

## El médico de familia ante las agresiones sexuales

S. Sánchez Ramón<sup>a</sup>, S. Herrero Velázquez<sup>b</sup> y M.D. Rivas Vilas<sup>a</sup>

### Introducción

El maltrato sexual es una forma de violencia que atenta contra la integridad física y psicológica de la persona y comprende tanto la agresión sexual como los abusos sexuales. La violencia sexual se comete en todas las clases sociales, ambientes culturales y etnias<sup>1</sup>.

La mayor parte de las agresiones sexuales se produce en el hogar familiar, por miembros de la propia familia o personas allegadas con quienes la víctima tiene una relación cercana, dentro de la supuesta seguridad que se presupone al hogar o la familia<sup>2</sup>.

La violencia sexual puede ser ocasionada por extraños: violaciones, acoso sexual en la escuela o en el trabajo, prostitución, tráfico de mujeres y niños, abuso de personas con discapacidad física o psíquica, abortos forzados, etc., sin olvidar otras legitimizadas por los gobiernos como son las formas «culturales» de violencia sexual<sup>1,2</sup>: matrimonios de niños o con niños, la «herencia de esposa» que reemplaza a la hermana muerta en el matrimonio, la mutilación de genitales, la comprobación obligada de la virginidad, las violaciones durante conflictos armados, la denegación del derecho al uso de anticonceptivos o a adoptar medidas frente a enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

En los últimos 20 años, se ha producido un cambio en algunas de las características demográficas de las agresiones sexuales, de manera que el porcentaje de agresiones sexuales perpetradas por desconocidos ha disminuido<sup>3,4</sup>.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como «todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, 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, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo»<sup>1</sup>. Esta definición abarca formas de violencia que por su gravedad tendrán connotaciones bien distintas:

- Sin contacto corporal: uso de la persona para pornografía u obligarla a ver material pornográfico, exhibicionismo, acoso, insultos sexistas, gestos o palabras obscenas y voyeurismo.
- Con contacto corporal: caricias sexuales, contacto anal, genital u oral, adopción de posturas o realización de conductas sexuales no deseadas por la persona, etc.
- La coacción con diferentes grados del uso de la fuerza, intimidación, extorsión y amenazas, hasta la violación (o intento de), definida como la penetración (o tentativa), forzada físicamente, genital, bucal o anal, usando el órgano sexual, otras partes corporales o un objeto<sup>1</sup>.

### Magnitud del problema

Desconocemos, como en los demás tipos de maltrato, la prevalencia real del problema en nuestro país. La macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer (2000)<sup>5</sup>, con una muestra de 20.552 mujeres, estima que el porcentaje de población de mujeres mayores de 18 años que se encuentran en «situación objetiva de violencia sexual» es del 3,4%, lo que supondría una cifra de 573.274 mujeres. Los datos de otro estudio<sup>6</sup> realizado en nuestro país mediante encuesta a 895 adultos revelan que el 22% de las mujeres y el 15% de los varones habían sufrido, de niños o adolescentes (< 17 años de edad), actividad sexual no deseada (abuso sexual) con y sin contacto.

Según fuentes del Ministerio del Interior, en el año 2003 hubo 6.191 delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual en España. Las denuncias por este tipo de delito han aumentado en un 14% en los primeros meses del año 2004 con respecto a 2003.

<sup>a</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla. Palencia. España.

Correspondencia:  
Susana Sánchez Ramón.  
Ciudad de la Habana, 19, 2.º A. 47016 Valladolid. España.  
Correo electrónico: sussanchez@usuarios.retecal.es

Manuscrito recibido el 30 de junio de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 30 de junio de 2004.

**Palabras clave:** Agresiones sexuales. Violencia doméstica. Abusos sexuales.

En el ámbito internacional, los estudios consultados de prevalencia recogidos en el Informe Mundial sobre Violencia reflejan una gran diversidad en las cifras de abuso sexual. Esto es debido no sólo a la diferencias demográficas, culturales y sociales, sino también a la variabilidad entre los indicadores de violencia utilizados por los diversos autores, lo que hace difícil su comparación<sup>2</sup>. Sin embargo, en su conjunto, los datos indican que la violencia sexual es un problema importante y generalizado. Se estima que, en todo el mundo, una de cada 4 mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta una tercera parte de las adolescentes refiere que su primera relación sexual fue forzada<sup>1</sup>, en algunos países del mundo. Un meta-análisis realizado en Estados Unidos<sup>7</sup> estima que un 13% de las mujeres y un 3% de los varones pueden sufrir una violación en algún momento de su vida. Datos sobre el abuso sexual en la infancia ponen de manifiesto la gravedad del problema. A pesar de que es difícil obtener cifras al respecto, existen indicios que hacen pensar que se trata de un problema frecuente. Una revisión en 20 países mostraba porcentajes de abusos sexuales de un 7-36% para las niñas y de un 3-28% para los niños<sup>8</sup>. Cifras similares se recogen en otros estudios<sup>9</sup>.

La prevalencia de agresiones sexuales es mayor en mujeres que sufren otros tipos de maltrato, hasta un 54%<sup>1,10</sup>. Se sabe que sólo se denuncia una pequeña proporción (15-30%)<sup>11,12</sup> de las agresiones sexuales, hecho que contribuye a dificultar el conocimiento de la magnitud del problema. Las razones por las que las víctimas no denuncian son la vergüenza, el miedo a que no se les crea, el temor a que se las culpe de la situación o a la victimización secundaria con exploraciones o interrogatorios vejatorios y humillantes para la mujer.

### Factores de riesgo

Es difícil establecer un perfil de riesgo para las mujeres que sufren violencia sexual así como para quienes la perpetran. Puede darse en cualquier contexto, clase social o nivel cultural. Con todo, algunos factores parecen más relacionados que el perfil de riesgo (tabla 1).

### Consecuencias

Las agresiones sexuales tienen graves consecuencias en la salud física y mental de la víctima. Se reconoce que las repercusiones son mayores cuanto más graves y mantenidas han sido las agresiones<sup>1,13</sup> y cuando el agresor es un familiar o alguien cercano.

#### Consecuencias físicas

1. Agudas. Se ha demostrado que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que las que no son víctimas de tal violencia<sup>14-16</sup>.

– Lesiones físicas, secundarias a la agresión, aunque no siempre será necesario el uso de la fuerza para perpetrarla

**TABLA 1**  
**Factores de riesgo<sup>1</sup>**

Factores de riesgo y vulnerabilidad para que la mujer sufra violencia sexual	
Ser víctima de otros tipos de violencia familiar	
Edad: mayor cuanto más joven	
Consumo de alcohol u otras drogas	
Haber sido víctima de violación o abusos previos, incluido el abuso sexual en la niñez	
Tener muchos compañeros sexuales	
Ser profesional del sexo	
La pobreza	
Factores de riesgo para que el varón cometa agresiones sexuales	
Individuales	
Consumo de alcohol y drogas	
Tendencias impulsivas, antisociales	
Hostilidad hacia la mujer	
Preferencia por relaciones personales impersonales	
Antecedentes de abuso en la niñez	
Haber presenciado situaciones de violencia doméstica durante la niñez	
Relacionales	
Ambientes familiares marcadamente patriarcales	
Comunitarios	
Pobreza	
Tolerancia general a las agresiones sexuales	
Falta de sistema judicial sancionador del agresor	
Sociales	
Normas sociales que favorezcan la violencia sexual, la desigualdad de sexo que sustentan la superioridad masculina y el derecho sexual	

ni es imprescindible la existencia de lesiones físicas para demostrar una agresión sexual. La muerte de la mujer es la consecuencia más extrema de las agresiones sexuales.

– Embarazo no deseado, abortos voluntarios secundarios o inducidos.

– Enfermedades de transmisión sexual e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana<sup>4,14,16</sup>.

2. Crónicas. La violencia sexual tiene graves consecuencias sobre la salud también a largo plazo. La combinación de abuso sexual y físico repetitivo afecta al 40-45% de las víctimas de violencia doméstica, y dicha combinación supone mayores problemas de salud que los que provoca el abuso físico solo.

En la esfera ginecológica y sexual, cabe mencionar hemorragias e infecciones vaginales y urinarias de repetición; disfunciones sexuales, dispareunia, dolor pélvico y disminución del deseo sexual, entre otras<sup>4,14-16</sup>. Además, en estas circunstancias la mujer no tiene capacidad de decisión sobre los métodos de planificación familiar, lo cual aumenta el número de embarazos no deseados<sup>4</sup>, así como el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Se sabe que las mujeres que padecen un abuso sexual crónico tienen un

riesgo 2 veces mayor de sufrir una enfermedad de transmisión sexual que aquellas que no padecen ningún tipo de violencia<sup>16</sup>.

El resto de las posibles consecuencias físicas son las mismas que para cualquier otro tipo de maltrato<sup>14</sup>.

#### Consecuencias psicológicas

1. Agudas. Entre ellas cabe mencionar el síndrome de estrés postraumático, que variará según sea la edad, la personalidad, el apoyo social de la víctima, la relación con el agresor, la gravedad y la duración del maltrato<sup>16,17</sup>. Aunque puede darse en todos los tipos de violencia sexual, es más frecuente en los casos de violación. Se diferencian 3 fases o etapas: *a)* primera fase o reacción inmediata de shock; *b)* segunda fase o reacción a corto plazo, en la que predomina la conducta de evitación que impide afrontar lo sucedido. Son constantes los cambios de humor, así como los sentimientos depresivos, de ansiedad y baja autoestima, y *c)* tercera fase o de reorganización, en la que la víctima es capaz de enfrentarse al problema.

2. Crónicas. Pueden abarcar desde somatizaciones, abuso de sustancias, baja autoestima, depresión, trastornos de estrés postraumático no resueltos y ansiedad crónica<sup>17,18</sup>. El número de agresiones sexuales a lo largo de la vida de la víctima se corresponde con alteraciones de su imagen corporal y con altos grados de depresión<sup>19</sup>.

Las mujeres víctimas de agresiones sexuales en la infancia o en la edad adulta tienen mayor riesgo de suicidio y de sufrir trastornos psicopatológicos que el resto de las mujeres<sup>1</sup>.

### Actuación de los profesionales de atención primaria

#### Prevención primaria

La prevención de las agresiones o abusos sexuales va unida a la prevención de la violencia en general. Nuestro papel en la prevención primaria consiste en identificar a personas o situaciones de riesgo de maltrato en general<sup>18</sup>.

#### Prevención secundaria

Los profesionales de atención primaria estamos en un lugar privilegiado para la detección precoz del maltrato y/o abusos sexuales. No hay evidencias científicas suficientes que permitan aconsejar el cribado sistemático a la población general para detectar el maltrato, pero se aconseja al profesional que esté alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de violencia doméstica y, en extensión, de violencia sexual<sup>18</sup>. Ante la sospecha de violencia sexual se aconseja preguntar abiertamente<sup>7</sup>. La violencia doméstica comporta en muchos casos no sólo maltrato físico y psicológico, sino también sexual; no olvidemos investigar, en estos casos, esta posibilidad.

#### Prevención terciaria

Si se sabe que ha existido una agresión o abuso sexual, la primera actuación de médico consistirá en la valoración del riesgo vital inmediato en sus 3 esferas: física, psíquica (posibilidad de suicidio) y social (riesgo de homicidio en nuevos ataques)<sup>18</sup>. Todos los casos de agresiones sexuales con violación deberán remitirse a los servicios de urgencias para valoración ginecológica y/o forense. Los casos de abusos o agresiones crónicas podrían abordarse desde la consulta de atención primaria de forma coordinada con otros pro-

**TABLA 2** Historia clínica, exploración, pruebas diagnósticas

Historia clínica
Datos de filiación
Datos del asalto: cómo ocurrió, día y hora. Posibles agresores
Tipo de agresión y contacto sufrido: anal, oral, vaginal, general
Lesiones sufridas tanto físicas como psíquicas
Datos ginecológicos/obstétricos: métodos anticonceptivos, fecha de la última relación sexual, características de la menstruación, fecha de la menarquia, posibilidad de enfermedades de transmisión sexual
Enfermedades actuales de la paciente y toma de medicamentos
Estado vacunal
Actividades realizadas después del asalto: cambio de ropa, si se ha duchado, orinado o defecado
Exploración física
General
Valoración de lesiones en toda la superficie corporal
Descripción: tipo de la lesión, localización, tamaño y forma
Ginecológica
Aspecto de los genitales externos
Inspección vulvar
Exploración vaginal
Exploración anorrectal
Tacto bimanual-ecografía si fuera necesario
Muestras
Reseñar el estado de las ropas. La paciente se las quitará de pie, sobre un papel (de no disponer, se podría hacer sobre una sábana) con la finalidad de poder recoger todas las pruebas posibles
Tomas vaginales, anales y bucales según el tipo de agresión sufrida
Toma de las muestras del lavado de dichas cavidades
Manchas sospechosas de la superficie corporal
Peinado púbico
Raspado de la cara interior de las uñas
Pruebas de laboratorio
Valoración del embarazo: inicial y a las 3 semanas
Serología para <i>Chlamydia</i> y gonorrea: 0 y 7 días
Sífilis: 0 y 6 semanas
Virus de la hepatitis B: 0 y 6 meses
Virus de la inmunodeficiencia humana: 0 y 6 semanas, y 6 meses

**TABLA 3**  
**Tratamiento**

Situaciones	Tratamiento
Lesiones físicas	Tratamiento Vacuna antitetánica y hepatitis B
Lesiones psicológicas	Valoración psiquiátrica Recomendable uso de ansiolíticos (benzodiazepinas orales)
Prevención de embarazo	Esperar test o siguiente menstruación Píldora del día después (hasta 72 h) Implantar dispositivo intrauterino (hasta 5 días y mantener 2-3 semanas)
Pauta general	Prevención de enfermedades de transmisión sexual: gonococia, <i>Chlamydia</i> , sífilis, tricomonas Doxiciclina (100 mg/12 h v.o. durante 7 días) + amoxicilina oral (3 g en dosis única) + probenecid oral (1 g en dosis única) o Doxiciclina (100 mg/12 h v.o. durante 7 días) + penicilina-procaína (4,8 millones de unidades i.m.) + probenecid (1 g v.o.) En niños/as Penicilina-procaína (50.000 U/kg de peso, i.m.) Casos específicos Azitromicina: 1 g v.o. en dosis única ( <i>Chlamydia</i> y gonococia) Ceftriaxona: 250 mg i.m. en dosis única (gonococia) Metronidazol: 2 comprimidos de 250 mg cada 6 h en 1 día; dosis total: 2 g (tricomoniasis) Tinidazol: 2 comprimidos de 500 mg cada 12 en 1 día; dosis total: 2 g (tricomoniasis)

v.o.: vía oral; i.m.: vía intramuscular.

fesionales (psicólogos, psiquiatras, ginecólogos, trabajadores sociales, pediatras, etc.) e instituciones que consideremos necesarias. En estos casos no debemos olvidar investigar la posibilidad de agresiones en otros miembros de la familia, especialmente los hijos si los hubiera.

### Abordaje de una situación aguda<sup>7,11-13,18</sup>

La primera premisa es creer a la víctima y no juzgarla. Es importante ver a la víctima en un lugar tranquilo y seguro que garantice la privacidad. Al realizar la historia, exploración y recogida de muestras se aconseja que la víctima esté acompañada por alguien de su confianza, como un familiar o amigo, o bien por algún profesional del equipo. El interrogatorio debe ser cuidadoso, sin entrar en detalles morbosos. Incluso a veces es bueno comenzar con una historia general para después pasar a los detalles específicos de la propia agresión.

El reconocimiento con fines periciales de una víctima de una agresión sexual debe practicarlo el forense y/o ginecólogo. Tiene objetivos diferentes de un reconocimiento con fines clínicos y en ningún caso debe limitarse sólo a la exploración ginecológica. Es mejor seguir un método, tal como recoge el Protocolo del Servicio Interterritorial, con el fin de no olvidar nada<sup>20</sup> (tabla 2).

Por lo que se refiere al tratamiento<sup>11,20</sup>, es una cuestión a valorar por el facultativo y viene determinado fundamentalmente por el estado clínico de la víctima. Comprende 4 dimensiones: lesiones físicas, lesiones psicológicas, prevención de embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual (tabla 3).

### Aspectos médico-legales<sup>18</sup>

– En el caso de una agresión sexual aguda, siempre se realizará un parte judicial, independientemente del lugar de atención (atención primaria u hospitalaria) o de las actuaciones posteriores que se deriven (traslado al hospital, derivación al servicio de ginecología, etc.).

– Debemos velar por la seguridad de la paciente. Si se la deriva desde atención primaria, tenemos que asegurar que llega al hospital, si es preciso con traslado en ambulancia y comunicándolo al centro de referencia.

– En el caso de las agresiones crónicas o reiteradas, también se debe realizar parte judicial. En estos casos, siempre hay que comunicárselo a la paciente. Para la emisión de dicho parte, sería aconsejable la conformidad de la víctima y valorar la demora de su envío hasta asegurar las medidas de protección y evitar exponerla a un riesgo añadido; siempre se habrá descartado que exista un riesgo vital inmediato.

– Se deberá realizar un registro pormenorizado en la historia clínica de los hechos.

### Seguimiento<sup>11,12,16,18</sup>

Desde la atención primaria se debe realizar una actuación integrada que garantice un adecuado seguimiento. El diagnóstico de un maltrato implica una serie de actuaciones a las que daremos respuesta según surjan las necesidades en la paciente. Una consideración especial merece en toda agresión sexual el seguimiento de las repercusiones psicológicas. El apoyo psicológico debe comenzar en el mismo momento del diagnóstico y mantenerse durante meses o

incluso años si fuera preciso. Debemos trabajar de forma coordinada con los equipos de salud mental y con los servicios sociales. Las asociaciones de víctimas de maltratos y agresiones sexuales son un recurso muy útil porque aportan ayuda psicológica especializada, asesoramiento legal, acogida y ayuda mutua.

## Bibliografía

1. Krug EG, et al, editors. Informe Mundial sobre Violencia Doméstica. La violencia sexual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. p. 161-97.
2. García-Moreno C. La violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Harvard Center for Population Development Studies, 2000. Disponible en: [www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/HUpapaersgender/garcia.html](http://www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/HUpapaersgender/garcia.html)
3. Riggs N, Houry D, Long G, Feldhaus K. Analysis of 1076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med* 2000;35:358-62.
4. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
5. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. La violencia doméstica en cifras. Colección Estudios Sociales. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002; p. 115-55. Disponible en: [www.estudios.lacaixa.es](http://www.estudios.lacaixa.es)
6. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse Negl* 1995; 19:1039-50.
7. Mein JK, Palmer CM, Shand MC, Templenton DJ, Parekh V, Mobbs MH, et al. Management of acute adult sexual assault. *MJA* 2003;178:226-30.
8. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:409-17.
9. Heise L, Ellsberg M, Gottmuler M. Para acabar con la violencia contra la mujer. *Popul Rep L* 1999;27:11.
10. Ferris LE, McMMain-Klein M, Silver L. Documenting wife abuse: a guide for physicians. *Can Med Assoc J* 1997;156:1015-22.
11. Protocolos asistenciales en ginecología. Agresión sexual. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47:148-52.
12. Rodríguez Pata N, Rizo Martínez S, Arribas Blanco JM. Urgencias en atención primaria. Agresiones sexuales. Manejo por el médico de familia (I). Conducta general en adultos. *Jano* 1998;54:45-50.
13. Cancelo-Hidalgo MJ, Monte-Mercado JC, Viuda de la García E, Calleja García E, Gómez N, Ruiz Diana D, et al. Agresión sexual: evaluación y seguimiento. *Aten Primaria* 1998;21:467-70.
14. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King M, McKeown R. Physical health. Consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000;9:451-7.
15. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1157-63.
16. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)* 2004;122:461-7.
17. Stein MB, Lang A, Laffaye C, Satz L, Lenox R, Dresselhaus T. Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:178-83.
18. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia en la pareja: el papel del médico de familia. *Aten Primaria* 2003;32:425-33.
19. Campbell D, Campell J, King C, Parker B, Ryan J. The reability and factor structure of the Index of Spouse Abuse with african-american woman. *Violence Vict* 1994;9:259-74.
20. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Protocolo Sanitario ante los malos tratos domésticos. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad, 2000.