

# “VIOLENCIA SEXUAL HACIA LAS MUJERES: UNA EPIDEMIA INVISIBLE”

---

“SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: AN  
INVISIBLE EPIDEMIC”



**AUTORA: ANDREA BLANCO ÁLVAREZ**

**DIRECTOR: SANTIAGO LÓPEZ GONZÁLEZ**

**PRESENTACIÓN: JULIO DE 2017**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.**

**UNIVERSIDAD DE CANTABRIA.**

**“No hay mayor agonía que guardar una historia jamás contada dentro de ti”**

- **Maya Angelou**

ÍNDICE	Página 2
RESUMEN/ PALABRAS CLAVE	3
ABSTRACT/ KEYWORDS	3
INTRODUCCIÓN	5
Objetivos	5
Metodología de trabajo	6
CAPÍTULO 1. Introducción y prevención de la violencia sexual	8
1.1. La violencia sexual	8
1.2. Situación global	8
1.3. Situación en Europa	12
1.4. Situación en España y Cantabria	14
CAPÍTULO 2. Características de la violencia sexual	15
2.1. Teorías sobre la etiología de la violencia sexual	15
2.2. Marco legal en España	17
2.3. Sumisión química	18
CAPÍTULO 3. Consecuencias a corto y largo plazo	20
3.1. Consecuencias físicas	20
3.2. Consecuencias psicológicas	21
3.3. Consecuencias sociales	23
CAPÍTULO 4. Detección, actuación y tratamiento	24
4.1. Detección desde los servicios sanitarios	24
4.2. Atención y protocolo de actuación	24
4.3. Tratamiento psicológico	26
CAPÍTULO 5. Recursos y prevención	28
5.1. Recursos a nivel nacional y en Cantabria	28
5.2. Prevención y educación	29
CONCLUSIÓN	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	36

## **RESUMEN/PALABRAS CLAVE**

La violencia sexual hacia las mujeres representa un importante problema de salud pública del que se desconoce su magnitud real. Conforme a datos de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente un tercio de las mujeres (35,6%) experimentará, a lo largo de su vida, violencia física o sexual por parte de su pareja o de alguien distinto a su pareja.

Esta violencia, en parte, sería una manifestación extrema de la misoginia y del sexismo de la sociedad dominante. En España, la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, es la que define los delitos contra la libertad sexual, dividiéndolos en agresión, abuso y acoso sexual, y considerando como agravante en caso de agresión y abuso sexual la sumisión química.

Las agresiones sexuales causan daños en el estado físico, psíquico y social de la mujer, que en ocasiones pueden llegar a prolongarse durante años.

La detección precoz de estas situaciones puede llevarse a cabo desde varios servicios sanitarios, como la atención primaria. Además, en los servicios de urgencias existen protocolos, que contemplan la recogida de evidencia forense, el tratamiento de las consecuencias físicas (como la transmisión de infecciones) y la orientación hacia recursos sociales y psicológicos.

Existen recursos no sanitarios que ofrecen consejo y servicios en la esfera legal, psicológica y social. Asimismo, proporcionan formación sobre cómo detectar y cómo actuar ante la violencia sexual. Esta educación ha demostrado ser clave para prevenir este tipo de comportamientos entre los más jóvenes.

**Palabras clave:** violencia sexual, enfermería, consecuencias hacia la salud, actuación, prevención.

## **ABSTRACT/KEY WORDS**

Sexual violence against women represents an important public health issue which real magnitude is unknown. According to World Health Organization's data, approximately one-third of women (35.6%) will experience, throughout their lives, physical or sexual violence by their partner or by any other person.

This violence, partway, would be an extreme manifestation of the misogyny and sexism of the dominant society. In Spain, the Organic Law 10/1995, of November 23, of the Penal Code, defines crimes against sexual freedom, separating them in aggression, abuse and sexual harassment, and considering the use of chemical submission as aggravating in case of sexual aggression and abuse.

Sexual assaults damages the physical, psychological and social status of women, which sometimes can last for years.

Early detection of these situations can be carried out from various health services, such as primary care. In addition, there are protocols in emergency services, which include the collection of forensic evidence, the treatment of physical consequences (such as the transmission of infections) and the orientation towards social and psychological resources.

There are non-health resources, which offer advice and services in the legal, psychological and social sphere. Likewise, they provide training on how to detect and how to deal with sexual violence. This education has proven to be key on preventing this type of behavior among the youngest.

**Key words:** sexual violence, nursing, health consequences, action, prevention.

## **INTRODUCCIÓN**

A medida que la sociedad comienza, muy lentamente, a reconocer el problema propagado que supone la violencia sexual hacia las mujeres, la investigación y recogida de datos se empieza a desarrollar de una forma más sistemática (1,2). Los datos más fiables provienen de encuestas a las poblaciones, datos policiales y estudios realizados por organizaciones no gubernamentales, y aun así estos datos siguen siendo heterogéneos, ya que la violencia sexual está globalmente subestimada (3).

Comprender el alcance de este problema y sus secuelas se puede reflejar directamente en el ámbito legal, sanitario, educativo, político etc. Como profesionales de Enfermería debemos poseer las habilidades y conocimientos necesarios para plantear las mejores intervenciones. Así se podrán localizar posibles casos de violencia sexual y actuar en consecuencia, siendo capaces de proporcionar una atención holística e individualizada tanto en la prevención y detección de los casos, como en el tratamiento y seguimiento hasta la recuperación de la mujer.

La violencia sexual a las mujeres es una forma de violencia de género, enraizada en la existente desigualdad sexual y que actúa como un sistema de intimidación. Esta violencia es vivida como un evento altamente estresante, con consecuencias físicas, psicológicas y sociales (1,3).

Como alumna de Enfermería, durante el desarrollo de las prácticas clínicas he podido presenciar el efecto de la violencia sexual en las mujeres (especialmente en los rotatorios por servicios de ginecología y psiquiatría). Aunque he podido ver abordajes apropiados de la situación, en muchas ocasiones he notado que es un tema al que no se le presta la suficiente atención, o que llega a silenciarse en ocasiones.

A esto se suma la actitud de la sociedad, reflejada muchas veces a través de los medios de comunicación, que por un lado genera alarma ante la violencia sexual, pero que por otro lado somete a la víctima a la duda de su credibilidad y al escrutinio público. La falta de información y los falsos mitos de la violencia sexual, el bajo porcentaje de mujeres que llega a buscar ayuda, en resumen, la injusticia ante esta epidemia silenciosa es lo que me ha llevado a escoger este tema.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general que busca el presente Trabajo de Fin de Grado es proporcionar un marco de conocimiento sobre todas las etapas que se desarrollan cuando una mujer es víctima de abusos sexuales, para determinar su importancia y generar un soporte de conocimientos para los profesionales de la salud que se encuentren con una paciente de estas características en el desarrollo de su trabajo.

Por otra parte, los objetivos específicos serán:

- Justificar la importancia de la violencia sexual a la mujer en base a su magnitud global y trascendencia.
- Definir las diferentes formas de violencia sexual a la mujer.
- Determinar las distintas consecuencias que tiene la violencia sexual en las múltiples esferas de la vida de la mujer.
- Describir los pasos a seguir en la detección y tratamiento de la violencia sexual a la mujer.

- Justificar la importancia de la prevención y la educación para evitar la violencia sexual a la mujer.
- Examinar los distintos recursos presentes que pueden ayudar a las víctimas de violencia sexual a recuperarse.

## **METODOLOGÍA**

Para la realización de esta monografía, la búsqueda bibliográfica finalizó el 26 de marzo de 2017 y permitió hallar 213 documentos, de los cuales se seleccionaron 39. Para la búsqueda bibliográfica se emplearon:

- Ocho bases de datos electrónicas (Google académico, Cochrane Library Plus, Dialnet, ISI Web of Knowledge, ISOC, Psycodoc, Pubmed y Scopus).
- Web oficial de la Organización Mundial de la Salud
- Biblioteca de la Universidad de Cantabria
- Intranet del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (HUMV).
- Web del Servicio Cántabro de Salud
- Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Se utilizó para la estrategia de búsqueda descriptores recogidos en el tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y de la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud): sex offenses (delitos sexuales), domestic violence (violencia doméstica), rape (violación), intimate partner violence (violencia de pareja), impacts on health (impactos en la salud), HIV (VIH); child abuse, sexual (abuso sexual infantil); stress disorders, post-traumatic (trastornos por estrés postraumático), mental health (salud mental).
- Se utilizó en inglés como palabras clave o descriptores: sexual abuse, sexual violence, consequences, childhood y children.
- En castellano, los descriptores elegidos fueron: delitos sexuales, violación, violencia doméstica, violencia de pareja, abuso sexual infantil, trastorno por estrés postraumático, infancia y menores de edad.

Respecto al perfil de búsqueda, según las características de cada fuente de datos, se hizo una búsqueda avanzada utilizando diferentes combinaciones de las palabras clave a través de los descriptores booleanos AND, OR y NOT y delimitando el tiempo desde el año 2005 hasta la actualidad.

Se incluyeron artículos originales de cualquier tipo o fuentes secundarias (revisiones sistemáticas o metaanálisis) y se excluyeron los documentos que no tenían acceso libre al texto completo.

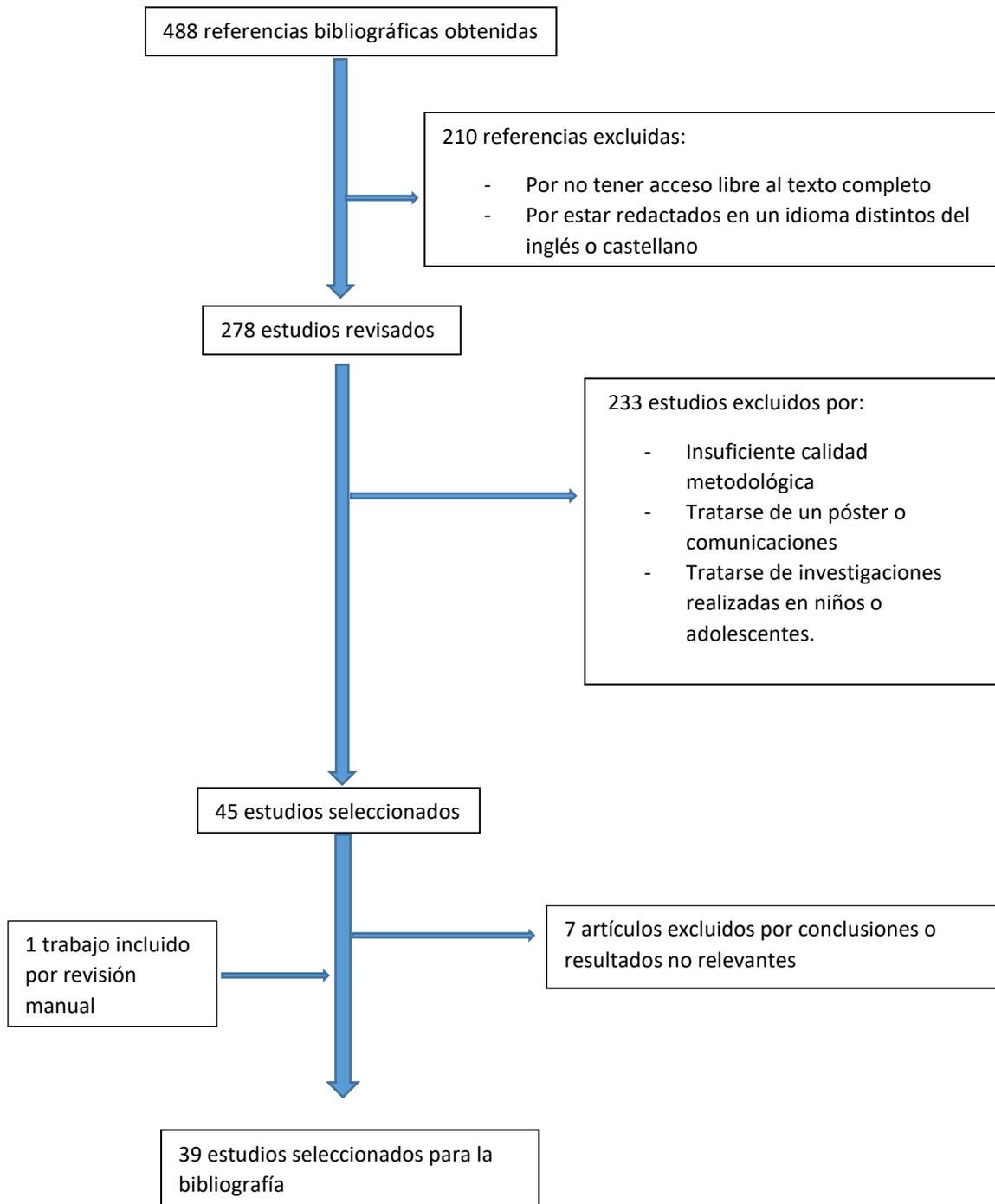


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección. Fuente: elaboración propia.

## **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN Y PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL**

### **1.1. La violencia sexual.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: *“todo acto sexual, la tentativa de consumar 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”* (1).

Dentro de esta amplia definición, se engloban múltiples formas de violencia sexual que se podrían desglosar en la siguiente clasificación, para ilustrar la amplitud de este problema:

- Violencia sexual sin contacto corporal: lo que incluiría prácticas como el exhibicionismo y el voyeurismo, el acoso a través de las redes sociales y las nuevas tecnologías (llamadas telefónicas, publicación sin consentimiento de imágenes en la red), insultos y gestos obscenos, acoso sexual (en el lugar de trabajo, lugar de estudio) etc.
- Violencia sexual con contacto corporal: abarcaría desde los tocamientos no deseados, hasta la violación (por conocidos, desconocidos, en el matrimonio), pasando por prácticas particularmente comunes en situaciones de conflicto armado como la esclavitud sexual y la violación sistemática; el abuso de personas incapacitadas física o mentalmente o en otra situación de vulnerabilidad (como las mujeres encarceladas); o formas de violencia sexual asociadas a tradiciones o culturas como la “herencia de viuda” o el matrimonio forzado.
- Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: esta categoría incluiría cualquier actuación que restrinja a las mujeres el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, como la mutilación genital femenina y la explotación y comercio sexual (2).

Una vez enumerada una muestra de la variedad de las distintas manifestaciones que puede tener la violencia sexual, se van a exponer los resultados de algunos de los trabajos más relevantes en cuanto a violencia sexual en mujeres adultas, cometida por la pareja o por alguien distinto a la pareja.

### **1.2. Situación global.**

En 2002, la OMS clasificó la violencia sexual como un problema mayor de salud pública y destacó la necesidad de promocionar la investigación acerca de esta temática. Estas investigaciones, sin embargo, no están exentas de problemas a la hora de registrar, contabilizar y medir el verdadero alcance de esta situación.

Por un lado, habría que hacer frente a la heterogeneidad de la metodología para la recolección de datos, las encuestas difieren de diversas formas, como la definición empleada para abusos sexuales, la población diana, el rango de edad, la tasa de respuesta, el sexo de la víctima, la zona geográfica etc. (3).

Por otro lado, experimentar violencia sexual no conlleva necesariamente que la víctima acabe formalizando una denuncia por el delito, sino que solo una pequeña parte de las agresiones llega a denunciarse. Los delitos contra la libertad sexual son de los menos reportados a las fuerzas de seguridad, por ejemplo, algunos estudios norteamericanos han estimado que tan solo se denunciaría una de cada quince agresiones sexuales cometidas.

Debido a esta gran distancia entre la magnitud de los episodios que realmente suceden y aquellos que se conocen y se denuncian es de vital importancia analizar y comprender mejor el fenómeno de la agresión sexual y prevenirlo de la manera más amplia y eficaz posible (4).

La comprensión de la frecuencia y el contexto bajo el cual se cometen agresiones sexuales es vital para dirigir la aplicación de la ley y de los recursos de apoyo a las víctimas. Estos datos pueden influir en las políticas públicas en las áreas de salud pública, salud mental y educación. También pueden utilizarse para identificar e implementar intervenciones que reduzcan el riesgo de futuras victimizaciones

Si bien durante los últimos 10 años han aumentado los estudios poblacionales a nivel mundial sobre la prevalencia de las distintas formas de violencia hacia la mujer, no han aumentado así los estudios dedicados a investigar los efectos sobre la salud de dicha violencia, a pesar del impacto que tiene sobre la morbilidad y mortalidad femenina (3).

Una vez comentados algunos de los obstáculos que conlleva verificar el alcance del problema de la violencia sexual, se exponen los datos sustraídos de varios estudios de la OMS y de la European Union Fundamental Rights Agency (FRA). Se han seleccionado estas investigaciones para ejemplificar el alcance de la violencia sexual por la amplitud de sus muestras y los diferentes países en los que se desarrollaron. A pesar de que uno de los estudios se realizó en 2005 (“Estudio Multipaís” de la OMS), se ha tenido en cuenta por la amplitud de la muestra utilizada y porque incluye países de perfil económico más bajo que las demás investigaciones.

El informe “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos en la salud de la violencia de pareja y violencia sexual no asociada”, fue realizado por la OMS en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica y analizó los datos extraídos de 79 países (más dos territorios no pertenecientes a los Estados Miembros de la OMS) en el 2013. Recabó datos de mujeres en edad reproductiva (15-49 años), aunque tuvo en consideración datos de mujeres mayores de 50 años.

Este estudio se centra tanto en la violencia física o sexual de la pareja íntima (violencia asociada) como de la misma cometida por una persona distinta de la pareja (violencia no asociada). Los datos se recabaron tanto de encuestas especializadas, como de datos de encuestas nacionales de salud, encuestas demográficas, encuestas de salud reproductiva etc. de los distintos países (5).

Por otro lado, el "Estudio Multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer" recabó información entrevistando de forma individual a más de 24.000 mujeres (de 15-49 años) procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con culturas dispares (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania) (6).

#### **Violencia sexual y física cometida por la pareja.**

Según el estudio de “Estimaciones mundiales”, la prevalencia global de la violencia física o sexual asociada entre todas las mujeres que han estado en una relación en algún momento de su vida fue del 30,0%, siendo más alta en regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Sudeste Asiático (37%), seguida por la Región de las Américas con un 30%. La prevalencia fue menor en la región de altos ingresos (23%) y en las regiones de Europa y Occidente del Pacífico (25%) (5).

Los datos del “Estudio Multipaís” arrojan resultados similares, oscilando el porcentaje entre el 15% (Japón) y el 71%(Etiopía). Al hacer referencia este estudio a países con menor desarrollo económico, y por ende, con una población rural superior, los niveles globales de violencia infligida por la pareja fueron siempre más elevados en las provincias (con una población rural más numerosa) que en los núcleos urbanos.

El porcentaje de mujeres que declararon haber sido víctimas de abusos sexuales por parte de su pareja oscilaba entre el 6% (Japón y Serbia y Montenegro), y el 59% (Etiopía). En la mayoría de los entornos aproximadamente la mitad de las mujeres refirió que el abuso había sido consecuencia del uso de la fuerza física más que del miedo. Algunos datos en este estudio sobre la prevalencia de violencia sexual asociada se basan en información aportada por los agresores. Por ejemplo, en una encuesta transversal en una muestra de hombres, seleccionada aleatoriamente en Sudáfrica, el 14,3% de estos dijeron haber violado a su actual o anterior esposa/novia (6).

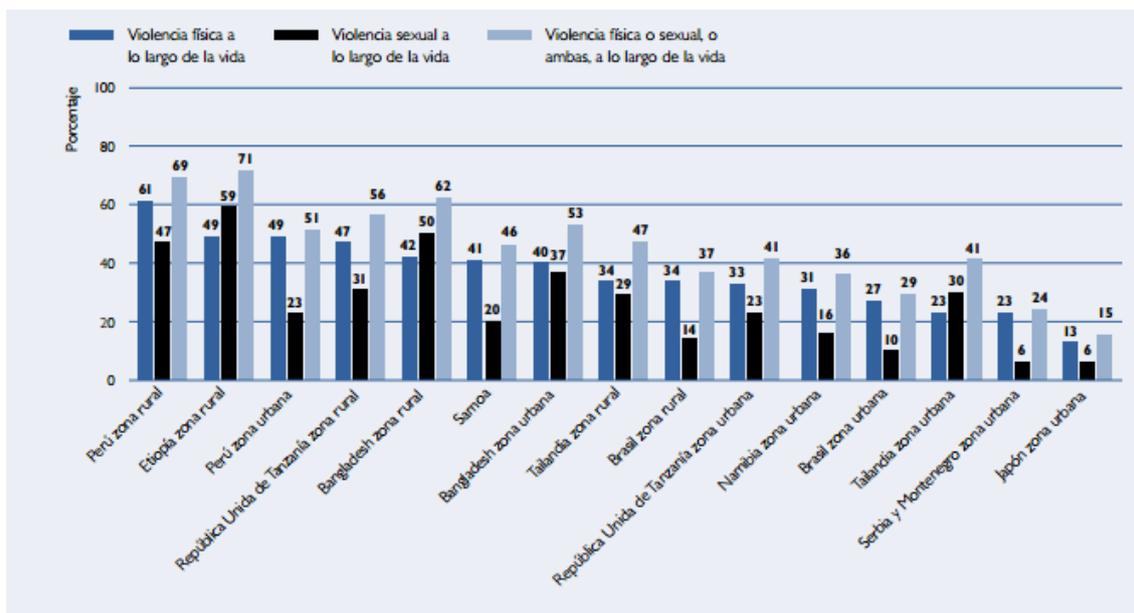


Figura 1: Prevalencia, por lugar, de la violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (6).

En ambos estudios también se investigó la prevalencia de la violencia a lo largo de la vida, obteniendo resultados unánimes de que la prevalencia de la exposición a la violencia ya es alta entre las jóvenes de 15 a 19 años, lo que sugiere que esta situación comienza comúnmente temprano en las relaciones. La prevalencia entonces, aumenta progresivamente para alcanzar su pico en el grupo de edad de 40-44 años. Este patrón puede reflejar, en parte, el hecho de que los hombres más jóvenes suelen ser más violentos que los mayores y de que la violencia suele empezar temprano en muchas relaciones. En algunos entornos, es posible que un mayor número de mujeres jóvenes viviera con su pareja sin estar casada, y estas mujeres, por lo general, presentan mayores riesgos de ser víctimas de violencia. También en algunos entornos, las mujeres mayores tienen un estatus social más alto que las jóvenes, y, por ende, pueden ser menos vulnerables a la violencia.

En la mayoría de los entornos, las mujeres que estaban separadas o divorciadas declararon que habían sido víctimas de muchos más actos de violencia infligida por sus parejas a lo largo de la vida que otras mujeres. También se dieron más casos de violencia infligida por la pareja entre las mujeres que cohabitaban (es decir, que vivían con un hombre) sin estar casadas. En casi la mitad de los entornos examinados, se habían producido más casos de violencia en los últimos 12 meses entre las mujeres que estaban separadas o divorciadas, lo que implica que, en algunos casos, la violencia puede persistir incluso después de la separación (5,6).

En el “Estudio Multipaís” de la OMS se comprobó que, en muchos entornos, cuanto mayor era el nivel educativo menor era el número de casos de violencia. En algunos entornos se observó que el efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios más allá de la escuela secundaria. Investigaciones anteriores habían sugerido que la educación tiene un efecto protector para la mujer, independientemente de sus ingresos y su edad. Puede ser que las mujeres con un mayor nivel educativo tengan más posibilidades de elegir a su pareja y mayor capacidad para elegir entre casarse o no, y sean capaces de negociar mayor autonomía y control de los recursos dentro del matrimonio (6).

### **Violencia sexual y física cometida por una persona distinta a la pareja.**

Globalmente, el 7,2% de las mujeres refirieron haber sufrido violencia sexual por alguien distinto a su pareja, registrándose en las regiones de ingresos altos una mayor prevalencia (12,6%) y en la región de África (11,9%) mientras que la prevalencia más baja se encontró en la región de Asia Sudoriental (4,9%). Estas diferencias entre regiones pueden surgir por muchas razones, y deben ser interpretadas con precaución, especialmente porque la mayoría de las estimaciones regionales tienen amplios intervalos de confianza. Además de las diferencias reales en la prevalencia de la violencia sexual no asociada, es probable que las cifras estén sujetas a diferentes niveles de subnotificación por región. Como ya se ha comentado, la violencia sexual sigue estando altamente estigmatizada en todos los contextos, e incluso cuando los estudios se realizan con mucho cuidado para abordar el tema con sensibilidad, es probable que los niveles de revelación se vean influenciados (5).

Aunque los datos de violencia sexual no asociada no son tan sólidos o extensos como para la violencia de pareja, parece que la violencia dentro de una relación, incluyendo la violencia sexual, es mucho más frecuente y más común que la violencia sexual no asociada a pareja, como se muestra de manera constante en todas las regiones (5,6).

Además, parece que la violencia sexual es normativa en lugares donde la violencia es común. En el “Estudio Multipaís” algunos de los países que tenían los niveles más altos de violencia sexual no asociada (Namibia y la República Unida de Tanzania) tendían también a tener tasas más altas de otras formas de violencia, como el abuso sexual durante la infancia y la violencia física de hombres hacia hombres.

La mayoría de los estudios indican que es probable que las mujeres conozcan a sus agresores (por ejemplo, en 8 de cada 10 casos de violación en los Estados Unidos). La encuesta sobre violación en Sudáfrica a la que se hizo referencia con anterioridad, reveló que más de uno de cada cinco hombres dijeron que habían violado a una mujer que no era su pareja (es decir, una desconocida, una conocida o una integrante de la familia) (6).

Regiones de la OMS	Prevalencia de violencia física, sexual, o ambas asociada (%)	Prevalencia de violencia sexual no asociada (%)
África	<b>36.6</b>	<b>11.9</b>
América	<b>29.8</b>	<b>10.7</b>
Mediterráneo oriental	<b>37.0</b>	<b>Sin datos</b>
Europa	<b>25.2</b>	<b>5.2</b>
Sudeste asiático	<b>37.7</b>	<b>4.9</b>
Pacífico oeste	<b>24.6</b>	<b>6.8</b>
Regiones de altos ingresos	<b>23.2</b>	<b>12.6</b>

Figura 2. Fuente: Elaboración propia.

### **Violencia sexual y física combinada (de pareja y no asociada).**

Globalmente, el 35,6% de las mujeres ha experimentado ya sea violencia sexual no asociada o violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, o ambas cosas. La estimación combinada global demuestra cuán común es la violencia física y sexual en la vida de muchas mujeres. La evidencia también muestra que las mujeres que han experimentado una forma de violencia son más propensas a experimentar otro episodio de violencia (5).

Si bien ambos estudios se centran en la violencia sexual contra mujeres, es importante destacar que los hombres también pueden ser víctimas de violencia sexual. La violación y otras formas de coacción sexual contra hombres y niños tienen lugar en diversos entornos, incluidos hogares, lugares de trabajo, escuelas, calles, instituciones militares y prisiones. Lamentablemente, la violencia sexual contra los hombres es un área de estudio descuidada y muy sensible.

### **1.3. Situación en Europa.**

El informe de la FRA está basado en entrevistas a 42.000 mujeres de entre 18 y 74 años de los 28 Estados Miembros de la Unión Europea (UE), siendo mundialmente la encuesta más exhaustiva sobre violencia hacia las mujeres hasta la fecha. En la encuesta se incluyen preguntas sobre las experiencias de mujeres de violencia física, sexual y psicológica, incluyendo incidentes de violencia intrafamiliar, y también se preguntó sobre el acoso sexual y el uso de las nuevas tecnologías. Lo que surge es un cuadro de abuso extenso que afecta la vida de muchas mujeres, pero que es sistemáticamente subnotificado a las autoridades.

Algunos datos sobre la prevalencia general de la violencia física y sexual extraídos de la encuesta serían:

- Una de cada tres mujeres (33%) mayor de 15 años ha sufrido violencia física o sexual, por parte de su pareja, de alguien distinto a su pareja o ambos (Anexos 1 y 2).
- Un 8% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta.

En cuanto a los datos exclusivos a la violencia sexual, se destaca del estudio que:

- En total, el 11% de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia sexual, ya sea por un compañero sentimental o alguna otra persona. Estas personas ajenas a la

pareja eran, en una abrumadora mayoría, conocidos (amigos, familia, compañeros de trabajo), siendo solo un 27% un desconocido. El lugar más común en el que ocurría la agresión era la casa de la víctima u otra casa o apartamento. Dado que muchos incidentes de violencia de pareja también es probable que tengan lugar en el hogar, el hogar puede ser considerado como uno de los lugares más peligrosos para las mujeres en términos de exposición a la violencia.

- Se estima que 3,7 millones de mujeres en la UE han sufrido violencia sexual en el transcurso de los 12 meses anteriores a la realización de las entrevistas de la encuesta.
- Una de cada 20 mujeres (5%) mayor de 15 años ha sido violada (9 millones de mujeres europeas).
- De todas las mujeres que han tenido pareja (actual o anterior), el 22% ha experimentado violencia sexual por parte de su compañero desde la edad de 15 años. Además, aproximadamente un tercio de las víctimas de violación por su pareja (31%) han experimentado seis o más incidentes de violencia sexual.
- De las mujeres que refieren haber sido víctimas de violencia sexual por parte de alguien distinto a su pareja, casi 1 de cada 10 mujeres indica que más de un perpetrador estuvo involucrado en el incidente.
- Alrededor del 6% de las mujeres han sufrido un intento de violación desde los 15 años de edad. La misma proporción de mujeres, al menos una vez han sido obligadas a participar en alguna actividad sexual contra su voluntad o han consentido la actividad sexual porque temían lo que podría suceder si no lo hacían.

Aunque se notificó algún caso aislado de violencia en parejas de mujeres homosexuales, la inmensa mayoría de la violencia asociada mencionada en la encuesta involucra a parejas heterosexuales.

En cuanto a la edad de las víctimas, en el estudio de la FRA, al igual que en los estudios de la OMS, tanto la violencia asociada como la no asociada tienen la mayor prevalencia en el grupo de edad más joven, las mujeres de 18 a 29 años de edad. La excepción a este resultado es la prevalencia de la violencia ejercida por el compañero sentimental, que es ligeramente más alta entre los encuestados de 30 a 59 años de edad.

La educación de la mujer no parece influir en cuanto a la violencia física y sexual ejercida por la pareja sentimental (23% en mujeres con educación primaria, 20% con estudios superiores). Sin embargo, las mujeres con mayores niveles de educación experimentan mayores niveles de violencia física y sexual no asociada (19% educación primaria, 27% educación superior).

Por otro lado, estaría la estabilidad económica. Las mujeres que no están satisfechas con sus ingresos familiares -que dijeron que les resulta difícil o muy difícil hacer frente a sus ingresos actuales- tienen más probabilidades de indicar que han experimentado violencia física o sexual en una relación con cualquier pareja, en comparación con las mujeres que dijeron que viven cómodamente.

En cuanto a la zona en la que vive la mujer, se encuentra mayor prevalencia de violencia en grandes ciudades y zonas suburbanas, en comparación con el ámbito rural. También se valoró que existe mayor prevalencia entre las mujeres estudiantes, con trabajo a tiempo parcial o completo, que entre las desempleadas (7).

#### **1.4. Situación en España y Cantabria.**

En el contexto europeo, España ocuparía una de las posiciones más bajas por lo que se refiere a prevalencia de delitos sexuales, sustancialmente más bajas que el promedio internacional y europeo. Según los datos del FRA, el 22% de las mujeres españolas de más de 15 años han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o de alguien distinto a la pareja, comparado con el 52% de Dinamarca (en violencia sexual sería 6% España-19% Dinamarca). Según este estudio, esta baja prevalencia puede verse influida por un mayor desarrollo de la legislación y una mayor inversión en campañas de sensibilización (7).

En 2015, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realizó la “Macroencuesta de Violencia contra la Mujer”. Se realizaron entrevistas presenciales a 10.171 mujeres representativas de la población femenina de 16 años y mayores residentes en España.

Según la encuesta, un 8,1% de las mujeres ha sufrido violencia sexual por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida. En cuanto a la violencia sexual no asociada, el 7,2% de las mujeres refieren haberla experimentado a lo largo de su vida, del cual, un 1,4% ha sido violación.

Al menos el 97,5% de los agresores han sido hombres. En el caso de las violaciones, el 46,43% de los agresores son conocidos o amigos, el 20% son familiares (cualquier familiar masculino, excluido el padre) y los hombres desconocidos representan el 18,57%. Para las otras formas de violencia sexual distintas de la violación, los agresores más frecuentes son los hombres desconocidos que suponen el 39,65% del total de agresores, seguidos de los hombres conocidos o amigos (31,05%) y de ‘otro familiar masculino’ (12,97%) (8).

En cuanto a los datos referentes a Cantabria, los más recientes hacen referencia a 23 partes de lesiones por agresión o abuso sexual durante el año 2015 (en mujeres de edad igual o superior a 14 años) emitidos por el Servicio Cántabro de Salud (14 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 4 en el Hospital de Sierrallana, 4 en el Hospital de Laredo y 1 en Atención Primaria) (2).

## **CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL**

### **2.1. Teorías sobre la etiología de la violencia sexual.**

Se ha investigado durante mucho tiempo acerca de la etiología de la violencia sexual, por qué algunas personas encuentran tolerable, e incluso satisfactorio, la agresión al otro.

Algunas de las hipótesis que se manejan hacen referencia a la vivencia de determinadas experiencias sexuales traumáticas en la infancia o adolescencia.

El desarrollo de una sexualidad adecuada incluye la comprensión de las inhibiciones y controles necesarios a este respecto, tanto emocional como racional. Pero si un varón sufre durante su infancia y adolescencia experiencias traumáticas como rechazo afectivo, abandono familiar, estilo parental negligente o victimización sexual, experiencias sexuales atípicas o más amplias que la generalidad de menores, el uso de pornografía con contenido violento o pedófilo etc; puede llegar a manifestar una carencia de habilidades de socialización y de comunicación, problemas de autoestima etc., que podrían incrementar la vulnerabilidad a adquirir conductas sexuales desviadas y antisociales. Estas actitudes actúan como un mecanismo de compensación y de afrontamiento hacia sus problemas de socialización y de su retraimiento.

En paralelo a estos factores mencionados, los criminales sexuales adultos presentan frecuentemente ciertas “distorsiones cognitivas”, o creencias y actitudes equivocadas. Este sistema de creencias es tanto sobre las víctimas como sobre las supuestas excusas para usar la violencia y la agresividad en las interacciones sociales, y sesgan la percepción que los agresores tienen sobre la conducta, emociones e intenciones de las víctimas. Sirven para que el agresor minimice, justifique y racionalice sus agresiones sexuales. Los procesos psicológicos que pueden aludirse mediante la expresión de distorsiones cognitivas es muy amplio. Según la experiencia clínica, muchas distorsiones cognitivas de los agresores sexuales serían, básicamente, pensamientos automáticos sobre las víctimas antes del delito (“si lleva falda es que lo va pidiendo...”). Aun así, algunas de estas distorsiones cognitivas podrían estar enraizadas a un nivel más profundo y pertenecer a esquemas centrales del pensamiento de los criminales sexuales (como la cultura de la violación, la devaluación global de las mujeres, creencias radicales sobre la justificación del uso de la violencia para imponer los propios deseos). Este tema se tratará con más profundidad más adelante (4).

Por otro lado, se ha interpretado de forma generalizada que los criminales sexuales carecen de empatía, es decir, mostrarían dificultades para comprender y compartir el estado emocional y las circunstancias de otra persona, así como las consecuencias negativas que se podrían generar tras una agresión sexual. Esta falta de empatía se relacionaría directamente con las vivencias traumáticas en la infancia o adolescencia, de tal forma que aquellos que habían estado expuestos a la violencia sexual temprana mostrarían menor empatía por las víctimas (9).

Otras hipótesis se centran en la influencia de ciertos esquemas mentales prácticamente globalizados, como la masculinidad hostil. La masculinidad hostil es un constructo multidimensional que incluye sentimientos de ira y hostilidad hacia las mujeres, distorsiones cognitivas sobre los motivos que apoyan la cultura de la violación, y el deseo de dominar y controlar a las mujeres.

Las normas tradicionales de género alientan a los hombres a creer que las mujeres son reacias a admitir su interés por el sexo y que necesitan ser persuadidas. Así, la línea entre la persuasión

y la coerción puede ser difícil para que algunos perpetradores lo reconozcan, aunque esto no excusa su comportamiento (10).

Varios estudios han demostrado que la cultura de la violación juega un papel importante en la violencia sexual ya que "sirve para negar y justificar la agresión del sexo masculino contra las mujeres". La investigación sobre delincuentes sexuales ha conceptualizado la cultura de la violación en términos de las cogniciones que justifican por qué las mujeres son víctimas de la violación. La mayoría de los mitos de violación y las actitudes de aceptación de violaciones encajan en una de las tres categorías: (I) culpar a la víctima, (II) excusar al perpetrador de responsabilidad por el asalto, y (III) justificación para el asalto (4).

Investigaciones anteriores sobre la población adulta han demostrado que, en comparación con otros hombres, los que reportan ideologías de masculinidad más tradicionales son más propensos a reportar haber perpetrado violencia o coerción sexual (11).

Los hombres (y las mujeres) aprenden a comportarse según el género a través de un proceso de socialización que comienza al nacer y continúa a lo largo de varias instituciones sociales en sus vidas y este proceso de socialización puede dar lugar a que los hombres perpetren la violencia.

Pleck desarrolló el modelo de la Esfera Masculina de Roles de Género para describir que la socialización anima a los hombres a vivir a la altura de los estándares culturales para la masculinidad. La existencia de estos estándares y el deseo por alcanzarlos puede llegar a provocar violencia entre los hombres, ya sea por medio de (A) Recuperación de la masculinidad para aquellos que no satisfacen las perspectivas de la misma, (B) Descarga de las emociones por medios violentos para satisfacer las expectativas de la virilidad.

A continuación, se exponen las formas en que estas causas raíces basadas en la masculinidad pueden derivar en la ejecución de violencia por parte de los hombres.

#### A. Modelo de recuperación:

Según el modelo de Pleck, los hombres que intentan satisfacer las expectativas de los roles de género pero encuentran que hay una brecha entre estos ideales y su capacidad de alcanzarlos están experimentando "discrepancia en el rol de género". Las razones para ello van desde características personales hasta factores estructurales (por ejemplo, raza / etnia, clase o desigualdades de sexualidad).

Las investigaciones muestran que los hombres pueden sufrir de baja autoestima y otras consecuencias psicológicas y pueden utilizar la perpetración de la violencia como una forma de alcanzar o recuperar el estatus masculino. Este concepto de la necesidad de evitar ser percibido como "desigual al género" y demostrar su virilidad ha sido llamado "Masculinidad Precaria".

#### B. Modelo de descarga:

En contraste con el modelo de recuperación, el modelo de descarga se refiere a los impactos negativos e inadvertidos de amoldarse a las expectativas de la virilidad. El modelo masculino de género de Pleck también explica dos causas adicionales de violencia relacionadas con la masculinidad y describe que los hombres pueden perpetrar violencia porque (I) han sufrido violencia emocional o física como parte del proceso de socialización de género, o (II) se adhieren a las normas de género que les obligan a adoptar ciertos comportamientos o actitudes tales como la restricción de las emociones que pueden conducir a la violencia (12).

Por último, otros de los factores asociados con la perpetración de agresiones sexuales ha sido el alcohol. Los bebedores habituales de gran cantidad de alcohol están en mayor riesgo de cometer una agresión sexual e informan de que cometen formas más violentas de abuso sexual. Los deterioros cognitivos inducidos por la intoxicación etílica reducen la capacidad para procesar y responder a estímulos múltiples, así como la capacidad de inhibir una respuesta (10).

Resulta preocupante que estos estándares de masculinidad tóxica se sigan perpetuando entre los más jóvenes, de hecho estudios realizados en España muestran un aumento en las detenciones por delitos sexuales entre jóvenes de 16-17 años (13).

## **2.2. Marco legal en España.**

En España, los delitos contra la libertad sexual se regulan en el Título VIII “delitos contra la libertad e indemnizaciones sexuales” del Libro II del Código Penal vigente. Se distingue entre los siguientes tipos de delitos:

- **Agresión sexual:** Consiste en atentar contra la libertad sexual de otra persona utilizando violencia o intimidación. Dentro de las agresiones sexuales, se denomina violación al acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías. Las penas por agresión sexual son mayores cuando la violencia reviste un carácter particularmente degradante o vejatorio, cuando la agresión es cometida por dos o más personas, cuando la víctima es especialmente vulnerable debido su edad, enfermedad o situación, si el agresor tiene una relación de superioridad o parentesco respecto de la víctima y en el supuesto de uso de armas u otros medios susceptibles de causar la muerte o lesiones graves.
- **Abuso sexual:** Consiste en atentar contra la libertad sexual de otra persona, sin consentimiento, pero sin violencia o intimidación. Se considera que no hay consentimiento en el caso de las personas privadas de sentido o de aquellos de cuyo trastorno mental se abuse, así como los que se comentan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas u otras sustancias (sumisión química). También se considera delito de abuso sexual cuando el consentimiento se obtiene valiéndose de una situación de superioridad que limite la libertad de la víctima. Dentro de este delito se recoge el supuesto de estupro. Consiste en engañar a una persona de entre 16 y 18 años o abusar de una posición de confianza o influencia sobre ella para realizar actividades sexuales (14).
- **Agresión y abuso sexual contra menores de 16 años:** La edad de consentimiento sexual se ha elevado a 16 años tras la Ley Orgánica 1/2015, antes se situaba en los 13 años (15).
- **Acoso sexual:** Consiste en solicitar favores de naturaleza sexual en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, colocando a la víctima en una situación gravemente intimidatoria, hostil o humillante (14).

Otro delito de índole sexual, que está surgiendo como una peligrosa tendencia desde los últimos meses tanto entre heterosexuales como en homosexuales, sería el “stealthing” o la retirada no consentida del preservativo.

Este delito haría referencia a una práctica ilegal por la que el hombre se quita el preservativo durante el coito sin pedir permiso ni consultarlo previamente con su pareja sexual, con el consecuente riesgo de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual y violación de la dignidad y de la autonomía personal.

En el caso de España, no se conocen antecedentes penales por este tipo de práctica, pero si estaría considerada por el Código Penal como una forma de abuso sexual al no ser una práctica consentida. En países como Suiza y Canadá ya se han producido condenas por este hecho (16).

### **2.3. Sumisión química.**

Uno de los agravantes que se han mencionado en el anterior capítulo es la “sumisión química”. En un inicio este término se empleaba para designar a la administración no consentida de sustancias psicoactivas a una persona con el fin de causar una alteración en su estado de consciencia; factor que es aprovechado por el agresor. Pero el acrónimo anglosajón DFSA (Drug-Facilitated Sexual Assault) es más amplio que el término “sumisión química” ya que hace alusión a las relaciones sexuales no consentidas realizadas mientras las víctimas se encuentran incapacitadas o inconscientes, bajo los efectos de sustancias psicoactivas. Actualmente se diferencian tres supuestos de DFSA: casos por consumo involuntario de la sustancia incapacitante (mediante administración furtiva), casos por consumo voluntario (sumisión oportunista) y casos mixtos.

De los tres supuestos, el más común sería el caso de la sumisión oportunista, en la que el agresor aprovecha la alteración preexistente de la víctima, y abarcaría muchos crímenes contra la libertad sexual realizados frecuentemente en ambientes de ocio y diversión, en los cuales la víctima consume voluntariamente alcohol, drogas ilícitas o psicofármacos hasta el punto de ser incapaz de dar su consentimiento para mantener una relación sexual (17). Estos casos de probable DFSA son mayoritariamente denunciados en España entre Julio y Septiembre, es decir, durante el periodo estival. Esta coincidencia se asocia con el elevado número de actividades de ocio y festividades populares que tienen lugar durante el verano, y que atraen a gran número de personas (18).

La detección y diagnóstico de un posible DFSA es complejo y depende de muchos factores. Por un lado, la propia víctima, debido a la disminución temporal del nivel de consciencia (pudiendo presentar amnesia parcial o total), puede tardar en realizar la denuncia o no denunciar. Además, aún en el caso de denunciar, el tiempo pasado puede hacer que muchas sustancias no se detecten en los análisis, imposibilitando el diagnóstico. En estas situaciones el profesional sanitario debe solicitar el análisis más adecuado y obtener una historia lo más detallada. Preferentemente y si es viable, se tomarán las muestras (especialmente sangre y orina) antes de que transcurran 6 horas desde la agresión (17).

En la opinión pública, existe un fuerte consenso social de que el mayor riesgo de DFSA, en particular para las mujeres jóvenes, proviene de los agresores proactivos, aquellos que utilizan las denominadas “drogas de violación” (“date rape drugs”), administrándolas de forma subrepticia. Esta percepción ha sido fuertemente alimentada por los principales medios de comunicación, que advierten a las mujeres contra los peligros de “desatender” su bebida o aceptarla de extraños (19).

En el contexto español, las agresiones sexuales premeditadas, son minoritarias aunque cada vez se producen con más frecuencia. La inmensa mayoría de casos, como ya se ha mencionado, obedece a patrones oportunistas y no premeditados. Los agresores suelen ser varones, que en un alto porcentaje de los casos (hasta en el 70%) son conocidos de la víctima (amigo, expareja, vecino o un conocido reciente) (2).

La literatura también indica que el alcohol, es uno de los factores causantes o contribuyentes más comunes de DFSA (19), estando presente en un 75% de los casos (2). El uso de varios tóxicos

se reporta muy frecuentemente en casos de sospecha de DFSA, y a menudo no está claro hasta qué punto las víctimas habían ingerido voluntariamente ciertos medicamentos, o el nivel al que se intoxicaron significativamente como resultado de la interacción entre diferentes sustancias. Después del alcohol, las benzodiacepinas, que tienen un efecto sedante significativo, estuvieron entre los fármacos más comúnmente detectados, además de la cocaína y las anfetaminas (y sus derivados como el éxtasis) que alteraran la percepción del riesgo haciendo que las víctimas adopten comportamientos atípicos en ellas.

Las “drogas de la violación” como la ketamina, el gammahidroxibutirato (GHB) y los barbitúricos, son las menos detectadas en análisis. Esto no significa que no se utilicen en la DFSA, sino que su detección en la práctica clínica es compleja. Muchas de estas drogas causan cuadros clínicos muy parecidos a una intoxicación etílica, pueden deteriorar la memoria anterógrada de la víctima, no suelen estar incluidas en los screening de tóxicos y su vida media en el organismo suele ser muy corta, por ejemplo el GHB es prácticamente indetectable en orina pasadas 12h de su consumo (17).

En cuanto a la prevalencia de estos crímenes, hay que destacar que todavía no hay demasiados datos publicados relativos a España, no porque no haya casos, sino porque no se han investigado. Los estudios epidemiológicos de otros países indican que hasta un 17% de las agresiones sexuales podrían catalogarse como casos de DFSA por exposición involuntaria de la víctima a alguna sustancia psicoactiva (2).

## **CAPÍTULO 3: CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO**

### **3.1. Consecuencias físicas.**

Las consecuencias físicas más inmediatas son las posibles lesiones provocadas como consecuencia de la agresión directa o del forcejeo o lucha antes, durante o después de la agresión, tanto a nivel genital como extragenital.

La localización de la lesión anogenital puede clasificarse como externa (labios mayores, labios menores, área periuretral, perineo y el frenillo de los labios menores), interna (fossa navicularis, himen, vagina, cérvix) y anal (ano y recto). Los lugares más comunes para las lesiones genitales en adolescentes y mujeres son el frenillo de los labios menores (banda tensa de tejido que conecta los dos labios menores), los labios menores, el himen y la fossa navicularis (depresión superficial situada en la porción inferior del vestíbulo de la vagina).

Pueden seguirse varias estrategias para explorar las lesiones físicas, existen tres técnicas principales:

- La visualización directa a simple vista.
- Las técnicas de tinción (violeta de genciana, solución de lugol, azul de toluidina, fluoresceína o una combinación de estas técnicas de tinción), que se aplican tópicamente para resaltar las lesiones y hacerlas más visibles.
- La colposcopia con una fuente de luz y capacidad de imagen digital o fotográfica.

La prevalencia de lesiones genitales por agresión sexual varía según el tipo de examen realizado y puede oscilar entre el 5% en la visualización directa y el 87% con la técnica colposcópica.

Los tipos de lesión genital se clasifican como desgarros (cualquier rotura de la integridad tisular), equimosis (decoloraciones de la piel o mucosas por rotura de vasos sanguíneos), abrasiones (escoriaciones de borde definido y con pérdida de la capa epidérmica), enrojecimiento (piel eritematosa por irritación o lesión) e hinchazón (edema transitorio).

A la hora de explorar estas lesiones hay que tener en cuenta que con aquellas mujeres de piel más oscura se pueden presentar problemas para identificar dichos daños con las estrategias de examen anteriormente mencionadas y tendrá que tenerse en cuenta antes del examen forense de agresión sexual (20).

Las lesiones extragenitales más frecuentes son la equimosis y los arañazos, especialmente en cara y cuello; seguidos de heridas abiertas, esguinces y quemaduras, y con menor frecuencia, fracturas y pérdidas dentales (7).

Como consecuencia directa de las lesiones y del trauma que supone la agresión, es común la aparición de dolor agudo severo. Aun en casos de agresión sexual en los que el trauma físico es limitado, otros factores como la hiperalgesia inducida por el estrés pueden contribuir al dolor post-agresión.

En un estudio realizado entre víctimas de abusos sexuales en Estados Unidos se evidenció que las localizaciones más comunes del dolor en el momento de la evaluación inicial son la región genital, la cabeza, la espalda y el abdomen. Una semana después de la agresión, las regiones de dolor más comunes son el abdomen, la espalda, las regiones genitales y de cabeza / cuello. En más de la mitad de las mujeres supervivientes a una agresión sexual, el dolor estaba presente en 4 o más regiones del cuerpo y fue calificado como grave. Cabe destacar que aun con estos

datos, menos de un tercio de las mujeres con dolor intenso recibieron algún medicamento para el dolor.

Entre las mujeres conscientes durante el asalto, la mayoría de las áreas de dolor no estaban en las áreas del cuerpo en las que las mujeres reportaron trauma directo. Estos datos, junto con los datos del historial de casos, como los descritos anteriormente, sugieren que el dolor en las secuelas de la agresión sexual puede no ser simplemente una experiencia complementaria resultante de un trauma o una lucha física coexistentes, sino (como los síntomas psicológicos) una consecuencia neurobiológica de la propia experiencia de estrés.

Independientemente de la causa, es importante identificar y tratar el dolor agudo cuando está presente, no sólo para reducir el sufrimiento inmediato sino también porque la evidencia preliminar sugiere que el tratamiento del dolor agudo puede mejorar los resultados psicológicos (21).

Tal vez una de las consecuencias físicas más graves de la violencia sexual es el contagio por infecciones de transmisión sexual (ITS). Después de una agresión sexual, las ITS con diagnóstico más frecuente son tricomoniasis, vaginosis bacteriana, gonorrea y clamidia. Además, puede producirse la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La hemorragia y las lesiones genitales asociadas con las agresiones aumentan teóricamente el riesgo de transmisión del VIH (22). La penetración anal durante la agresión tiene el mayor índice registrado de transmisión del VIH, debido a la mayor fragilidad de la mucosa anal (23).

Aunque la influencia de la violencia sexual como factor de riesgo en la expansión de la epidemia de SIDA está poco estudiada, se estima que puede influir de manera significativa, especialmente si se tiene en cuenta su desproporcionada distribución geográfica y de género. Por ejemplo, esto es especialmente cierto en el África subsahariana, donde se ubica el 76% de todas las mujeres VIH positivas y donde la prevalencia entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años es de dos a tres veces mayor que entre los hombres jóvenes del mismo grupo de edad (24).

Por último, comentar las consecuencias que tiene en la salud reproductiva de las mujeres, como embarazos no deseados, que pueden llevar a la interrupción voluntaria del embarazo, que dependiendo de la situación de la mujer y de la política del país en el que resida, puede desembocar en la realización de abortos clandestinos en condiciones poco seguras, con las consecuencias que esto conlleva (25).

Además de los datos relativamente bien establecidos sobre prevalencia y localización de lesiones, el papel de la lesión genital en los procedimientos de justicia penal es claro. La evidencia forense que documenta la existencia de una lesión después de la violación puede ayudar a la víctima, a la policía, al fiscal y al jurado en sus respectivos roles en los procesos de toma de decisiones. Debido a que el examen se basa en pruebas científicas, puede influir en las víctimas para informar de sus experiencias a la policía, alentar a la policía a presentar una queja y persuadir a los fiscales a presentar cargos de violación y perseguir una condena (20).

### **3.2. Consecuencias psicológicas.**

La respuesta humana al trauma psicológico se caracteriza por una extensa variabilidad interindividual en la gravedad, forma y expresión de la angustia postraumática. El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se encuentra entre las consecuencias psicológicas más comunes de desarrollar después de experimentar violencia sexual.

El TEPT es una consecuencia común de las experiencias de violación, con un tercio de las víctimas de violación identificadas en muestras comunitarias que llegan a sufrirlo en algún momento después del asalto (26).

Las tasas de TEPT más elevadas se encuentran entre las víctimas que sufrieron formas de asalto más violentas o que percibieron una amenaza a su vida durante el episodio de la agresión. Estas características afectan a la recuperación y a los síntomas manifiestos del TEPT (27).

De estos síntomas, los que se suelen repetir con mayor frecuencia son los recuerdos intrusivos y recurrentes acerca del evento, el malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que simbolizan algún aspecto del evento traumático, la ansiedad, la depresión, la ideación suicida, el embotamiento emocional y la anhedonia (Anexo 3). También es frecuente la correlación entre TEPT y los trastornos del patrón de sueño, experimentando insomnio y pesadillas (28).

Estos síntomas no tienen que manifestarse en un primer periodo después del abuso. En muchas ocasiones, en un primer momento, las víctimas intentan borrar el suceso de su mente, actuando con calma y contención, para después verse sorprendidas por recuerdos repentinos o emociones como la ira y los sentimientos de culpa y vergüenza (25).

Hay otros trastornos que pueden darse en lugar del TEPT o coexistir con él, como los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias, el trastorno depresivo mayor, etc. Aunque no se ha demostrado la correlación entre abuso sexual y desarrollo de enfermedades como la esquizofrenia, es probable que el trauma del abuso actúe como detonante en individuos genéticamente vulnerables. En el marco del abuso de sustancias, el más frecuente es el consumo de alcohol como una forma de evasión y de enfrentarse a la angustia (29).

El sentimiento de asco y la contaminación mental (o sentimientos de suciedad y urgencia de lavarse en ausencia de un contaminante físico) también está relacionado con la exposición a eventos traumáticos y con la sintomatología del TEPT. Estudios han demostrado que alrededor del 70% de las mujeres tuvieron deseo de lavarse después de la agresión sexual, y más de una cuarta parte de estas personas continuaron experimentando tales impulsos hasta un año después del asalto (30).

Otro aspecto psicológico a considerar después de una agresión sexual es el efecto sobre la sexualidad de la mujer y la intimidad con su pareja. En varios estudios se ha revelado que las mujeres desarrollan problemas sexuales, como la anorgasmia y la falta de libido, que pueden persistir durante años. La frecuencia, satisfacción y placer con las relaciones sexuales se ven disminuidos y la mujer puede llegar a evitar los estímulos sexuales porque los percibe con ansiedad, evocando recuerdos intrusivos. El apoyo de la pareja en estos casos es de gran ayuda y puede minimizar el riesgo de que estos problemas se cronifiquen (25,28).

Aunque en general las investigaciones se centran en los resultados adversos, algunas víctimas experimentan una mezcla de secuelas positivas y negativas del trauma. Entre estas secuelas positivas se encuentran el crecimiento personal, un mayor aprecio a la vida, un fortalecimiento de sus relaciones con seres queridos, más empatía etc.

Las consecuencias psicológicas del abuso sexual dependen, entre otros factores, del estado mental basal de la víctima y de sus estrategias de afrontamiento (31,32). Pero también influyen en gran medida, como veremos más adelante, el apoyo social recibido y las intervenciones tempranas que se realicen.

### **3.3. Consecuencias sociales.**

La violencia sexual conlleva un estigma que disuade a las mujeres de divulgarlo, tanto a fuentes formales (como personal sanitario y policía) como a informales (familia, amigos). Este estigma llega a tales niveles que ha llegado a etiquetarse como “segunda violación” a las respuestas negativas por parte de la sociedad a la divulgación de la experiencia por parte de las víctimas (33).

El significado para la sociedad de la violencia sexual, se construye socialmente con definiciones culturales que cambian con el tiempo. Este significado puede reforzar y agravar la actitud de la sociedad de culpar a las víctimas de violación o contradecir esta ideología creyendo y apoyando a las víctimas y definiendo la violación como un crimen violento (26).

Como ya se comentó en el capítulo 2.1., la aceptación de los “mitos de la violación” sirve para negar, minimizar y justificar este tipo de crímenes. Estos “mitos” se refiere a las actitudes y creencias, generalmente falsas, pero ampliamente mantenidas, que sirven para justificar la agresión sexual masculina hacia las mujeres. La aceptación de los mismos está relacionada con un aumento de la culpa de la víctima, una consideración menos traumática de la violación y la exoneración del culpable (34).

La aceptación de estos “mitos” en la sociedad y la reacción de la misma ante la revelación de los abusos por parte de la víctima, tiene una importante repercusión en el estado psicológico de la misma.

Las reacciones sociales negativas incluyen acciones como la culpabilización de la víctima, el tratamiento de la víctima de forma diferente, las respuestas de distracción (como no hablar sobre lo sucedido o decir a las víctimas que sigan con sus vidas) y las reacciones egocéntricas o controladoras. Estas actitudes están relacionadas con la interiorización de los sentimientos por parte de la víctima, lo que acarrea una mayor gravedad y duración de las consecuencias psicológicas, así como menores niveles de denuncia a las autoridades (porque se les desanima a hablar de lo ocurrido).

Por otro lado, las reacciones sociales positivas tienen efectos valiosos sobre la recuperación de las víctimas y englobarían el proporcionar apoyo emocional y práctico, como escuchar y ayudar a buscar recursos.

Aun así, los efectos dañinos de las reacciones negativas suelen ser más fuertes que los efectos protectores de las positivas. Además, aquellas pueden llevar a las mujeres a desatender la búsqueda activa de ayuda, desalentando la expresión de sus sentimientos y acarreando consecuencias graves para la salud mental (26).

## **CAPÍTULO 4: DETECCIÓN, ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO.**

### **4.1. Detección desde los servicios sanitarios.**

Según la “Macroencuesta Violencia contra la Mujer 2015”, el 45% de las mujeres que han experimentado violencia sexual, física o miedo hacia su pareja o expareja han solicitado ayuda a través de algún servicio médico, legal o social. En ese porcentaje de mujeres que solicita ayuda a través de algún servicio sanitario el 29,22% consultó con su psiquiatra o psicólogo, y el 22,36% pidió ayuda a un médico, en su centro de salud o en otra institución de atención sanitaria (8).

Aunque los episodios de agresión más agudos comúnmente acuden a servicios de urgencias de los hospitales, desde la atención primaria de salud y desde las consultas de atención especializada (como ginecología y obstetricia), también se pueden detectar casos de víctimas de agresiones.

Cuando las mujeres acuden a los servicios de salud, es importante crear un diálogo dirigido a promover su salud sexual y son los profesionales de la salud los que tienen la responsabilidad de iniciarlo. Ya que las cuestiones relativas a la sexualidad suelen considerarse problemáticas, será especialmente importante crear un ambiente de confianza y de respeto incluso si el paciente decide no hablar sobre el tema.

Hay estudios que indican que la mayoría de los profesionales de la salud creen que tienen una educación insuficiente, se sienten mal preparados o no están dispuestos a discutir cuestiones sexuales con sus pacientes (35).

Del mismo modo, algunos estudios indican la importancia de capacitar a los profesionales de la salud en la búsqueda eficaz de estos casos como parte de la anamnesis, para que sean capaces de preguntar a las mujeres que muestran signos de abuso o que pertenecen a grupos de alto riesgo y les proporcionen una respuesta de apoyo e información (36).

Aun así, es de gran interés que los profesionales sanitarios muestren atención a cualquier indicador de una situación de abusos sexuales. Por ejemplo, aquellos profesionales que realicen exploraciones vaginales, como matronas o ginecólogos, si detectan molestia en la paciente deben tener en cuenta que existe una correlación positiva entre el abuso sexual y la incomodidad durante estas exploraciones; ya que pueden provocar sensaciones parecidas (37).

Como la violencia sexual está con frecuencia ligada a la violencia dentro de la pareja, si se detectasen signos de alarma de maltrato, se podría sospechar también de abusos sexuales. Relacionado con este aspecto, en los equipos de atención primaria de Cantabria se dispone de un protocolo específico que propone la detección sistemática, a través de alguna pregunta concreta en relación al maltrato, a todas las mujeres mayores de 14 años al abrir su historia de salud (38).

### **4.2. Atención y protocolo de actuación.**

Al atender a una persona que ha sufrido un ataque contra su libertad sexual hay que garantizar que se aseguren los derechos, valores y principios éticos de las víctimas.

Deben adoptarse medidas que eviten o disminuyan la victimización secundaria y el maltrato institucional, dando soporte psicológico durante todo el proceso, evitándose situaciones como exigir relatos forzados sobre el evento del abuso sexual o evaluaciones físicas innecesarias (40,41).

En estas situaciones, necesariamente se precisa de la atención por parte de un equipo interdisciplinar, que incluye médicos especialistas, profesionales de enfermería y trabajo social y médico forense.

Durante todo el proceso de atención hay que proporcionar a las víctimas un cuidado de su salud tanto física como mental, la valoración pericial de las posibles lesiones y el logro de evidencias médico-legales para poder llegar a un proceso judicial. El que este proceso de atención se realice de forma digna y centrada en la paciente determinará, en gran medida, las consecuencias y la recuperación de esta experiencia traumática, además de mejorar la adherencia a la medicación que pueda necesitar (por ejemplo, quimioprofilaxis antirretroviral) (41, 42).

Hay tres momentos críticos en el proceso de atención a las víctimas a los que hay que prestar especial cuidado para evitar el maltrato institucional. El primer momento clave es el instante de llegada de la supuesta víctima al servicio de urgencias, que debe ser atendida de forma inmediata y situada en un espacio que garantice la privacidad. El segundo momento sería, si se llega a generar una denuncia, la solicitud de presencia del médico forense por parte del juez de guardia. Este paso es crítico, ya que se debe de evitar que a la víctima se le realicen las mismas preguntas por parte del equipo médico y del médico forense. Por último, el tercer momento haría referencia al tiempo que debe de pasar la presunta víctima en urgencias, dada la variedad de profesionales que deben valorarla (42).

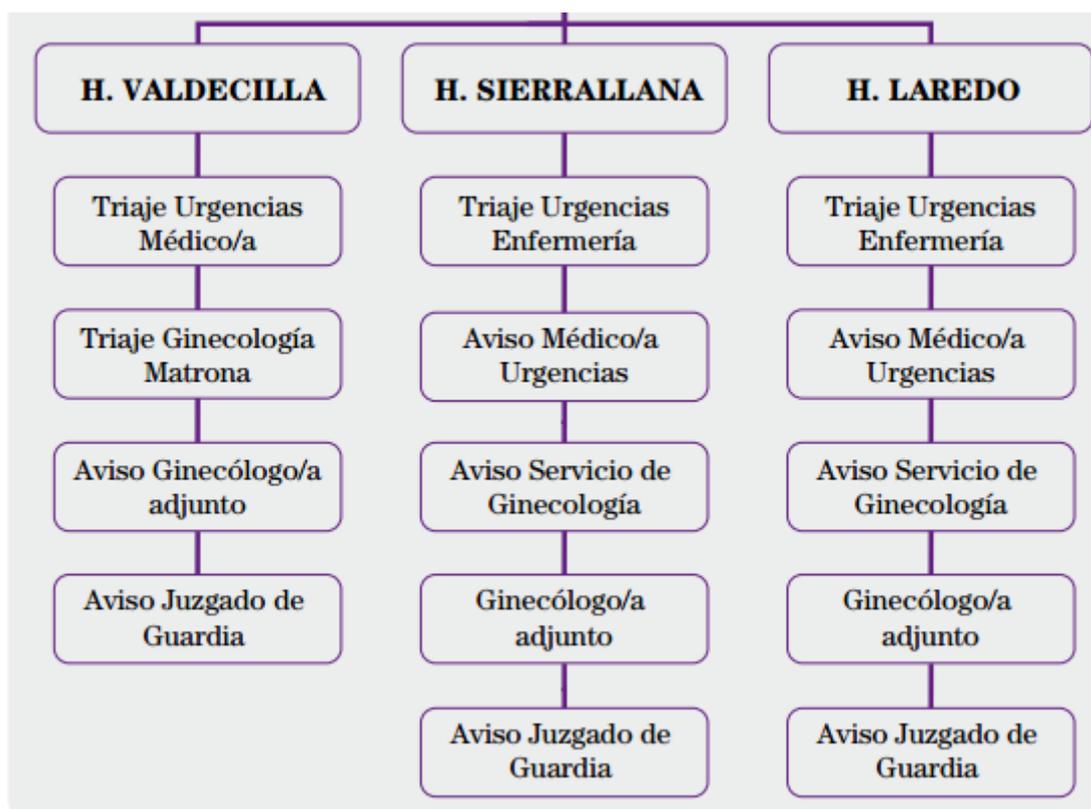


Figura 3: Circuito de recepción y acogida de la mujer  $\geq 16$  años en el Servicio de Urgencias Hospitalarias. Fuente: Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales.

Cuando la mujer llega al servicio de urgencias, en un primer momento será derivada al servicio de urgencias de Ginecología. Tras ser recibida en el servicio se hablará con ella, se le intentará tranquilizar y será informada del procedimiento a seguir, pidiendo su consentimiento.

Dependiendo de si quiere interponer una denuncia o no, o si ya ha denunciado, se avisará al juez de guardia, que solicitará la presencia del médico forense. En el caso de que no quiera denunciar, se avisará igualmente al juez, por si en un futuro la mujer cambiase de opinión.

Después se pasará a la evaluación clínica, que la realizará un especialista en ginecología en presencia de una enfermera o una matrona, procurando que siempre uno de los dos profesionales sea mujer. Como ya se ha indicado, también estará presente en este momento el médico forense, para evitar la repetición de exploraciones.

En todo momento se deberá mantener una postura empática y de respeto, teniendo especial sensibilidad al realizar las preguntas y clarificando dudas.

Se realizará la anamnesis y se atenderá al relato de la víctima, procurando estar alerta a posibles señales que indiquen un caso de sumisión química, y se cumplimentará el parte de lesiones. Después se procederá a realizar la exploración física, psicológica y la recogida de muestras forenses y clínicas. Si fuese preciso, se valorará una posible hospitalización.

En caso de que la mujer lo precise, se le facilitará tratamiento ansiolítico y analgésico. Seguidamente se procederá a administrar la profilaxis de ITS, que deberá incluir tratamiento para gonococia, clamidia, trichomonas y sífilis. En caso de que la agresión sexual hubiese sido violación, se iniciará el tratamiento profiláctico para el VIH. También se incluirá en el tratamiento la anticoncepción de emergencia y, si fuese necesario, la profilaxis antitetánica y de hepatitis B.

En este momento, se explicarán los posibles efectos secundarios del tratamiento, así como la importancia de la adherencia al mismo, que en el caso de la profilaxis para el VIH, durará 4 semanas.

Durante toda esta serie de actuaciones, el personal de enfermería se encargará de acompañar al paciente y ofrecer apoyo, así como de coordinar a los distintos profesionales implicados.

Si fuese necesario, el profesional de trabajo social puede realizar una intervención social en crisis, con el propósito de calmar, proporcionar seguridad y comprensión entre la paciente y los profesionales sanitarios. Además, trazará un plan de intervención, de conformidad con la mujer, en el que se valorarán los factores de riesgo y se le orientará hacia los recursos convenientes.

Al dar de alta a la paciente, se le informará de los controles y consultas a las que tiene que acudir y si esta lo desea, será derivará a la unidad de salud mental pertinente. Es en este último paso en el que se valora si la intervención realizada ha sido exitosa, ya que de ello dependerá la adherencia a los controles, que en el caso de las ITS y VIH se prolongará hasta 6 meses tras el paso por urgencias (2).

### **4.3. Tratamiento psicológico.**

Entre las víctimas de violencia sexual hay personas que son capaces de sobreponerse a esta experiencia tan dolorosa y de retomar sus vidas con facilidad. Sin embargo, otras no pueden olvidar lo que les ocurrió y el malestar emocional que sufren puede llegar a desbordarlas y a interferir negativamente con sus vidas.

Estas últimas pueden verse beneficiadas por las distintas modalidades de tratamiento psicológico. Estos tratamientos favorecen especialmente a las víctimas que sufren TEPT, ya que las capacita para contraponerse al trauma original y desarrollar pautas de afrontamiento eficaz.

El tratamiento a las mujeres debe de ser multidisciplinar, para poder abarcar los diferentes problemas que un abuso pueda crear en las múltiples esferas de la salud de la mujer,

combinándose el tratamiento psicológico con tratamiento farmacológico, intervenciones en el ámbito social, etc.

Las terapias psicológicas suelen ofrecer un beneficio que puede llegar a prolongarse de media entre 6 y 12 meses después de la intervención. Suelen predominar las terapias individuales, estructuradas e intensivas (10-15 sesiones) sobre las terapias grupales y breves de apoyo, aunque todas pueden ofrecer ayuda (43).

Según el metaanálisis de modalidades terapéuticas llevado a cabo por Vickerman y Margolin en 2009, los tratamientos que cuentan con mayor apoyo empírico son los cognitivo-conductuales, fundamentalmente aquellos centrados en la evocación del suceso traumático y su significado.

Entre las terapias cognitivo-conductuales más recomendadas, ordenadas por mayor efectividad demostrada, están las siguientes:

- La exposición prolongada (EP): en esta terapia, la paciente verbaliza sus recuerdos, sentimientos y emociones relacionados con el evento traumático. De esta forma, se promueve el procesamiento del recuerdo y se reducen las conductas de evitación.
- La terapia de procesamiento cognitivo (TPC): es una terapia de reestructuración cognitiva que pretende, a través de la expresión de pensamientos y emociones, modificar el significado atribuido a la agresión. La TPC ayuda a las mujeres a identificar creencias erróneas que impiden la recuperación.
- El entrenamiento en inoculación del estrés (EIE): consiste en la enseñanza de habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes, mediante la evocación de las mismas en la imaginación de la paciente (44).
- La desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (DRMO): se basa en consolidar las memorias traumáticas (es decir, revivir la agresión como si estuviese ocurriendo) como memorias ordinarias (recordar la agresión como algo del pasado) (45).

Todos estos tratamientos suelen comenzar con sesiones de psicoeducación orientadas a redirigir las creencias que muchas mujeres tienen sobre los abusos sexuales y así disminuir sentimientos como la culpa y la vergüenza (44).

Si bien se ha demostrado que estas terapias ayudan a la recuperación, el número de rechazos y abandonos, en ocasiones, es alto. Esta renuncia al tratamiento suele darse con más frecuencia en mujeres con inestabilidad socio-económica como inmigrantes, mujeres que abusan de sustancias tóxicas o que tienen un nivel socioeconómico bajo.

Además, las mujeres que fueron víctimas de forma más reciente suelen rechazar con mayor frecuencia estos recursos, con la creencia de que lo superarán con el tiempo. En caso de abusos prolongados en el tiempo, la adherencia a las terapias suele ser mayor (43).

La ambivalencia emocional de la mujer entre la búsqueda de apoyo y el miedo a enfrentarse a recuerdos dolorosos puede hacer que desista en la solicitud de ayuda, por lo que es importante asesorar sobre los recursos a su alcance (centros de apoyo, unidades de salud mental, asociaciones, etc.) y promover su uso.

## **CAPÍTULO 5: RECURSOS Y PREVENCIÓN.**

### **5.1. Recursos a nivel nacional y en Cantabria.**

Actualmente en España y en Cantabria existen numerosas asociaciones, servicios de asistencia a víctimas y otras entidades no sanitarias que trabajan para prevenir y eliminar la violencia, proteger a las víctimas y promover la igualdad.

Las líneas de actuación que siguen estas asociaciones varían entre estos servicios:

1. Asistencia integral a las víctimas, que se puede realizar a través de diferentes medios:
  - Ayuda telefónica o a través de otros medios de comunicación, para ofrecer información.
  - Asistencia jurídica: asesora y se hace cargo de todas las gestiones legales a todas las víctimas que interpongan una denuncia.
  - Asistencia psicológica: consiste en ofrecer ayuda y tratamiento en aquellos casos que así lo requieran (tanto a víctimas de abuso como sus familiares). Probablemente la actividad de mayor peso en estas asociaciones
  - Intervenciones sociales, como la coordinación con centros de acogida.
2. Servicios de prevención y formación: promoviendo la sensibilización del público general a través de charlas y cursos de formación.
3. Investigación y publicaciones.

En el ámbito nacional, existen múltiples recursos:

- La Federación de Asociaciones de Asistencia a Víctimas de violencia sexual y de género (FAMUVI), que es una organización que engloba a 9 asociaciones especializadas en la atención a víctimas de agresiones sexuales y malos tratos distribuidas por todo el territorio nacional.
- El Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades promueve y fomenta condiciones que garanticen la igualdad entre géneros a través de distintas instituciones públicas y privadas.
- Teléfonos de asistencia: como el Teléfono de Información a la Mujer (900 191 010)
- Distribuidas por todas las Comunidades Autónomas existen múltiples Asociaciones de Mujeres, Asociaciones de Víctimas de Abusos Sexuales y Asociaciones de Ayuda a la Mujer extranjera, etc. (46).

En el caso de Cantabria, los recursos comunitarios de mayor importancia son:

- Centro de Información y Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria (Dirección General de Igualdad y Mujer): es el centro de referencia para la Comunidad Autónoma en caso de maltrato y de agresiones sexuales, tanto hacia mujeres como hacia menores (47).
- C.A.V.A.S. Cantabria (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Prevención del Maltrato Infantil): lleva operando en Cantabria desde 1987 y ofrece asistencia integral a mujeres, hombres y menores víctimas de agresiones (46).

## **5.2. Prevención y educación.**

A lo largo de este trabajo se ha hablado de la importancia de la percepción de la sociedad sobre la violencia sexual, los mitos de la violación y el aumento de las tasas de agresión sexual entre los jóvenes.

Para empeorar la situación, estudios sugieren que un gran número de jóvenes parece estar acostumbrados a la misoginia y al sexismo, y que además, los educadores y los padres no discuten sobre estos temas con ellos.

Las charlas de sexualidad que se ofrecen en los colegios o institutos, a menudo están únicamente centradas en proporcionar información sobre anticonceptivos y el riesgo de las ITS y los embarazos no deseados. Aunque estos asuntos son de gran importancia, en las clases de educación sexual es poco común que se aborden temas básicos como el respeto, el consentimiento y cómo manejar los sentimientos para tener una relación romántica y sexual sana.

La importancia de instruir a jóvenes en esta materia es determinante para modificar la prevalencia de las agresiones sexuales en el futuro. Algunos estudios realizados en los que se desarrollaban talleres referentes a estos temas han demostrado que los jóvenes (especialmente las mujeres) que aprenden a reconocer situaciones de riesgo de agresión sexual para otros y adquieren conocimientos sobre como intervenir consiguen reducir potencialmente las agresiones; y en el caso de las que llegan a producirse son denunciadas con mayor frecuencia (48, 49, 50).

En Cantabria, durante el año 2015, la asociación C.A.V.A.S. desarrolló, en siete centros de educación secundaria, su “Programa de prevención de agresiones sexuales”. A través esta intervención de cuatro sesiones se investigó sobre los estereotipos y actitudes de jóvenes de 1º de Bachiller, así como el efecto de la intervención sobre los mismos (46).

Una educación abierta que haga énfasis en las relaciones sexuales positivas es esencial para concienciar sobre la dura, y silenciada, realidad de los abuso sexuales.

## **CONCLUSIÓN.**

La violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y una expresión de la desigualdad de género presente en todos los países del mundo. Esta violencia se manifiesta como diferentes formas de abuso físico, psicológico y sexual.

A pesar de la magnitud de este problema y del impacto que tiene, está relativamente poco investigado por la comunidad internacional e insuficientemente notificado por las mujeres que lo sufren. La violencia sexual se oculta, en parte, porque con frecuencia las víctimas conocen al autor de dicha violencia, porque muchas veces las mujeres entienden esa violencia como lo “normal” y por la vergüenza y estigma asociados a la misma.

Desde las últimas décadas se ha impulsado la investigación y abordaje de la violencia hacia las mujeres, lo que ha permitido reforzar la conciencia sobre este problema y promover la toma de acciones desde el ámbito político, legal, social, sanitario etc. (3,5).

Pese a que son numerosos los factores que influyen sobre la ejecución de los delitos contra la libertad sexual, una gran parte de esta agresividad y violencia es perpetuada, reforzada e impulsada por las normas sociales. Estas normas sociales están basadas en la convicción de una masculinidad basada en el control sobre los demás y el poder, y que justifica o excusa la violencia sexual hacia las mujeres (4).

La violencia sexual tiene efectos sobre la salud física de las mujeres, así como sobre su bienestar psicológico. Las secuelas sobre la salud mental a menudo perduran durante años, y pueden verse influidas por la reacción del entorno social de la mujer al saber sobre la agresión (20,31).

Esta misma reacción social determinará las probabilidades de que la mujer decida denunciar la situación u ocultarla, y contribuirá en su decisión de buscar ayuda (33).

La atención en este tipo de situaciones debe de ser respetuosa, evitando emitir juicios de valor y proporcionando información y atención de calidad.

Los sistemas de salud tienen un papel decisivo en la prevención y detección de la violencia sexual, proporcionando el tratamiento requerido y derivando a los servicios necesarios para que las mujeres reciban el apoyo y la atención necesarias. Estos servicios tienen, además, el propósito secundario de la recopilación de datos y evidencias para poner en marcha programas de prevención (2).

Los cuidados deben prolongarse el tiempo que la mujer lo precise y deben realizarse desde un enfoque multidisciplinar, en el que la ayuda profesional psicológica tiene una importancia decisiva.

Los distintos recursos que existen para ayudar a las víctimas de violencia sexual abarcan un amplio abanico de acciones, como la asistencia jurídica, psicológica, social etc., además de proporcionar formación tanto al personal sanitario como al público general (46).

Esta promoción de la sensibilización y educación al público general es de especial importancia entre los más jóvenes. Incluir temas como el respeto, el consentimiento y aprender a identificar situaciones de riesgo en las charlas de sexualidad o dar seminarios exclusivos sobre la violencia sexual ayudará a reducir estas situaciones y que, cuando se produzcan, se actúe de la manera más adecuada (50).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual [Internet]. Washington, DC : Organización Panamericana de la Salud, 2013 [citado 2017 Abr 18]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf)
2. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales [Internet]. Actualización. Cantabria: Dirección General de Salud Pública; 2017 En [actualizado 2017 Ene; citado 2017 Abr 18]. Disponible en:  
<http://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20AGRESIONES%20SEXUALES%20CANTABRIA%202017.pdf>
3. National Research Council. Estimating the incidence of rape and sexual assault [Internet]. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2014 [citado 2017 Abr 18]. Disponible en:  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202264/pdf/Bookshelf\\_NBK202264.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202264/pdf/Bookshelf_NBK202264.pdf)
4. Martínez-Catena A, Redondo S. Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. Anuario de Psicología Jurídica [Internet]. 2016 Mayo 27 [citado 2017 Abr 22]; 26(1):19-29. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S113307401630006X/1-s2.0-S113307401630006X-main.pdf?\\_tid=a83e75e6-54e8-11e7-b1fa-00000aab0f02&acdnat=1497874569\\_812575a71a8cd0e82e539d5f1c8c42e8](http://ac.els-cdn.com/S113307401630006X/1-s2.0-S113307401630006X-main.pdf?_tid=a83e75e6-54e8-11e7-b1fa-00000aab0f02&acdnat=1497874569_812575a71a8cd0e82e539d5f1c8c42e8)
5. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2013 [citado 2017 Abr 22]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)
6. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Resumen del informe. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [citado 2017 Abr 24]. Disponible en:  
[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)
7. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report [Internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2014 Mar [citado 2017 Abr 27]. Disponible en:  
<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
8. De Miguel-Luken V. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2015 [citado 2017 Abr 30]. Disponible en:  
[http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_2\\_2\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_2_2_Macroencuesta2015.pdf)
9. Mann RE, Barnett GD. Victim Empathy Intervention With Sexual Offenders: Rehabilitation, Punishment, or Correctional Quackery?. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment [Internet]. 2012 Ago [citado 2017 May 5]; XX(X):1 –20. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/230722913\\_Victim\\_Empathy\\_Intervention\\_With\\_Sexual\\_Offenders\\_Rehabilitation\\_Punishment\\_or\\_Correctional\\_Quackery](https://www.researchgate.net/publication/230722913_Victim_Empathy_Intervention_With_Sexual_Offenders_Rehabilitation_Punishment_or_Correctional_Quackery)

10. Abbey A, Jacques-Tiura AJ. Sexual Assault Perpetrators' Tactics: Associations With Their Personal Characteristics and Aspects of the Incident. *J Interpers Violence* [Internet]. 2011 Sept [citado 2017 May 5]; 26(14): 2866–2889. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455931/pdf/nihms694989.pdf>
11. Moyano N, Monge FS, Sierra JC. Predictors of sexual aggression in adolescents: Gender dominance vs. rape supportive attitudes. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* [Internet]. 2016 Jul [citado 2017 May 5]; 9 (2017):25–31. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S1889186116300312/1-s2.0-S1889186116300312-main.pdf?\\_tid=e876c0d8-5514-11e7-a74c-00000aacb35f&acdnat=1497893574\\_3b52af8cdbc550ba2bb34728ac3109ea](http://ac.els-cdn.com/S1889186116300312/1-s2.0-S1889186116300312-main.pdf?_tid=e876c0d8-5514-11e7-a74c-00000aacb35f&acdnat=1497893574_3b52af8cdbc550ba2bb34728ac3109ea)
12. Fleming PJ, Gruskin S, Rojo F, Dworkin SL. Men's violence against women and men are inter-related: Recommendations for simultaneous intervention. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2015 Oct [citado 2017 May 8]; XXX(2015):1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.021>
13. Fernández-Villazala T. La extensión de los delitos sexuales cometidos por jóvenes en España. *Revista de Derecho penal y Criminología* [Internet]. 2012 Ene [citado 2017 May 8]; 3(7):237-260. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaderechopenalycriminologia-2012-7-2070/documento.pdf>
14. España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm. 281 [citado 2017 May 9]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444&p=20150428&tn=2>
15. España. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 31 de marzo de 2015, núm. 77 [citado 2017 May 9]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439)
16. Brodsky A. Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal. *Columbia Journal of Gender and Law* [Internet]. 2017 [citado 2017 May 8];32(2). Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=2954726>
17. García-Caballero C, Cruz-Landeira A, Quintela-Jorge O. Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid) durante los años 2010, 2011 y 2012. *Revista Española de Medicina Legal* [Internet]. 2014 [citado 2017 May 9]; 40(1):11-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-sumision-quimica-casos-presuntos-delitos-S0377473213000631?redirectNew=true>
18. García-Caballero C, Quintela-Jorge O, Cruz-Landeira A. Alleged drug-facilitated sexual assault in a Spanish population sample. *Forensic Chemistry*. 2017 Feb [citado 2017 May 9]; 4(2017): 61-66.
19. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2017 Feb [citado 2017 May 9]; 47 (2017): 46-54.

20. Sawyers MS. Defining patterns of genital injury from sexual assault: A review. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2007 [citado 2017 May 12];8(3): 270–280. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17596344>
21. Mclean SA, Soward AC, Lauren B, et al. Acute Severe Pain is a Common Consequence of Sexual Assault. *J Pain* [Internet]. 2012[citado 2017 May 12];13(8): 736-741. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22698980>
22. Sommers MS, Brunner LS, Brown KM, et al. Injuries from Intimate Partner and Sexual Violence: Significance and Classification Systems. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2012[citado 2017 May 12];19(5): 250-263. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22687765>
23. Draughon JE. Sexual Assault Injuries and Increased Risk of HIV Transmission. *Adv Emerg Nurs J* [Internet]. 2012[citado 2017 May 12];34(1): 82-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522423/>
24. Klot JF. The Physiology of Sexual Violence, Genito-anal Injury and HIV: Opportunities for Improving Risk Estimation. *Am J Reprod Immunol* [Internet]. 2013[citado 2017 May 12];69(1): 80-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23206247>
25. Vallejo AR, Córdoba MI. Abuso sexual: síntomas y consecuencias. *Apuntes de Psicología*. [Internet]. 2011[citado 2017 May 12];29(1): 161-175. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/>
26. Ullman SE, Peter-Hagene L. Social Reactions to Sexual Assault Disclosure, Coping, Perceived Control and PTSD Symptoms in Sexual Assault Victims. *J Community Psychol* [Internet]. 2014[citado 2017 May 13];42(4): 495–508. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24910478> [Accessed 15 December 2016].
27. Peter-Hagene L, Ullman SE. Sexual Assault Characteristics Effects on PTSD and Psychosocial Mediators: A Cluster Analysis Approach to Sexual Assault Types. *Psychol Trauma* [Internet]. 2015 [citado 2017 May 12];7(2): 162-170. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25793692>
28. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
29. Sigurvinsdottir R, Ullman SE. Social Reactions, Self-Blame and Problem Drinking in Adult Sexual Assault Survivors. *Psychol Violence* [Internet]. 2015[citado 2017 May 13];5(2): 192-198. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26366320>
30. Badour CL, Feldner LT, Babson KA, Blumenthal H, Dutton CE. Disgust, Mental Contamination, and Posttraumatic Stress: Unique Relations following Sexual versus Non-Sexual Assault. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2013 [citado 2017 May 12];27(1): 155-162. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC3577979&blobtype=pdf>
31. Borja SE, Callahan JL, Long PJ. Positive and Negative Adjustment and Social Support of Sexual Assault Survivors. *Journal of Traumatic Stress* [Internet]. 2006[citado 2017 May 14];19(6): 905-914. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17195986>
32. De la Cruz MA, Peña ME, Andreu JM. Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas

de agresión sexual. *Clínica y Salud* [Internet]. 2015[citado 2017 May 12];26(1): 33-39. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742015000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100005)

33. Jacques-Tiura AJ, Tkatch R, Abbey A, Wegner R. Disclosure of Sexual Assault: Characteristics and Implications for Posttraumatic Stress Symptoms Among African American and Caucasian Survivors. *J Trauma Dissociation* [Internet] 2010[citado 2017 May 15];11(2): 174-192. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20373205>

34. Megías JL, Romero-Sánchez M, Durán M, Moya M, Bohner G. Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale. *The Spanish Journal of Psychology* [Internet]. 2011[citado 2017 May 12];14(2): 912-925. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22059335>

35. Wendt EK, Marklund BRG, Lidell EAS, Hildingh CI, Westerstahl AKE. Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse — midwives’ and clinicians’ experiences. *Midwifery* [Internet]. 2010 [citado 2017 May 17];27(2011):539-546.

36. O’Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [citado 2017 May 19];7(1):1-103. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007007.pub3/epdf>

37. Güneş G, Karaçam Z. The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 [citado 2017 May 18].

38. Cano LM, Berrocoso A, De Arriba L, Bernaldo R, Alamar JD, Cardo A. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2010[citado 2017 May 18];3(1):10-17. Disponible en:

<http://www.revclinmedfam.com/PDFs/f0935e4cd5920aa6c7c996a5ee53a70f.pdf>

39. Vallejo AR, Córdoba MI. Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología* [Internet]. 2012 [citado 2017 May 17];30(1):20-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v30n1/a02v30n1.pdf>

40. Gómez EL, Lailla JM, Arimany J, Pujol A. La atención interdisciplinaria en la violencia sexual. *Rev Esp Med Legal* [Internet]. 2014[citado 2017 May 17];40(3):89-90.

41. De Amorim L, De Albuquerque MC, Pereira N, De Souza JL, Oliveira BR, Fernandes JR. The (un)receptive experiences of female rape victims who seek healthcare services. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015[citado 2017 May 19]; 49(2):193-200. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/0080-6234-reeusp-49-02-0193.pdf>

42. Santiñá M, Ríos J, Céspedes F, Martínez B. Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgencias. *Rev Esp Med Legal* [Internet]. 2014[citado 2017 May 19];40(3):97-102.

43. Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I, de Corral P. Factores Relacionados con el Rechazo y el Abandono de la Terapia en Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales Tratadas en la Edad Adulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet]. 2014[citado 2017 May 19];13(1):51-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281935591005>.

44. Vickerman KA, Margolin G. Rape Treatment Outcome Research: Empirical Findings and State of the Literature. Clin Psychol Rev [Internet]. 2009 July[citado 2017 May 20];29(5):431–448. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773678/pdf/nihms129381.pdf>

45. Gonzalez A, Mosquera D. Tratamiento del abuso sexual con EMDR. Revista de Psicoterapia [Internet]. 2009[citado 2017 May 19];20(80):61-71. Disponible en: <http://docplayer.es/1784882-Tratamiento-del-abuso-sexual-con-emdr.html>

46. CAVAS. CAVAS Cantabria [Internet]. Cantabria: CAVAS; 2015 [citado 2017 May 22]. Disponible en: <http://cavascan.org/>

47. Gobierno de Cantabria. Conserjería de Sanidad [Internet]. Cantabria: Conserjería de Sanidad; 2011 [citado 2017 May 20]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/index.php?page=violencia2>

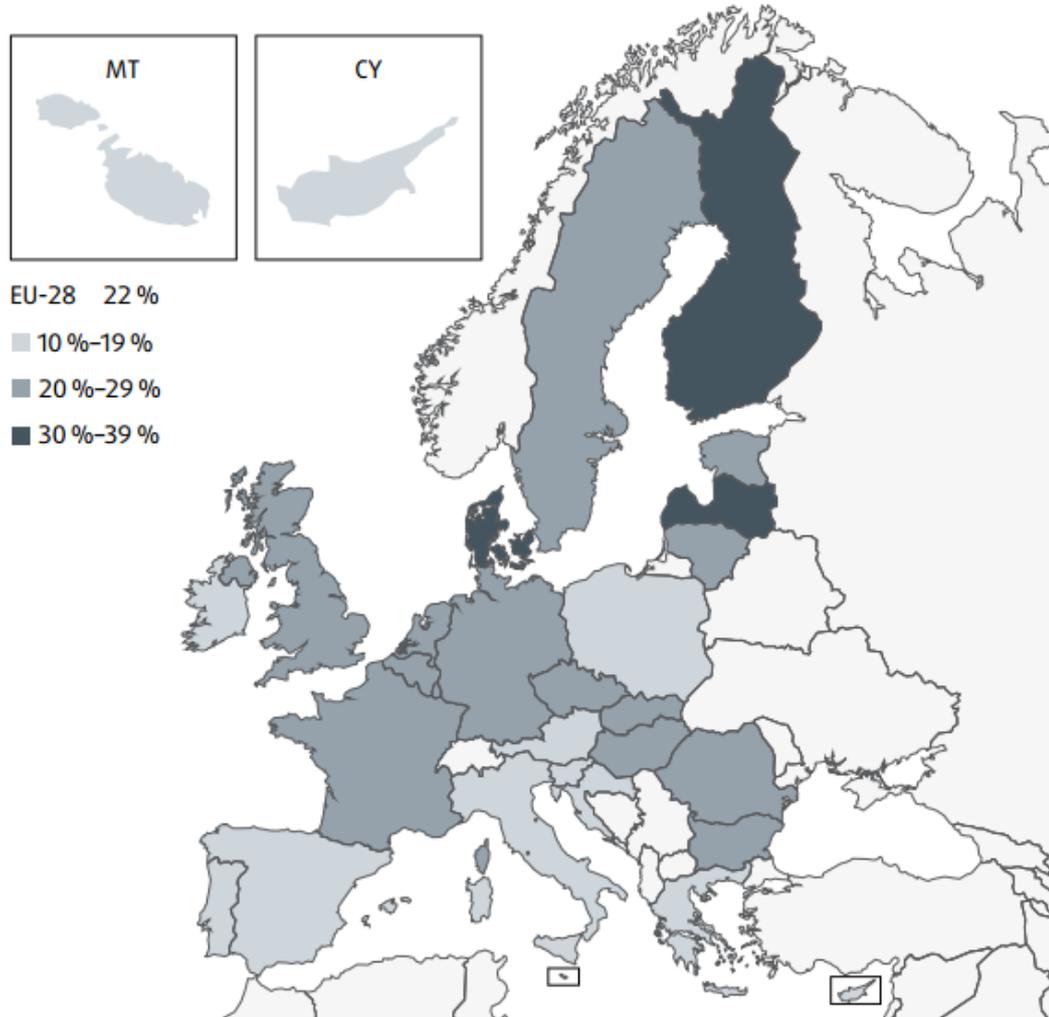
48. Burn SM. A Situational Model of Sexual Assault Prevention through Bystander Intervention. Sex Roles [Internet]. 2009[citado 2017 May 20];60(11):779-792. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/225660830\\_A\\_Situational\\_Model\\_of\\_Sexual\\_Assault\\_Prevention\\_through\\_Bystander\\_Intervention](https://www.researchgate.net/publication/225660830_A_Situational_Model_of_Sexual_Assault_Prevention_through_Bystander_Intervention)

49. Sarnquist C, Omondi B, Gitau C, et al. Rape Prevention Through Empowerment of Adolescent Girls [Internet]. American Academy of Pediatrics, 2014 Abr [citado 2017 May 22]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/04/09/peds.2013-3414.full.pdf>

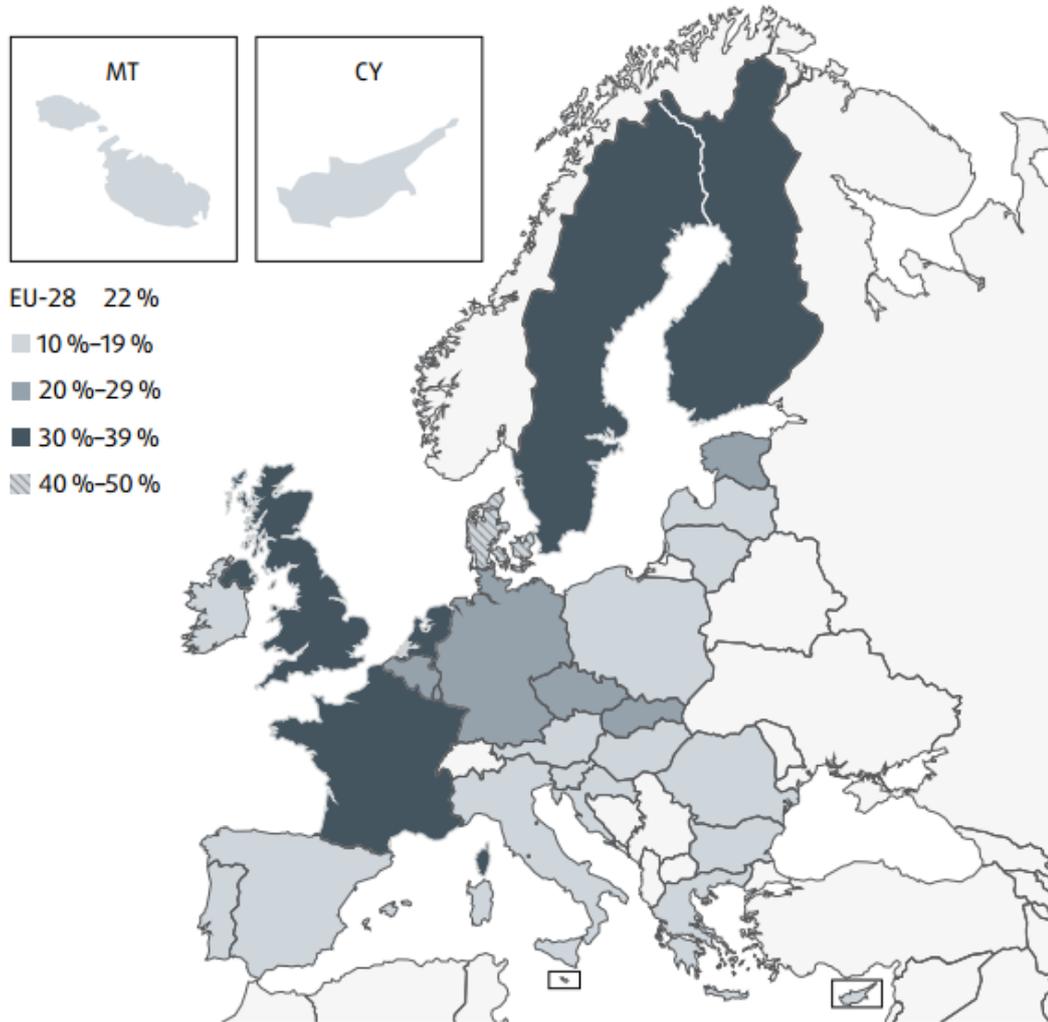
50. Senn CY, Eliasziw M, Barata PC, et al. Efficacy of a Sexual Assault Resistance Program for University Women. N Engl J Med [Internet]. 2015[citado 2017 May 23];372(24):2326-35. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1411131>

## **ANEXOS**

Anexo 1: Prevalencia de violencia física o sexual por parte de la pareja en mujeres mayores de 15 años (%). Fuente: European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey (7).



Anexo 2: Prevalencia de violación física o sexual por parte de alguien distinto de la pareja en mujeres mayores de 15 años (%). Fuente: European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey (7).



Anexo 3: Consecuencias psicológicas a largo plazo del incidente más grave de violencia desde los 15 años de edad, por tipo de violencia y autor (%). Fuente: European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey (7).

	Cualquier pareja (actual y/o anteriores)		Persona que no es la pareja	
	Violencia física	Violencia sexual	Violencia física	Violencia sexual
<b>Tipo de consecuencia psicológica</b>				
Depresión	20	35	8	23
Ansiedad	32	45	23	37
Ataques de pánico	12	21	8	19
Pérdida de confianza en una misma	31	50	17	40
Sentimiento de vulnerabilidad	30	48	24	47
Dificultad para dormir	23	41	13	29
Problemas de concentración	12	21	7	16
Dificultades en las relaciones	24	43	9	31
Otras	3	5	4	4