



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de revisión bibliográfica sistemática

**“VIOLENCIA SEXUAL: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS
DERIVADAS Y ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS”**

Estudiante: María Gallego Cortés

Tutor: Dr. Ángel Luis Montejo González

Salamanca, mayo 2022

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	3
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
SUMMARY AND KEYWORDS	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 ¿Qué es la violencia sexual?	6
1.2 Evolución del estudio de la violencia sexual	6
1.3 Prevalencia de la violencia sexual.....	7
1.4 Tipos de violencia sexual en literatura científica.....	9
1.5 Características de víctimas y perpetradores de violencia sexual	10
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo principal.....	11
2.2 Objetivos secundarios	11
3. MATERIAL Y MÉTODOS	12
4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	20
4.1 Consecuencias psicológicas derivadas de la violencia sexual	20
4.1.1 Consecuencias a corto plazo	20
4.1.2 Consecuencias a largo plazo	21
4.2 Factores que intervienen en la magnitud de los efectos.....	24
4.3 Atención a las víctimas de violencia sexual.....	26
4.3.1 Actuación de enfermería ante la violencia sexual	28
5. CONCLUSIÓN.	30
6. BIBLIOGRAFÍA	32

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

VS: Violencia sexual

OMS: Organización Mundial de la Salud

SRT: Síndrome de trauma por violación

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

UE: Unión Europea

INE: Instituto Nacional de Estadística

NISVS: National Intimate Partner and Sexual Violence Survey

REFACS: Revista Família, Ciclos de Vida e Saúe no Contexto Social.

VHB: Virus de la Hepatitis B

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

CAISM-UNICAMP: Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer en la Universidad Estatal de Campinas

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Se define como violencia sexual (VS) a cualquier actividad o contacto sexual que ocurre sin el consentimiento de todas las personas implicadas. Constituye un fenómeno muy prevalente en la actualidad, aunque se debe tener en cuenta que muchas de las víctimas no notifican los hechos, por lo que los datos pueden verse infraestimados. Existen, además, diferentes maneras de clasificar los tipos de violencia sexual según sus características.

Objetivos: El presente trabajo tiene como finalidad identificar las consecuencias psicológicas a corto y largo plazo derivadas de la violencia sexual, además de los factores que influyen en la magnitud de esas consecuencias y la atención prestada por parte de los profesionales sanitarios.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica sistemática en la que se han consultado bases de datos como PubMed, Elsevier y Scielo, además de otras revistas, trabajos y manuales científicos.

Resultados: Las principales consecuencias psicológicas derivadas de la experiencia de violencia sexual son el TEPT, la depresión y ansiedad. Además, existen otras como el abuso de alcohol y drogas o la ideación suicida. Entre los factores que agravan estas consecuencias destacan las características del autor de la agresión y la frecuencia de éstas. La atención a las víctimas debe realizarse desde una perspectiva multidisciplinar y estar caracterizada por la comprensión y la sensibilidad.

Conclusiones: Los efectos derivados de la VS dependen de numerosos factores culpables de la magnitud de las consecuencias, y se ven influenciados de manera importante por el apoyo social e institucional recibido. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en el abordaje de estas situaciones, sobre todo desde la perspectiva de enfermería.

Palabras clave: *Violencia sexual, consecuencias psicológicas, características y atención sanitaria.*

SUMMARY AND KEYWORDS

Sexual violence (SV) is defined as any sexual activity or contact that occurs without the consent of all the people involved. It is a very prevalent phenomenon nowadays, although it should be taken into account that many victims do not report the events, so the data may be underestimated. There are also different ways of classifying types of sexual violence according to their characteristics.

Objectives: The aim of this study was to identify the short and long-term psychological consequences of sexual violence, as well as the factors that influence the magnitude of these consequences and the care provided by health professionals.

Methodology: This is a systematic literature review in which databases such as PubMed, Elsevier and Scielo were consulted, as well as other scientific journals, papers and manuals.

Results: The main psychological consequences derived from the experience of sexual violence are PTSD, depression and anxiety. In addition, there are others such as alcohol and drug abuse or suicidal ideation. Among the factors that aggravate these consequences there are the characteristics of the perpetrator and the frequency of the aggression. The care provided to the victims should be carried out from a multidisciplinary perspective and be characterized by understanding and sensitivity.

Conclusions: The effects derived from SV depend on numerous blameworthy factors for the magnitude of the consequences, and are significantly influenced by the social and institutional support received. Healthcare professionals play a fundamental role in addressing these situations, especially from a nursing perspective.

Key words: *Sexual violence, psychological consequences, characteristics and health care.*

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 ¿Qué es la violencia sexual?

Se define como violencia sexual (VS) a cualquier actividad o contacto sexual que ocurre sin el consentimiento de todas las personas implicadas. Esta definición incluye diferentes actos, entre los que se encuentran por un lado la agresión sexual, y por otro, el abuso sexual. Según lo recogido en la reforma del código penal de 1995, las diferencias entre estos dos términos son las siguientes:

- Se considera agresión a la relación sexual no consentida que se consigue utilizando la violencia, intimidación, u otras circunstancias agravantes.
- Por otro lado, abuso es el ataque a la libertad sexual, no consentido por la víctima, pero sin hacer uso de la violencia o la intimidación. (1,2)

A pesar de la diferenciación de términos que encontramos en el ámbito legal, no ocurre lo mismo dentro de la literatura científica, refiriéndose la mayoría de los autores indistintamente mediante el término “abuso”, “agresión” o “violencia” a toda aquella actividad sexual no consentida, aunque atendiendo a su vez a diferentes clasificaciones y niveles de gravedad, según ciertas características, como, por ejemplo, la existencia de penetración o no, o el uso de amenazas verbales.

Por otro lado, una de las definiciones más completas que encontramos del término “violencia sexual” es la expuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”* abarcando actos desde el acoso verbal hasta la penetración forzada. (3)

1.2 Evolución del estudio de la violencia sexual:

El estudio y la atención a la violencia sexual (VS) se ha visto incrementada durante los últimos años. Como consecuencia, ha aumentado el interés general en el impacto psicológico de estas experiencias traumáticas sobre las víctimas, lo cual vemos reflejado en numerosos trabajos académicos.

Los primeros estudios basados en la entrevista a mujeres víctimas de VS se remontan al inicio de los años setenta. Por un lado, Sutherland y Scherl (1970) entrevistaron a 13 mujeres que describían síntomas de miedo y ansiedad, seguidos de un periodo depresivo (4). Por otro lado, en 1974, Burgess y Holmstrom, mediante un trabajo de características similares, describieron el “Síndrome de trauma por violación” (SRT) como un conjunto de síntomas, tanto somáticos como emocionales, incluyendo desde tensión muscular y dolor de estómago, hasta miedo y culpa (5). Ambos artículos marcaron el punto de partida hacia una investigación mucho más exhaustiva desarrollada durante los años posteriores (6).

Con el tiempo, se llegó a la conclusión de que los síntomas descritos en los primeros trabajos académicos sobre VS eran muy similares a aquellos descritos por personas víctima de otro tipo de traumas. De esta manera, en 1980, se llegó a introducir en el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) una nueva condición enmarcando estos síntomas, llamada Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (6). La atención prestada al estudio del VS cada vez fue mayor, no solo basada en el impacto psicológico como tal, sino también en la prevalencia de TEPT en las víctimas de VS frente a las víctimas de otros tipos de trauma, siendo, según un estudio realizado por The Detroit Area Survey of Trauma, mucho mayor en el primero de los casos (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991) (7). A medida que la investigación ha seguido avanzando, encontramos como se ha conseguido relacionar las experiencias sexuales traumáticas con muchas formas de disfunciones psicológicas, desde Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC), hasta trastornos bipolares, pasando por desórdenes disociativos (6).

1.3 Prevalencia de la violencia sexual:

El abuso y las agresiones sexuales constituyen un fenómeno muy frecuente actualmente. Entre el 17 y el 25% de las mujeres, y el 1 y el 3% de los hombres serán sexualmente asaltados a lo largo de su vida. (Black et al., 2011; Fisher, Cullen,) (6). Aun así, debemos tener en cuenta que es un tema muy complicado y muchas de las víctimas no notifican los hechos, por lo que los datos sobre la prevalencia e incidencia pueden ser infraestimados.

Al hablar de prevalencia, nos referimos a todas las personas conocidas como víctimas de violencia sexual, independientemente de la fecha. Uno de los informes más

recientes sobre la prevalencia de las agresiones sexuales a nivel mundial es el presentado en el estudio Multipaís de la OMS (2005) en el que se diferencia entre las agresiones producidas dentro y fuera de la pareja. De esta manera, las cifras de violencia sexual de pareja variaban entre un 10% y un 50% en la mayoría de los entornos, mientras que las víctimas de violencia sexual fuera de la pareja se situaban entre el 0,3% y 12% de las mujeres (8).

Como ha sido mencionado anteriormente, estos datos no pueden ser considerados totalmente verídicos, ya que la violencia sexual es un tema que continúa muy oculto en nuestra sociedad. A pesar de que la mayoría de estas estimaciones se realizan en espacios seguros, se estima que la parte oculta de la violencia sexual se encontraría entre el 85% y el 90% de su prevalencia (9).

En el ámbito de la Unión Europea (UE), un estudio publicado en 2014 por la Agencia Europea de Derechos Fundamentales, “Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE”, estima que el 2% de las mujeres entre 18 y 74 años fueron víctimas de violencia sexual en los 12 meses previos a la entrevista (3,7 millones de mujeres) (10).

Por último, refiriéndonos a España, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015 dio, por primera vez en nuestro país, datos sobre la prevalencia de la VS. Esta encuesta muestra que, en España, el 13,7% de las mujeres mayores de 16 años han sufrido alguna vez VS de la mano de sus parejas, exparejas, u otras personas (amigos, conocidos, familiares o personas desconocidas) (11). Además, según datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2020 han sido notificadas 472 condenas a hombres y 5 a mujeres por delitos contra la libertad e indemnidad sexuales (12). Cabe destacar en este aspecto, que al igual que no todas las agresiones son notificadas, tampoco son condenadas.

Cabe destacar que, la mayor parte de la literatura analizada se refiere a víctimas de sexo femenino. Sin embargo, se ha identificado un número importante de casos de VS contra el sexo masculino, que quedan a menudo descuidados. La VS contra los hombres tiende a ser menos registrada y reconocida (13).

1.4 Tipos de violencia sexual en literatura científica:

A la hora de estudiar el impacto psicológico producido por la experiencia de VS sobre las víctimas, encontramos diferentes maneras de clasificar los tipos VS, ya que, dependiendo de sus características, pueden producir mayor o menor daño sobre la esfera mental.

La violencia sexual se puede categorizar atendiendo a múltiples variables:

- Según el grado de contacto físico: ausencia de contacto, tocamientos o caricias, sexo oral, penetración oral o vaginal, o ambos.
- Según la naturaleza del incidente: aislado o reproducido en varias ocasiones.
- Según la frecuencia con la que se produce: varias veces al año, una vez al mes, varias veces al mes, una vez por semana, varias veces por semana, etc. (14).
- Según el perfil del agresor: Familiar de la víctima, persona perteneciente a su círculo, o alguien desconocido (15).

En los diferentes estudios científicos sobre VS podemos encontrar clasificaciones muy diversas, ya que cada uno utiliza sus propias definiciones operacionales. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Violencia Sexual y de Pareja (NISVS, por sus siglas en inglés), basa sus mediciones en 5 tipos diferentes de VS:

- Violación, definida como cualquier tipo de penetración no deseada (oral, anal o vaginal), completada o intentada, a través del uso de la fuerza física, la violencia o amenazas físicas hacia la víctima, o que ocurra cuando ésta se encuentra en una situación de embriaguez, bajo el efecto de las drogas, inconsciente o incapaz de ofrecer consentimiento. A su vez la violación se separa en tres variantes: penetración forzada completada, intento de penetración forzada, o penetración completada facilitada por los efectos del alcohol o las drogas.
- Obligar o intentar obligar a la víctima a penetrar a otra persona mediante el uso de amenazas físicas o la fuerza, o cuando la víctima se encuentra en una situación de embriaguez, bajo el efecto de las drogas, inconsciente o incapaz de ofrecer consentimiento.
- Coacción sexual, definida como penetración no deseada ocurrida después de que la víctima sea amenazada de manera no física, por una persona que pide

insistentemente sexo, se muestra infeliz, presionada o decepcionada, o amenaza a la víctima con terminar la relación, difundir rumores, etc.

- Contacto sexual no deseado, que se define como experiencias sexuales no deseadas que engloban tocamientos, pero no penetración, desde ser besado sin consentimiento hasta que se acaricien o agarren partes del cuerpo.
- Experiencias sexuales no deseadas sin contacto, que engloban el exhibicionismo o masturbación delante de la víctima, que ésta muestre sus partes sexuales, que la víctima sea obligada a participar en fotografías o películas sexuales, o sea acosada sexualmente hasta sentirse insegura (16).

1.5 Características de víctimas y perpetradores de violencia sexual:

Existen numerosos estereotipos sobre las características de los perpetradores y las víctimas de VS. Muchas personas se pueden imaginar esta situación como la de una mujer siendo atacada violentamente por un extraño, en mitad de la noche, utilizando amenazas verbales e incluso armas. Por el contrario, la mayoría de los VS son llevados a cabo por la pareja, expareja, conocidos, familiares o personas que cuentan con la confianza de las víctimas, en muchas ocasiones, en su propio hogar (17,18).

Algunas de las características más comunes de los perpetradores son las siguientes: (3,15)

- Personas extremadamente celosas o protectoras.
- Víctimas de abuso físico o sexual en la infancia.
- Personas con dificultades en relaciones de pareja.
- Socialmente aislados y personalidad antisocial.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Frecuentemente ausentes de su hogar.
- Con baja autoestima o problemas psicopatológicos.
- Personas pertenecientes a una pandilla.
- Escasa educación.
- Aceptación de la violencia.
- Creencia sobre la inequidad de género y la superioridad masculina.

En un estudio orientado a la caracterización del perfil psicológico de delincuentes sexuales se encuentran diferencias entre los delincuentes sexuales de menores y los delincuentes sexuales de adultos. Aquellos englobados en el primer grupo presentan

rasgos de personalidad dependiente, fóbicos y compulsivos, dificultades para las relaciones interpersonales y para asumir roles independientes, miedo al rechazo y baja capacidad para empatizar o conseguir intimidad. Los delincuentes sexuales pertenecientes al segundo grupo presentan también personalidad dependiente, irresponsable e impulsiva, antisocial y compulsiva, con trastornos de personalidad límite y dificultad para las relaciones interpersonales. (19)

Por otro lado, la mayoría de los abusadores eligen víctimas con las siguientes características: muestra de desinterés sexual, accesibilidad y vulnerabilidad, y personas que consideren con menos probabilidad de revelar el suceso o de ser creídas. Dentro de estas se incluyen las víctimas con problemas de salud mental o física, con experiencias pasadas de abuso sexual infantil, o discapacidad intelectual (17). Estudios que evaluaron a mujeres víctimas de agresiones sexuales detallan algunos de los trastornos de personalidad sufridos por estas pacientes, siendo los que aparecían en mayor porcentaje el trastorno pasivo-agresivo (66%), trastorno antisocial (53%), trastorno límite (37%) y trastorno de evitación (27%). (20)

De todas formas, muchos investigadores rechazan la postura de buscar rasgos de personalidad en las víctimas, ya que cualquier persona es susceptible de ser víctima de una agresión. Incluso estas investigaciones podrían insinuar responsabilidad de la víctima, o ser información beneficiosa para posibles agresores. (20)

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo principal:

- Analizar las consecuencias psicológicas derivadas de la violencia sexual.

2.2 Objetivos secundarios:

- Explicar la magnitud del daño psicológico en función de las características de la agresión sexual.
- Analizar la repercusión de la atención médica, psicológica y social sobre las víctimas.
- Abordar la violencia sexual desde el punto de vista de enfermería.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La estrategia de selección de estudios y búsqueda de información ha consistido en una revisión bibliográfica sobre todo tipo de violencia sexual física, incluyendo agresiones, abuso y violación, y su relación con el desarrollo de patología mental, además de las características de estas consecuencias psicológicas atendiendo a las características de los abusos.

Las bases de datos utilizadas principalmente han sido: Pubmed, Scielo y Elsevier, empleando términos MeSH y búsqueda libre. Además, se ha recopilado información de otras sociedades científicas, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, capítulos de libros, y otras páginas y revistas científicas como la Revista Familia, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social (REFACS).

Los criterios de inclusión y exclusión para los estudios empleados en esta revisión han sido:

- Tipo de estudio: Han sido incluidos artículos de investigación, estudios descriptivos y analíticos, estudios transversales, revisiones bibliográficas y sistemáticas, meta-análisis y manuales clínicos.
- Idioma: Se han incluido artículos escritos o traducidos a los idiomas español e inglés, quedando el resto excluidos.
- Fecha de publicación: Han sido elegidos trabajos publicados desde el año 2000 en adelante, con el fin de utilizar datos recientes. De todas formas, ha sido incluido un capítulo de un libro publicado anteriormente, debido a que proporciona datos interesantes acerca del tema tratado.
- Acceso: Se han elegido artículos de acceso libre y gratuito, o cuyo acceso estuviera permitido a la Institución de la Universidad de Salamanca, quedando excluidos aquellos de pago o con otras características.

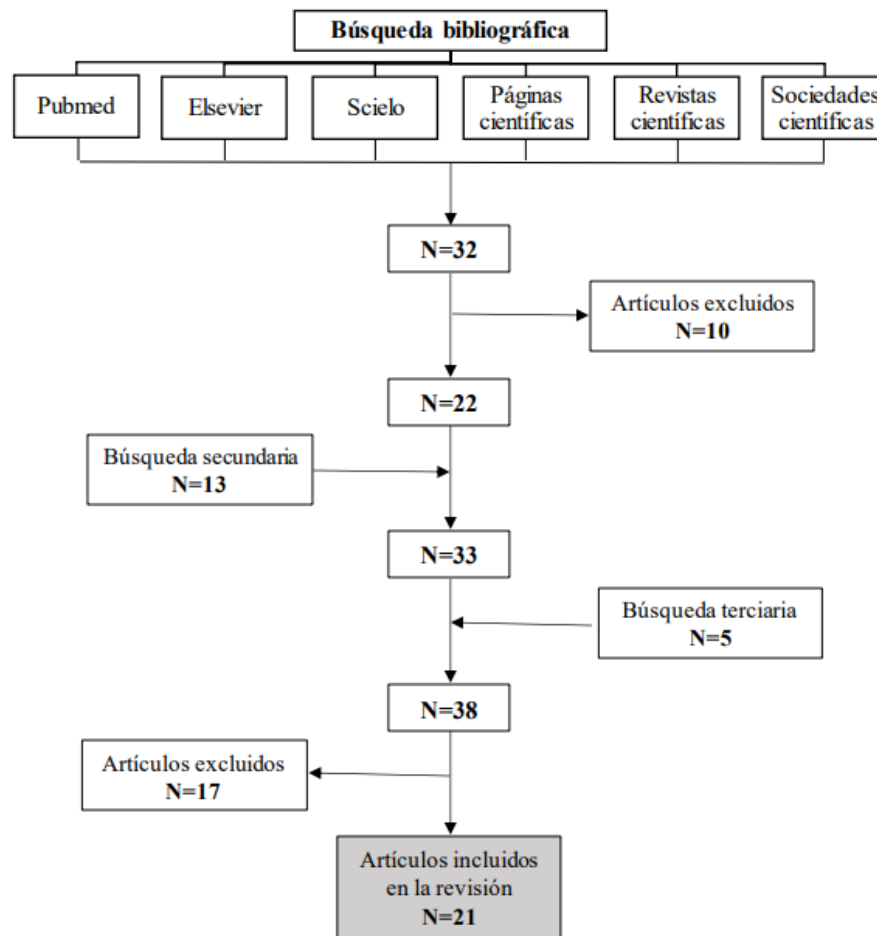


Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento de selección de estudios.

Estudio (autor, país, año)	Diseño del estudio	Resultados principales	Conclusión
Sian Oram <i>Reino Unido, 2019</i>	Artículo de investigación	Los estudios sugieren una asociación entre la VS y el desarrollo de problemas de salud mental (depresión, TEPT, psicosis y problemas de abuso de sustancias).	Existen muchos factores que no contribuyen a la mejora de las respuestas de los servicios de salud mental a la VS, entre ellos la baja prioridad dada a la investigación, resultando en una limitada evidencia.
Fiona Manson; Zoe Lodrick	Estudio descriptivo	Descripción de las reacciones psicológicas a la agresión sexual grave y la violación, incluyendo el desarrollo del trastorno de estrés	La violación y las agresiones sexuales son delitos de graves consecuencias que pocas veces se denuncian. Las

<i>Reino Unido, 2012</i>		postraumático. Son discutidos los mitos y estereotipos que rodean el tema, y su efecto en la respuesta emocional y la situación legal.	víctimas pueden sufrir profundas consecuencias psicológicas derivadas de este trauma, como depresión y TEPT, que requieren tratamiento adecuado.
Jorge González Fernández; Encar Pardo Fernández <i>España, 2007</i>	Estudio descriptivo	Descripción del impacto psíquico de una agresión sexual, de las variables de resistencia y de la importancia de la victimización secundaria.	Las principales manifestaciones psicopatológicas tras una agresión sexual pueden ser inmediatas o a largo plazo, entre las que se distinguen multitud de trastornos. Es fundamental la correcta y sensible atención multidisciplinar a la víctima con el fin de minimizar la victimización secundaria.
Enrique Echeburúa; Paz de Corral; Belén Sarasúa <i>España, 1989</i>	Revisión bibliográfica	Los efectos psicológicos de la violación dependen en gran medida de las diferencias individuales de las víctimas. Los síntomas resultantes se dividen en los producidos a corto plazo y a largo plazo.	La violación es un acontecimiento que produce trastornos de estrés postraumático en la mayoría de los casos, aunque cierto porcentaje de las víctimas no muestran síntomas pasado un año, e incluso pueden presentar cambios positivos.
Emily R. Dworkin; Suvarna V. Menon; Jonathan Bystrynski; Nicole E. Allen	Revisión sistemática y meta-análisis de la literatura empírica desde 1970 hasta 2014.	Las personas que han sufrido un ataque sexual presentan una psicopatología más grave que el grupo de comparación, observándose asociaciones relativamente más fuertes para el TEPT y tendencias suicidas. Se observaron efectos más graves derivados de agresiones producidas por	Existen pruebas sólidas de que la victimización por abuso sexual se asocia con un mayor riesgo de múltiples formas de psicopatología, independientemente de las poblaciones, tipos de agresión y metodologías. Se necesita una mayor

<p><i>Estados Unidos, 2017</i></p>		<p>autores desconocidos, con armas o mediante lesiones físicas.</p>	<p>difusión de las prácticas relacionadas con el trauma sexual basadas en la evidencia.</p>
<p>Kate M. Scott; Karestan C. Koenen; Andrew King; Maria V. Petukhova; et al. <i>Nueva Zelanda, 2018</i></p>	<p>Estudio analítico transversal de los datos de 411 mujeres que participaron en 12 encuestas desarrolladas en 11 países.</p>	<p>La prevalencia de TEPT asociada a agresiones sexuales seleccionadas al azar fue de 20,2%, siendo más común entre las agresiones repetidas que en las que tenían lugar una sola vez. El 40,3% de las mujeres con TEPT se encontraría entre el 10% con mayor riesgo previsto.</p>	<p>Los modelos predictivos pueden ser útiles para seleccionar a las mujeres de alto riesgo para una intervención preventiva.</p>
<p>María Rosario Cortés Arboleda; José Cantón Duarte; David Cantón-Cortés <i>España, 2011</i></p>	<p>Encuesta sobre abuso sexual a 2159 estudiantes de la Universidad de Granada. Se establece un grupo de víctimas y otro control, comparando la salud mental de ambos.</p>	<p>Las universitarias con antecedentes de abusos sexuales presentaban una autoestima y asertividad menores, y una mayor actitud vital negativa, ansiedad y depresión, que las del grupo de comparación. Por otro lado, las víctimas varones sólo se diferenciaban de los universitarios sin antecedentes de abusos en su mayor grado de ansiedad.</p>	<p>Los resultados manifiestan la gravedad de los abusos sexuales y sus consecuencias, además de las circunstancias que los caracterizan, y el perfil de víctimas y agresores.</p>

<p>Jeanie Santaularia; Monica Johnson; Laurie Hart; et al.</p> <p><i>Kansas, 2014</i></p>	<p>Estudio transversal a partir de datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de Kansas de 2011 del módulo de violencia sexual</p>	<p>La prevalencia de factores de riesgo para la salud, enfermedades crónicas y enfermedades y problemas de salud mental era significativamente mayor entre las mujeres que habían sufrido una agresión sexual que entre las mujeres que no la sufrieron, incluso después de ajustar los posibles factores de confusión.</p>	<p>Los resultados del estudio destacan la necesidad de establecer servicios de prevención de enfermedades crónicas para las víctimas de VS. Además, existen importantes implicaciones relacionadas con colaboración entre los programas de violencia sexual, enfermedades crónicas y conductas de riesgo para la salud.</p>
<p>Rebecca C. Thurston; Yuefang Chang; Karen A. Matthews; Roland von Känel; et al.</p> <p><i>Estados Unidos, 2018</i></p>	<p>Artículo de investigación. Historia clínica, mediciones físicas y cuestionarios psicosociales de mujeres sin historial de enfermedad cardiovascular.</p>	<p>La agresión sexual se asocia con una probabilidad significativamente mayor de hipertensión, síntomas depresivos, ansiedad y sueño deficiente.</p>	<p>Son altamente prevalentes las experiencias de violencia sexual entre mujeres de media edad, estando asociadas a un deterioro de la salud mental y la calidad del sueño. Para mejorar la salud de las mujeres se deben tener en cuenta las agresiones sexuales y su prevención.</p>
<p>Mark Agius; Michaela Agius</p> <p><i>Croacia, 2021</i></p>	<p>Revisión bibliográfica. Relación de los abusos sexuales con los cambios cerebrales causados por el estrés.</p>	<p>Las diferencias anatómicas en las estructuras cerebrales entre hombres y mujeres y la relación entre el significado y el contexto del acto sexual repercuten sobre la esfera mental.</p>	<p>El debate sobre las relaciones sexuales entre hombres y mujeres va más allá del problema del abuso sexual, y es fundamental la descripción de relaciones sanas entre seres humanos.</p>
<p>Enrique Echeburúa; Paz de Corral</p>	<p>Estudio analítico sobre las consecuencias</p>	<p>En la mayoría de los casos los abusos sexuales son cometidos por familiares o</p>	<p>Las consecuencias de la victimización son generalmente devastadoras</p>

<p><i>España, 2006</i></p>	<p>del abuso sexual a corto y largo plazo, sobre el impacto la victimización y de las repercusiones en la salud mental.</p>	<p>personas relacionadas con las víctimas. Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas a corto plazo. Los efectos a largo plazo son menos frecuentes, pero pueden afectar al 30% de las víctimas. El impacto emocional de una agresión sexual está modulado por diferentes variables.</p>	<p>para la psicología de la víctima, y el diagnóstico precoz tiene una importancia enorme para impedir la continuación del abuso.</p>
<p>Álvaro Roberto Vallejo Samudio; Martha Isabel Córdoba Arévalo <i>Colombia, 2012</i></p>	<p>Revisión bibliográfica. Acciones dirigidas al apoyo de supervivientes de abuso sexual y tratamientos recomendados.</p>	<p>Los servicios de sanidad de los estados deben asumir el abuso sexual como un asunto de seguridad pública, siendo necesaria una buena atención primaria y en urgencias. Las terapias más utilizadas para el tratamiento psicológico son las psicodinámicas y psicoanalíticas, las cognitivas conductuales, la farmacoterapia, y otras terapias alternativas.</p>	<p>En Colombia se lleva a cabo una violación de los Derechos Humanos en actos atroces contra las mujeres, por lo que es deseable una coordinación entre la ley, los sistemas de justicia, y las fuerzas médicas y forenses.</p>
<p>S. Lapeña; A. Gaztambide; I. Huarte <i>España, 2009</i></p>	<p>Estudio descriptivo sobre la pauta de actuación ante delitos sexuales.</p>	<p>La atención prestada a víctimas de agresiones sexuales debe ser multidisciplinar, englobando atención médica, psicológica y legal. La atención médica debe constar de una anamnesis, exploración física, recogida de muestras y tratamiento de calidad, además del seguimiento posterior oportuno.</p>	<p>Ante un delito de índole sexual es necesario ser minucioso en la realización del informe ginecológico y en la toma de muestras, atender a la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual y a embarazos no deseados y prestar el apoyo psicológico pertinente.</p>
<p>Theodora Stefanidou;</p>	<p>Revisión sistemática a través de</p>	<p>La identificación basada en el juicio clínico, la derivación a otros servicios y el</p>	<p>Existe una gran variación en la provisión de servicios de salud mental y abuso de</p>

<p>Elizabeth Hughes; Katherine Kester; Amanda Edmondson; et al.</p> <p><i>Australia, 2019</i></p>	<p>PsycINFO, MEDLINE, IBSS y CINAHL desde 1975 hasta agosto de 2018. Se incluyen 107 trabajos.</p>	<p>asesoramiento de apoyo estaban entre los enfoques más comunes. Se destacó la importancia de la accesibilidad, la flexibilidad, la atención continuada, el apoyo psicológico interno y el personal capacitado en salud mental.</p>	<p>sustancias. No se encuentra evidencia clara sobre como pueden los servicios de agresión sexual lograr buenos resultados en salud mental y drogadicción.</p>
<p>Mª Inmaculada Vaquero Torres</p> <p><i>España, 2019</i></p>	<p>Revisión bibliográfica de 12 fuentes, de las que se han obtenido un total de 36 protocolos, documentos y procedimientos de enfermería.</p>	<p>La agresión sexual implica una afectación inevitable sobre la salud de las víctimas. Entre los síntomas que produce distinguimos repercusiones sobre la salud sexual y reproductiva, repercusiones en la salud psíquica y repercusiones sobre la salud social. Pueden perdurar en el tiempo una vez finalizada la situación de violencia.</p>	<p>El TEPT es el trastorno más habitual tras una agresión sexual, seguido del desarrollo de conductas suicidas, por lo que los profesionales sanitarios deben tener como máxima prioridad la prevención del suicidio en las víctimas.</p>
<p>Bruna Aparecida Rodrigues Duarte; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira; Carla Denari Giuliani</p> <p><i>Brasil, 2019</i></p>	<p>Revisión integrativa a través de diferentes bases de datos entre los años 2012-2017. Fueron encontrados 73 artículos y seleccionados 14.</p>	<p>Se observó que las actividades llevadas a cabo por la atención primaria son de gran importancia para el atendimento de la mujer víctima de violencia, sin embargo, varios factores, como el bloqueo de los profesionales a reconocer estas situaciones, dificultan el proceso.</p>	<p>La atención primaria se presenta como la puerta de entrada principal para la asistencia a la víctima de violencia de forma integral y holística, sin embargo, se necesita mayor capacitación y fortalecimiento del equipo.</p>
<p>Liene Martha Leal; Maria Auxiliadora</p>	<p>Estudio transversal de enfoque cuantitativo y</p>	<p>Los resultados revelan ocho indicadores positivos (infraestructuras adecuadas, habitaciones para la</p>	<p>Se espera que estos indicadores contribuyan en la mejora de las políticas públicas destinadas a</p>

Figueredo Vertamatti; Victor Zaia; Caio Parente Barbosa <i>Brasil, 2021</i>	muestreo de conveniencia. Muestra de 134 profesionales trabajadores de servicios públicos de salud.	asistencia...), y nueve indicadores negativos (carencia de protocolos asistenciales, número reducido de habitaciones...) dejando claras las intervenciones necesarias para la prestación de servicios sanitarios de calidad.	escuchar, acoger, identificar y tratar a las personas en situación de VS.
Ratchneewan Ross; Claire Burke Draucker; Donna Martsof; Kathleen Adamle; et al. <i>Estados Unidos, 2010</i>	Análisis de entrevistas semiestructuradas a 23 directores de unidad y 12 enfermeras de práctica avanzada de cuatro hospitales.	El artículo capta tres aspectos de las experiencias de los participantes: un sentido inicial de desconexión de los pacientes supervivientes de VS, la necesidad de actuar cautelosamente, y la experiencia de formar una conexión significativa utilizada en el contexto de los cuidados.	Esta investigación sugiere que las enfermeras proporcionan una atención de calidad a las víctimas de VS respondiendo intuitivamente a las señales de angustia de las supervivientes, y encontrando formas de aliviar el tema de la violencia.
Maria José dos Reis; Maria Helena Baena de Moraes Lopes; Rosângela Higa; Aloísio José Bedone <i>Brasil, 2010</i>	Estudio retrospectivo y descriptivo con 146 fichas de mujeres víctimas de VS atendidas entre 2006-2007.	La mayoría de las atenciones tuvieron lugar durante el período diurno, hubo coherencia entre las intervenciones y los diagnósticos de enfermería, y las mujeres afirmaron que recibieron orientaciones de acuerdo con el protocolo del programa.	El tiempo dedicado a la atención, el retorno a las consultas de enfermería y el relato de las víctimas de haber recibido orientación adecuada indican que los enfermeros presentaron una actitud acogedora durante la atención a mujeres que sufrieron VS.
Tamra J. Courey; Donna S. Martsof; Claire B. Draucker; Karen B. Strickland	Análisis de 60 entrevistas estructuradas a víctimas de VS.	Los roles de consejero y experto técnico fueron los más importantes para las supervivientes. Las participantes refirieron que los profesionales sanitarios eran realmente útiles cuando mostraban sensibilidad, especialmente en lo	Los profesionales deben mantener una compostura compasiva y atenta a la hora de trabajar con víctimas de VS.

2011		relacionado con su experiencia de violencia.	
International Organization for Migration; Panamerican Health Organization; UN Women; United Nations Population Fund	Manual clínico y guía de actuación.	Manual clínico para el abordaje de las cuatro necesidades principales (salud emocional, física, de seguridad y mental) en las mujeres víctimas de violencia.	La atención centrada en la mujer significa que ésta depende de lo que la víctima desee. Se rige por los principios fundamentales de respeto por los derechos humanos y promoción de la igualdad de género.
2020			

Tabla 1. Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión.

4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

4.1 Consecuencias psicológicas derivadas de la violencia sexual:

Existen numerosas consecuencias psíquicas derivadas del sufrimiento de violencia sexual. Muchos estudios sugieren una asociación entre la violencia sexual y el diagnóstico de diferentes enfermedades mentales, como pueden ser depresión, ansiedad, psicosis, problemas de abuso de sustancias y trastorno de estrés postraumático. Además, se ha demostrado que existe una alta proporción de personas que han experimentado violencia sexual en contacto con servicios de salud mental (21).

Atendiendo a los trabajos científicos analizados, las consecuencias psicológicas derivada de la violencia sexual se pueden clasificar en consecuencias a corto plazo y a largo plazo.

4.1.1 Consecuencias a corto plazo:

Dentro de las reacciones psicológicas experimentadas por las víctimas a corto plazo, podemos diferenciar las que ocurren inmediatamente en el momento de la agresión. En situaciones de miedo extremo, como es el caso de una agresión sexual, se pueden poner en marcha ciertos mecanismos de disociación, como la desrealización o despersonalización, que permiten que las víctimas soporten las circunstancias (17). La ansiedad, el miedo, la indefensión, la sensación de amenaza de vida, degradación y la

pérdida de control son sentimientos característicos y predominantes durante una violación (22).

Como resultado a la activación de ciertos procesos cerebrales durante una experiencia traumática, algunas estructuras que dirigen los procesos de memoria se pueden ver alteradas, impidiendo el procesamiento correcto de la información y causando una percepción distorsionada de los sucesos. Con el descanso y el paso del tiempo, las estructuras cerebrales pueden llegar a procesar correctamente la memoria, aumentando la capacidad para recordar. Esto explica que, en ocasiones, se produzcan cambios en las narraciones de las víctimas (17).

Por otro lado, atendemos a los síntomas desarrollados tras la agresión. En un artículo publicado en la Universidad del País Vasco por Enrique Echeburua, Paz de Corral y Belén Sarasua, se explican las pautas de reacción más habituales tras sufrir una violación, diferenciando diferentes fases. Entre ellas se encuentran una fase inicial aguda, que se prolonga durante unos días o semanas, en la que predominan el miedo y ansiedad intensos, conductas incoherentes, confusión y trastornos psicossomáticos (fatiga, alteraciones del sueño y apetito, etc.). La siguiente es la fase de pseudoadaptación, en la que la víctima reestablece su estilo de vida y predominan sentimientos de ira, acompañados de conductas evitativas. Por último, comienza una fase de resolución, en la que comienzan los síntomas de depresión, culpa, o deseos de venganza, acompañados de una necesidad de desahogo (23).

Muchos otros estudios también se refieren a la psicopatología inmediata desarrollada tras una agresión sexual, resumiéndose en sensaciones de irrealidad, culpa y vergüenza, miedo, ansiedad, confusión, disminución de la concentración, déficit del procesamiento de la información, entre otras (17,22).

4.1.2 Consecuencias a largo plazo:

La investigación ha demostrado durante muchos años que las agresiones sexuales están relacionadas con muchas formas de disfunción psicológica. Una revisión realizada por Campbell, Dworkin y Cabral (2009), sobre la prevalencia de varias patologías mentales en supervivientes de violencia sexual, reveló que el 17-65% de personas con un historial de agresión sexual desarrollan TEPT, 13-51% síntomas de depresión, 12-40% presentan ansiedad, 13-49% desarrollan abuso de alcohol, 28-61% problemas con las drogas, 23-44% ideación suicida y 2-19% cometen un intento de suicidio. Hay

también otras patologías presentes en estas víctimas, aunque menos asociadas, como TOC, o desorden bipolar, las cuales tienen principalmente una base genética, pero también están relacionadas con el sufrimiento de experiencias traumáticas (6).

Dentro de la psicopatología desarrollada a largo plazo por las víctimas de violencia sexual, destaca el trastorno de estrés postraumático o TEPT. El TEPT es una afección caracterizada por la reexperimentación del acontecimiento traumático (mediante flashbacks y pesadillas), síntomas persistentes de excitación (manifestados mediante insomnio, irritabilidad, respuestas exageradas o dificultades de concentración) y la activación de conductas evitativas hacia los estímulos relacionados con la agresión (17). Es el padecimiento más común, desarrollado en el 50% de las mujeres víctima, en el 65% de los hombres y hasta en el 90% de los niños (22).

El TEPT es un tipo de trastorno que aparece siempre como consecuencia a una situación traumática, a diferencia de los diferentes tipos de psicopatología analizada (6). En un estudio realizado por Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von encontramos como el desarrollo de TEPT se sitúa en un 18% en víctimas de robo con violencia, 28% en víctimas de robo con escalamiento y nocturnidad, y asciende hasta 57% en víctimas de violación. Estos resultados hacen destacar el desarrollo de TEPT en víctimas de trauma por violencia sexual frente otros tipos de experiencias traumáticas (6,23).

Otro de los estudios relacionados con la asociación entre violencia sexual y desarrollo de TEPT es el realizado por Scott et al. (2018), en el que se recogen datos de 12 encuestas en 11 países realizadas por la OMS. Éste revela que la prevalencia de TEPT asociada a agresiones sexuales es del 20,2% de media entre todas las encuestas, siendo además significativamente mayor en aquellos países con niveles de ingresos mayores. Este estudio es además contrastado con otro, la Encuesta de Trauma del Área de Detroit (1996), en el que se diferencia entre violación y otros tipos de agresión, descubriéndose una prevalencia de TEPT mayor (24% en el primer caso frente a 49% en el segundo) (24). De todas formas, en muchos otros trabajos se afirma que, desde una perspectiva psicológica, la diferenciación entre tipos de agresiones es irrelevante, considerando todas ellas como conductas sexuales no acordadas, agresivas y de degradación (23,24).

Dentro de la psicopatología desarrollada de forma diferida, destaca la aparición de muchas otras condiciones. Entre ellas encontramos trastornos de ansiedad, trastornos depresivos (siendo los intentos autolíticos casi nueve veces mayores en víctimas de violencia sexual que en otras personas), trastornos de estrés agudo, disfunciones sexuales, trastornos disociativos permanentes, trastorno de estrés postraumático complejo, trastornos de la personalidad, entre otras (22).

Un estudio llevado a cabo por Kilpatrick et al., basado en una encuesta realizada a 507 víctimas de agresión sexual, presenta que el 30% habían sufrido como mínimo un episodio de depresión mayor, y el 21% la sufría en el momento del estudio. Además, habían contemplado alguna vez el suicidio el 33% de las víctimas, y el 13% habían cometido algún intento (17).

Otro de los estudios analizados, realizado en la Universidad de Granada por Cantón Arboleda, Cantón Duarte y Cantón-Cortés (2011), coincide con la gravedad de esta situación, comparando la salud mental de un grupo de víctimas de abusos sexuales frente a otro grupo control. Un 1,2% del grupo control presentaba depresión grave, frente al 5,4% de las víctimas; en cuanto a trastorno de ansiedad, el 10,8% de las víctimas se situó en el percentil 90 o más en ansiedad-estado, frente al 3,3% de las no víctimas, y el 20% en ansiedad-rasgo, frente al 6,2% de las no víctimas; finalmente, un 21,7% de las víctimas presentaba una baja autoestima, frente al 7,9% del grupo control (14).

En otro análisis, llevado a cabo por Santaularia et al. (2014), se estudia la relación de la violencia sexual con el padecimiento de cualquier enfermedad crónica, atendiendo así también a los trastornos mentales. De la muestra analizada, el 47,3% habían desarrollado depresión, 33,9% ansiedad y 18,1% ideación suicida (25). En comparación con otras condiciones, las víctimas supervivientes de violencia sexual presentan un mayor riesgo de ideación suicida. Según un estudio realizado por Panagioti et al. (2012) esto puede deberse a la relación que existe entre los tipos de psicopatología derivados de la experiencia de una agresión sexual y el desarrollo de ideación suicida, además del grado de estigma y vergüenza que rodea a las víctimas de violencia sexual (6).

Por último, también se especifica esta relación en otro de los estudios analizados, presentado por Thurston RC et al. (2019), que demuestra que las mujeres con historial

de agresiones sexuales tienen mayor probabilidad de padecer síntomas depresivos, ansiedad o problemas para dormir clínicamente significativos, que otras mujeres sin este tipo de experiencia (26).

En ocasiones, las víctimas se recuperan de los efectos del ataque pasados unos meses. En un estudio realizado por Rothbaum et al., se descubrió que cierto tiempo (13 días aproximadamente) después del ataque, presentaban síntomas de TEPT el 94% de las víctimas de la muestra analizada. Pasados una media de 94 días tras la agresión, el porcentaje de víctimas que continuaba con síntomas desciende al 47% (17). La ansiedad y el miedo vinculados a la agresión pueden prolongarse hasta un año después (22,23). Los temores se relacionan con los estímulos asociados a la experiencia (el pene), a la vulnerabilidad sentida durante la agresión (la oscuridad, los hombres desconocidos) o a preocupaciones resultantes de la vivencia (hablar con la policía) (23). De todas formas, los síntomas pueden persistir durante un periodo más prolongado, derivando en TEPT persistente, abuso de sustancias, ansiedad, depresión, rabia o irritabilidad (17).

Además de las consecuencias psicológicas derivadas de una experiencia traumática, también se producen en las estructuras cerebrales cambios anatómicos, siendo el más característico una disminución en el tamaño del hipocampo. Estos cambios se atribuyen a la exposición a altos niveles de estrés, mediados por el cortisol y sus efectos neurotóxicos, y la posible inflamación (27).

4.2 Factores que intervienen en la magnitud de los efectos:

Las diferentes características que se desarrollan durante un episodio de violencia sexual pueden tener una importante repercusión sobre las consecuencias psicológicas resultantes (6).

Las reacciones psicológicas ante una agresión de este tipo dependen de las diferencias individuales, como la edad, la historia previa, las habilidades de enfrentamiento, la autoestima, el apoyo social, la personalidad, las características de la situación, etc. (23).

Las investigaciones revelan que, en su mayoría, los perpetradores de violencia sexual son personas de confianza de las víctimas, como sus parejas o exparejas, amigos, familia o compañeros. Este hecho trae consigo, además, que la mayoría de los asaltos

se cometan en lugares que forman parte de la vida diaria de las personas agredidas, cometiéndose incluso en sus hogares (17). Este dato es preocupante, ya que uno de los indicadores que contribuyen a que se produzcan respuestas postraumáticas más severas en las víctimas es la identidad del agresor, produciéndose consecuencias más graves cuando se trata de personas cercanas (17,24). Esto puede deberse a que los sentimientos de culpabilidad, vergüenza y asco se ven más acentuados, pero también, cuando se trata de un extraño, es más fácil para la víctima la disociación de la agresión de sus conductas sexuales habituales y la atribución de ésta a un factor casual (23). Por otro lado, otro de los factores que ha demostrado estar más relacionados con las reacciones psicológicas más graves es la frecuencia de las agresiones, siendo las víctimas agredidas en varias ocasiones aquellas con mayores dificultades para la readaptación emocional (23). Existe una relación entre estas dos características, ya que cuando los abusos se producen en más de una ocasión, suelen estar perpetrados por personas cercanas a las víctimas (24).

Otros indicadores que también contribuyen al desarrollo de psicopatología más grave son la presencia de violencia física, la sensación de amenaza de vida, el hecho de que se produzca una violación completada (no solo un intento), que la víctima disocie en el momento del ataque o inmediatamente después, sea incapaz de moverse, sea muy joven o muy mayor, o se encuentre en un ambiente de cautividad (17). También está altamente relacionada la experiencia de trauma previo (incluyendo otras agresiones sexuales, problemas familiares, otro tipo de adversidades, etc.) y presentar un historial previo de patología mental (6,24).

Según un estudio publicado por Jorge González Fernández y Encar Pardo Fernández (2007), existen dos variables principales de las que dependen el desarrollo y la resistencia al padecimiento de patología psiquiátrica tras una agresión sexual: factores de vulnerabilidad y factores de resiliencia. En cuanto a los primeros, se describe un peor pronóstico para las mujeres casadas y de mayor edad, o para aquellas que padecieran previamente depresión o ansiedad. La vulnerabilidad de la víctima también depende de factores asociados al asalto sexual, como la consumación del coito o la existencia de otro tipo de violencia (robo), como se ha descrito anteriormente. En cuanto a los factores de resiliencia, se refieren a las capacidades individuales de la víctima para salir ilesa de la situación, como las habilidades verbales, figuras de apoyo

o la capacidad para establecer pautas conductuales. En ambas variables se resume lo descrito anteriormente en muchos otros trabajos (22).

Cabe destacar además la importancia del significado y la interpretación que la propia víctima le atribuya a lo sucedido. Cargar con la responsabilidad de lo ocurrido al agresor y no a uno mismo, tener la capacidad para minimizar los hechos pensando que “podría haber sido peor”, protegen de los sentimientos de culpa y reducen el impacto psicológico (17,23,27).

Un estudio publicado por E. Echeburúa y P. de Corral (2006) resume las 4 variables que modulan el impacto emocional de una agresión. En primer lugar, el perfil individual de la víctima, es decir, su edad, estabilidad psicológica, sexo, etc. En segundo lugar, las características del acto abusivo: cuanto más intenso y cónico es el abuso, mayor es la probabilidad de desarrollar síntomas psicológicos. En tercer lugar, como se ha referido anteriormente, la relación con el agresor: siendo más importante el nivel de intimidad emocional que el grado de parentesco propiamente dicho; a mayor grado de intimidad, mayor resultará el impacto psicológico. Por último, son muy importantes las consecuencias asociadas a la revelación del abuso, desempeñando la reacción del entorno un papel fundamental (15). La gravedad de la sintomatología desarrollada es altamente influida por el ambiente que rodea a la víctima. Cuando es ignorada, su experiencia es minimizada o no reconocida, es juzgada, culpada, o cuestionada, se reducen en gran medida las posibilidades de recuperación (17).

A la hora de medir la magnitud de las consecuencias de una agresión sexual, muchos estudios se basan en la Encuesta de Experiencias Sexuales, la cual incluye una amplia variedad de características sobre la agresión (si ha sido forzada o coaccionada, si se ha conseguido completar o solo se trata de un intento, si ha habido penetración o solo tocamientos, etc.). Dada la especificidad de esta encuesta, es considerada una de las mejores formas de medición. De todas maneras, otros estudios elaboran sus propios métodos, variando las definiciones operacionales. Esta discrepancia en los métodos de evaluación de las características del asalto hace que no exista unanimidad a este respecto (6).

4.3 Atención a las víctimas de violencia sexual:

Saber actuar correctamente ante la revelación de una agresión sexual es imprescindible, por la creciente frecuencia con la que suceden, y por sus consecuencias

derivadas. Es indispensable una atención multidisciplinar, conformada por las partes médica, psicológica y legal (2), siendo aún más evidente esta necesidad si se trata de víctimas de TEPT (28).

Las víctimas requieren apoyo profesional que las guíen durante el proceso de tratamiento, y si este no es suficiente, puede traducirse en una baja adherencia (28). Entre los posibles tratamientos necesarios para las víctimas de violencia sexual se incluyen tratamiento psicológico urgente, exploración o realización de estudios posteriores, asegurar la protección de la víctima, etc. En ocasiones puede ser necesario tratamiento quirúrgico, vacuna antitetánica, analgesia, contracepción postcoital, profilaxis empírica del virus de la hepatitis B (VHB) y enfermedades de transmisión sexual (ETS), todo acompañado de un cuidadoso soporte emocional, respetando la capacidad de control de la persona afectada (2).

En cuanto al tratamiento psicológico, una de las técnicas más recomendadas es la relajación (para reducir niveles de estrés), combinada con otras de reestructuración cognitiva, psicoterapia psicodinámica, empleo de psicofármacos (uso predominante de antidepresivos y ansiolíticos), o la hipnosis. Se utilizan terapias tanto individuales como grupales, con enfoque psicodinámico y psicoanalítico (28).

Por otro lado, además de la necesidad innegable para las víctimas de recibir un tratamiento adecuado, son muy importantes las respuestas de los servicios de salud y los servicios sociales ante una revelación, ya que impactan seriamente en las consecuencias psicológicas de las supervivientes (Sweeney et al., 2019) (21). La aparición de nuevos daños psicológicos secundarios a consecuencia de los impactos sucesivos que se generan en la interacción con las figuras sociales (médicos, policías, jueces), se conoce como victimización secundaria (22). La correcta atención y comprensión por parte de las instituciones que tengan contacto con las víctimas es un punto determinante de su recuperación y bienestar (17).

No solo en lo que atañe a las instituciones que atienden a las víctimas de violencia sexual, sino que además es igual de importante que las personas que atraviesan junto a las víctimas toda la situación entiendan las consecuencias psicológicas y físicas derivadas de una agresión (17). Muchas personas no comprenden la relevancia de la violencia sexual en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de problemas mentales, mientras que otros además temen producir angustia a la hora de preguntar

sobre el tema, o no se ven preparados ante una revelación (Hughes et al., 2019) (21). Esto también es debido al gran estigma que rodea la violencia sexual, el cual además impacta de manera considerable sobre las víctimas. Conduce a la inculpação, vergüenza y la renuncia a pedir ayuda, además de las reacciones negativas a las que se exponen las víctimas al revelar lo sucedido (6).

Por todo lo descrito anteriormente, es necesario establecer un mejor enfoque en la atención, aunque existen muchos factores que frenan el progreso en la mejora de las respuestas (6,21). En una revisión realizada por Stefanidou T, Hughes E, Kester K, Edmondson A, Majeed-Ariss R, Smith C, et al. (2020), se llega a la conclusión de que, a pesar de la existencia de servicios especiales en numerosos países destinados a la atención de víctimas de violencia sexual, no existe una manera consensuada a la hora de identificar los problemas de salud mental. Esto es debido a que, en algunos servicios, se utilizan evaluaciones no estructuradas o no especificadas, o medidas no validadas, que no reflejan formas de actuación claras (lo que además deja en evidencia que la salud mental no se considera un área central en los servicios de agresión). Además, muchos no ofrecen un seguimiento que asegure la adherencia de los usuarios. En definitiva, se necesita una planificación más clara de actuación sobre la salud mental en víctimas de violencia sexual (29).

4.3.1 Actuación de enfermería ante la violencia sexual:

Para reducir la prevalencia de la violencia sexual es imprescindible la disponibilidad y el acceso a una atención sanitaria de calidad. La enfermería es una fuerza clave en la identificación y protección de las víctimas en este ámbito, siendo la figura más implicada por su contacto directo con los pacientes (30). Además, los estudios presentan la Atención Primaria como la puerta de entrada principal para la atención de víctimas de violencia sexual, dando gran importancia a un acogimiento de calidad, para la creación del vínculo y confianza necesarios con los profesionales del equipo; a posibilitar el diálogo y repasar las informaciones legales necesarias; y a la elaboración de planes de acciones en conjunto con un equipo multidisciplinar (31).

A pesar de la gran importancia de la enfermería, son muchos los estudios que revelan que los profesionales no se sienten formados adecuadamente para atender casos de violencia sexual. Un estudio transversal realizado en un hospital público y 33 Unidades Básicas de Salud en una ciudad del interior de Brasil en 2018, con el objetivo de

evaluar la calidad de la atención a las personas en situación de violencia sexual, mostró que el 53,7% de los profesionales consideran que la unidad sanitaria en la que trabajan no está capacitada para atender a personas en situación de violencia sexual, señalando entre las principales dificultades la falta de formación y cualificación, la falta de comunicación con la red de asistencia especializada, el miedo de las víctimas a hablar de la violencia sufrida, entre otras (32). Uno de los problemas de los profesionales es el no identificar correctamente los escenarios de violencia, ya que en muchas ocasiones se enfocan en el problema físico y clínico, cuando es necesario utilizar herramientas de escucha para un cuidado integral. Este no reconocimiento es provocado por diversos factores, entre lo que se encuentra la dificultad de los profesionales para intervenir en asuntos considerados como delicados (31).

En una investigación realizada por Ross, R., Draucker, C. B., Martsolf, D., Adamle, K., Chiang-Hanisko, L., y Lewandowski, W (2010) a partir de la información extraída de encuestas realizadas a jefes de unidad de enfermería y enfermeros avanzados de diferentes hospitales sobre su manera de actuar frente a casos de violencia sexual, se llegó a la conclusión de que, a pesar de la falta de tiempo, indagación y formación de los profesionales (expresada en los estudios anteriores), éstos explican ejemplos de cómo llegaron a construir las conexiones personales necesarias para hacer frente a los problemas de violencia sexual (33).

De la misma manera se muestra en un estudio retrospectivo y descriptivo con 146 fichas de atención de enfermería de mujeres atendidas entre los años 2006 y 2007 en el Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer en la Universidad Estatal de Campinas (CAISM-UNICAMP), que caracteriza la asistencia de enfermería a mujeres que sufrieron violencia sexual. En él se obtuvo que entre el 70,8% y el 83,9% de las mujeres refirieron haber recibido las orientaciones e informaciones necesarias por parte del personal de enfermería, de acuerdo con el programa, lo cual demuestra una actitud enfermero-paciente satisfactoria (34).

Por otro lado, en cuanto a la creación de protocolos específicos para la identificación y atención de pacientes en situación de violencia sexual, existen posturas contradictorias. Ciertos estudios afirman que las guías determinadas de actuación son indispensables para una atención de calidad (32), mientras que otros, basados en encuestas realizadas a los profesionales, aseguran que se observan mejores resultados

considerando las necesidades y preocupaciones de manera adaptada e intuitiva, ya que los atendimientos estandarizados en casos de violencia sexual no ofrecen un acogimiento de calidad (31,33). Un estudio realizado por Courey, Martsof, Draucker, y Strickland en 2008, revela que, cuando los profesionales sanitarios mostraban una sensibilidad interpersonal mayor con los pacientes a la hora de realizar los cuidados, éstos eran percibidos como más útiles. De hecho, las víctimas agradecieron más a menudo la compasión de los profesionales que sus habilidades o conocimientos (35).

La OMS, en un manual de guía clínica para actuación de los profesionales sanitarios ante la violencia sexual, aporta una serie de recomendaciones. Entre ellas, en primer lugar, explica la importancia del “Apoyo de primera línea”, cuyas tareas englobadas se resumen en: atención al escuchar, no juzgar y validar, informarse sobre necesidades y preocupaciones, mejorar la seguridad y apoyar a la víctima. En segundo lugar, hace referencia a la atención de la salud física de la mujer, mediante la realización de la historia clínica y el examen físico, el tratamiento de lesiones, anticoncepción de emergencia, prevención de ETS y del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y elaboración de un plan de autocuidado de salud. A medida que el examen físico es realizado, es necesario indagar sobre la salud mental de la mujer y proveer de atención complementaria mediante apoyo psicosocial básico y atención a los problemas de salud mental más graves, si es necesario (36).

5. CONCLUSIÓN.

La violencia sexual continúa siendo un grave y creciente problema de salud pública que genera numerosas víctimas año tras año. La naturaleza de estas agresiones sexuales contribuye a la aparición de consecuencias psicológicas a corto y largo plazo, y al consiguiente desarrollo de una atención especializada por parte de los profesionales sanitarios.

La principal consecuencia psicológica derivada del sufrimiento de violencia sexual es el desarrollo de TEPT, además de otras como la depresión, ansiedad, trastornos de abuso de alcohol o drogas, conductas suicidas, TOC, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad o trastornos disociativos.

Por otro lado, algunas de las características de las agresiones que agravan la sintomatología psicopatológica son la frecuencia de éstas, y que los agresores sean personas cercanas a las víctimas. Son además determinantes las características

individuales, como la edad, el apoyo social o las estrategias de afrontamiento, y la presencia o no de violencia física o amenazas.

Finalmente, es primordial brindar una atención multidisciplinar y de calidad a las víctimas de violencia sexual, para minimizar al máximo las consecuencias de la victimización secundaria. La correcta comprensión es determinante para su recuperación y bienestar, y para ello es necesario un seguimiento adecuado y una planificación más clara de las pautas de actuación, siempre desde la comprensión y la humanidad. Es imprescindible que tanto la sociedad, como los profesionales sanitarios sean capaces de detectar y abordar esta problemática, destacando el papel de la enfermería, debido a su grado de cercanía con los pacientes.

La enfermería, sobre todo desde su trabajo en atención primaria, desempeña un papel primordial ante la detección temprana y el abordaje de esta problemática. Por ello, los profesionales deben verse preparados para actuar en estas situaciones, mediante el establecimiento de protocolos específicos si es necesario, pero siempre desde la intuición, cercanía y comprensión que caracteriza a la profesión enfermera.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Violencia sexual: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001955.htm>
2. Lapeña S, Gaztambide A, Huarte I. Agresión sexual. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [Internet]. 2009 [citado 15 de abril de 2022]; 32:59-63. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200007
3. Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual. [Internet]. 2013. [citado 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98821>
4. Sutherland S, Scherl DJ. Patterns of response among victims of rape. Am J Orthopsychiatry [Internet]. 1970. [citado 15 de abril de 2022];40(3):503-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1970.tb00708.x>
5. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. The American Journal of Psychiatry. [Internet]. 1974. [citado 23 de abril de 2022];131(9):981-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4415470/>
6. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. [Internet]. 2017. [citado 23 de abril de 2022];56:65-81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735817300880?via%3Dihub>
7. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. Archives of General Psychiatry. [Internet]. 1991. [citado 23 de abril de 2022];48(3):216-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1996917/>
8. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos

- relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>
9. Femicidio.net. 3. Prevalencia de la violencia sexual: las cifras [Internet]. Geo Violencia Sexual. 2021 [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://geoviolenciasexual.com/3-prevalencia-de-la-violencia-sexual-las-cifras/>
 10. European Union Agency for Fundamental Rights. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE: resumen de las conclusiones. [Internet]. LU: Publications Office; 2014 [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2811/6080>
 11. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Percepción social de la violencia sexual. Principales resultados. [Internet]. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Centro de Publicaciones. 2018. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2018/doc/Principales_Resultados_Violencia_Sexual.pdf
 12. Delitos sexuales según sexo (28750) [Internet]. INE. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=28750>
 13. Bastos KRP, Costa LF. Caracterización de las víctimas y de la violencia sexual cometida por adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. [Internet]. 2021. [citado 26 de abril de 2022];19(2):50-73. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2021000200050
 14. Cortés Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. 2011. [citado 26 de abril de 2022];25(2):157-65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200013

15. Echeburúa E, Corral P de. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuadernos de Medicina Forense. [Internet]. 2006. [citado 26 de abril de 2022];(43-44):75-82. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006
16. National Research Council. Estimating the Incidence of Rape and Sexual Assault. [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press. 2014. [citado 26 de abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/18605>.
17. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. [Internet]. 2013. [citado 27 de abril de 2022];27(1):27-37. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23182852/>
18. Abuso sexual | Oficina para la Salud de la Mujer [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/sexual-assault-and-rape/sexual-assault>
19. Ortiz-Tallo M, Sánchez LM, Cardenal V. PERFIL PSICOLÓGICO DE DELINCUENTES SEXUALES. Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona. [Internet]. 2002. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/divulgacion/perfil_psicologico_delincentes_sexuales.pdf
20. Soledad M, Lister Á, Pueyo AA. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y VULNERABILIDAD A LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL [Internet]. 2013. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Andres_pueyo-y-Soledad_alvarez_2013.pdf
21. Oram S. Sexual violence and mental health. Epidemiology and Psychiatric Sciences. [Internet]. 2019. [citado 27 de abril de 2022]. 28, 592–593. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000106>
22. Fernández, J. G., & Fernández, E. P. EL DAÑO PSÍQUICO EN LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL. [Internet]. 2007. [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <http://psiqu.com/1-3405>

23. Echeburúa E, de Corral P, Sarasúa. B. El impacto psicológico en las víctimas de violación. En: *Cárcel de mujeres Ayer y hoy de la mujer delincuente y víctima*. Bilbao: En A. Beristain y J.L. de la Cuesta.; 1989. p. 55-63.
24. Scott KM, Koenen KC, King A, Petukhova MV, Alonso J, Bromet EJ, et al. Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. [Internet]. 2018. [citado 28 de abril de 2022];48(1):155-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28625214/>
25. Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. [Internet]. 2014. [citado 27 de abril de 2022];14:1286. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25516229/>
26. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, von Känel R, Koenen K. Association of Sexual Harassment and Sexual Assault With Midlife Women's Mental and Physical Health. *JAMA Intern Med*. [Internet]. 2019. [citado 27 de abril de 2022];179(1):48-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30285071/>
27. Agius M, Agius M. Traumatic Events, Sexual Abuse and Mental Illness. *Psychiatr Danub*. [Internet]. 2021. [citado 28 de abril de 2022];33(Suppl 11):19-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34862884/>
28. Vallejo Samudio ÁR, Córdoba Arévalo MI. Abuso sexual: tratamientos y atención. *PSICO*. [Internet]. 2012. [citado 28 de abril de 2022];30(1):19-46. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100002
29. Stefanidou T, Hughes E, Kester K, Edmondson A, Majeed-Ariss R, Smith C, et al. The identification and treatment of mental health and substance misuse problems in sexual assault services: A systematic review. *PLoS One*. [Internet]. 2020. [citado 28 de abril de 2022];15(4):e0231260. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147790/>

30. Torres MIV. Atención de enfermería ante la agresión sexual en adolescentes. Colegio de Enfermería de Ciudad Real [Internet]. 2019. [citado 28 de abril de 2022]; Disponible en: <https://enfermeriadeciudadreal.com/atencion-de-enfermeria-ante-la-agresion-sexual-en-adolescentes/>
31. Duarte BAR, Junqueira MADB, Giuliani CD. Víctimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em Atenção Primária. REFACS. 2019; 7(3):401.
32. Leal LM, Vertamatti MAF, Zaia V, Barbosa CP. Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. PLoS One. [Internet]. 2021. [citado 28 de abril de 2022];16(11):e0249598. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34780481/>
33. Ross R, Draucker CB, Martsolf D, Adamle K, Chiang-Hanisko L, Lewandowski W. The bridge: providing nursing care for survivors of sexual violence: Caring for survivors of sexual violence. J Am Acad Nurse Pract [Internet]. 2010. [citado 28 de abril de 2022];22(7):361-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00519.x>
34. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Atención de enfermería a mujeres que sufren violencia sexual. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010. [citado 28 de abril de 2022];18(4). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7DfJ5k4FMZVwcbJyP4qL9Tg/?format=pdf&lang=es>
35. Courey TJ, Martsolf DS, Draucker CB, Strickland KB. Hildegard Peplau's Theory and the Health Care Encounters of Survivors of Sexual Violence. J Am Psychiatr Nurses Assoc. [Internet]. 2008. [citado 28 de abril de 2022];14(2):136-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21665762/>
36. Organización Panamericana de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. [Internet]. 2016. [citado 28 de abril de 2022]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31381>

