recomendaciones de actuación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses con las muestras biológicas y evidencias que se recojan y remitan por los centros sanitarios en el contexto de la Ley Órgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual.
10. Alonso CF, Novoa MR, Sánchez LS. Protocolo de atención integrada ante las agresiones sexuales en Castilla y León.
11. Ballesteros Doncel E, Blanco Moreno F, Rubio Martín MJ. ¿Dónde están las heridas?: Impactos de las agresiones sexuales en la vida de las víctimas: valoraciones y desatenciones. OBETS: Revista de Ciencias Sociales. 2024;19(2):167-82.
12. Álvarez Sarrado L, Baquedano Mainar L, Rodríguez Solanilla B, Benito Vielba M, Ruiz Conde MÁ, Castán Mateo S. Sexual assault in gynecology emergency departments: Patient profile and associated factors. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2019;62(3):254-9.

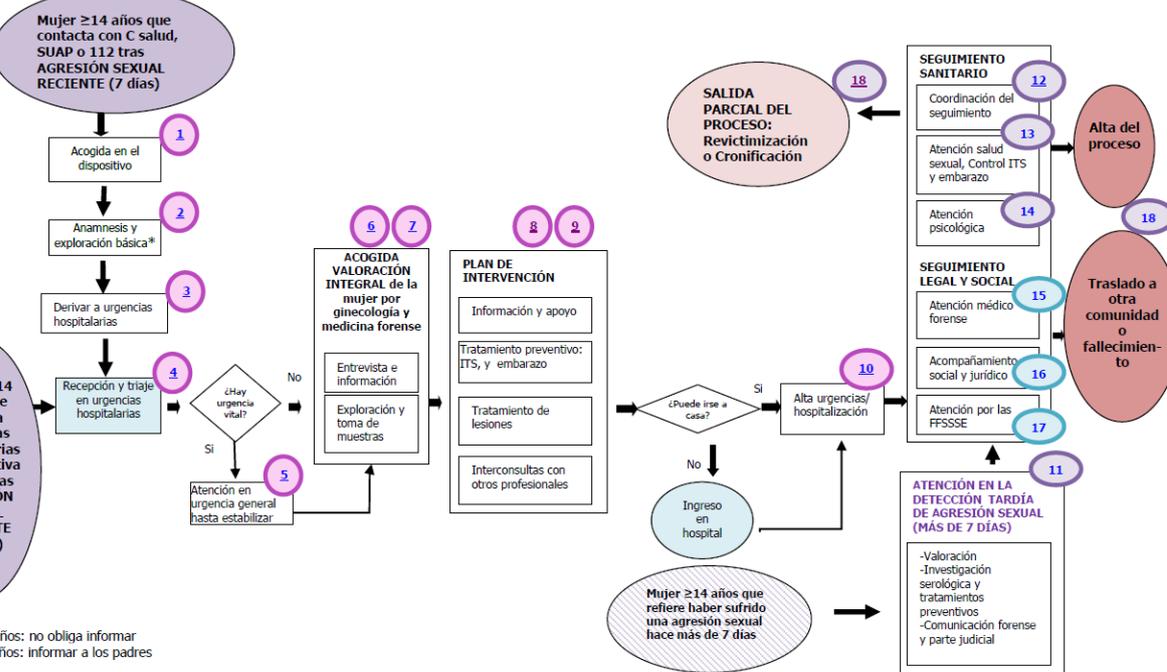
13. Freitas Betances AM. Sexualidad en mujeres con historia de violencia sexual [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Almería; 2020 [citado 18 de abril de 2025]. p. 1.
14. Vives Cases C, Castellanos-Torres E, Sanz Barbero B. Violencia sexual y jóvenes: «no es algo con lo que naces, sino con lo que aprendes». *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. 2024;38(1):10.
15. Lozano Oyola JF, Gómez de Terreros Guardiola M, Avilés Carvajal I, Sepúlveda García de la Torre A. Comparación de los perfiles victimológicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad. *Cuad med forense*. 2016;30-9.
16. Redondo-Illescas S. Motivación y oportunidad en la explicación y prevención de los delitos sexuales. *Rev esp med legal*. 2021;1-2.
17. Belau MH, Wiessner C, Sehner S, Dekker A, Briken P. Sexual assault experience, depression, and heavy substance use among German adults: an exploratory mediation analysis. *BMC Public Health*. 2025;25:935.
18. Salvador Sánchez L, Rodríguez Conesa N, Sánchez Ramón S, Rey Novoa M. [Addressing sexual violence in health services]. *Aten Primaria*. 2024;56(11):102837.
19. Schalk T, Oliero J, Fedele E, Troussset V, Lefèvre T. Evaluation of Multidimensional Functional Impairment in Adult Sexual Assault Survivors, with a Focus on Its Psychological, Physical, and Social Dimensions, Based on Validated Measurements: A PRISMA Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(14):6373.
20. Orellana-Campos C. Genital Injuries: Are They Telling us Something about Sexual Violence? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(2):106-13.
21. O'Doherty L, Whelan M, Carter GJ, Brown K, Tarzia L, Hegarty K, et al. Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;10(10):CD013456.
22. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;56:65-81.
23. Barbara G, Buggio L, Micci L, Spinelli G, Paiocchi C, Dridi D, et al. Sexual violence in adult women and adolescents. *Minerva Obstet Gynecol*. 2022;74(3):261-9.
24. Basile KC, Chen J, Friar NW, Smith SG, Leemis RW. Association of Contact Sexual Violence Victimization and Health in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*. 2024;66(5):860-9.
25. Frank P, Batty GD, Pentti J, Jokela M, Ervasti J, Steptoe A, et al. Impact of physical and sexual abuse on risk of hospitalisations for physical and mental illnesses: insights from two large prospective cohort studies. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024;40:100883.
26. Maiorano N, Travers Á, Vallières F. The Relationship Between Rape Myths, Revictimization by Law Enforcement, and Well-Being for Victims of Sexual Assault. *Violence Against Women*. 2023;29(14):2873-90.

ANEXO

1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRADA ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES EN CASTILLA Y LEÓN.

3

MAPA DEL PROCESO



* >16 años: no obliga informar
 <16 años: informar a los padres

Subproceso 1
Atención inicial y de urgencia

Subproceso 2
Seguimiento y alta

ESTUDIO MÉDICO-LEGAL DEL IMPACTO SANITARIO DE LAS AGRESIONES SEXUALES EN MUJERES JÓVENES: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

AUTOR: EVA ALFALLA ÁLVAREZ

TUTORA: MARÍA MERCEDES MARTÍNEZ LEÓN

ÁREA DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual provoca un impacto en la salud, tanto física como psicológica, de la víctima que hace necesario establecer protocolos para actuar de forma adecuada ante estas situaciones en el contexto hospitalario.

OBJETIVOS

- Conocer los aspectos médico-legales de la violencia sexual y revisar los protocolos de actuación.
- Identificar factores relacionados con el aumento de la incidencia.
- Valorar las secuelas producidas.
- Evaluar estrategias de prevención desde el ámbito sanitario.

Nº AGRESIONES SEXUALES.
Años 2019-2023



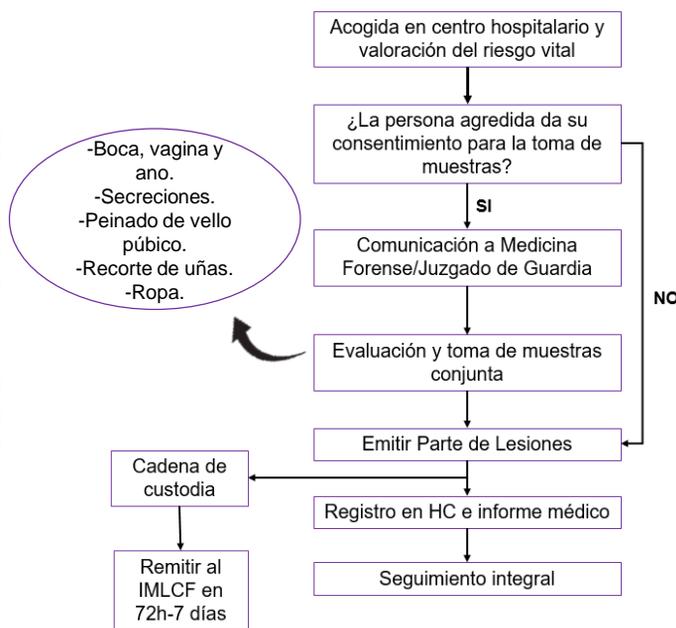
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa sobre el impacto de la violencia sexual en la salud y los protocolos de actuación hospitalaria. Para ello se seleccionaron artículos de diferentes bases de datos, publicados entre 2015 y 2025, así como protocolos sanitarios nacionales y el BOE.

DESARROLLO DEL TEMA



PROTOCOLO



CONCLUSIONES

- La violencia sexual supone un problema de salud pública y ha de tratarse como una urgencia médica.
- La atención temprana y continuada previene la cronificación de las secuelas.
- Los protocolos contribuyen a dar una respuesta más rápida y eficaz, siempre centrada en la víctima.
- La prevención ha de ser transversal, no obstante, también se puede actuar a nivel sanitario.



BIBLIOGRAFÍA

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

- 01** Ampliar y mejorar la formación en violencia sexual de los estudiantes.
- 02** Cribado de violencia sexual en Atención Primaria.
- 03** Impartir sesiones o talleres sobre educación sexual y consentimiento.
- 04** Revisar los protocolos periódicamente para mejorarlos.
- 05** Capacitación de todos los profesionales sanitarios.