

ATENCIÓN ENFERMERA A LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL¹

Judith Alonso Lupiañez¹

Correo electrónico: judithalonso22@gmail.com

Graduada en Enfermería.

Universitat de Barcelona

Recepción: 10/06/2017

Aceptación: 19/07/2017



¹ Este artículo deriva del Trabajo fin de grado realizado en cuarto curso del grado de Enfermería (Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud) de la *Universitat de Barcelona* por la autora y tutorizado por la Dra. Josefina Goberna Tricas durante el curso académico 2016/2017.

RESUMEN

Introducción

La violencia sexual infringida por la pareja o mediante terceros afecta a una de cada tres mujeres a nivel mundial. Frente a estos casos, es clave el acompañamiento recibido y los cuidados que se aportan por parte del colectivo enfermero.

Objetivo

Conocer las actividades enfermeras en relación a la atención sanitaria de la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.

Metodología

Revisión bibliográfica en la que se han utilizado las bases de datos PubMed, Cuiden y Cinahl.

Resultados

Se han utilizado un total de trece artículos: seis artículos originales, tres revisiones bibliográficas, dos guías de práctica clínica y dos revisiones teóricas.

Conclusiones

Las lesiones sexuales más comunes que se observan en la zona genital de las víctimas de agresiones sexuales son las laceraciones, la equimosis y las abrasiones. De la agresión afloran consecuencias relacionadas con la sexualidad de la mujer donde destacan distintos problemas ginecológicos, embarazo o enfermedades de transmisión sexual. Así, es necesario llevar a cabo por parte de enfermería más intervenciones de prevención, detección y acompañamiento en este tipo de violencia.

Palabras clave: enfermería, violencia sexual, sexualidad.

ABSTRACT

Introduction

Sexual violence caused by a partner or a non-partner affects one in three women worldwide. In these cases, the accompaniment and care provided by the nursing staff is key to deal with these situations effectively.

Objective

To find out the actions carried out by the nursing staff in relation to the health care of the sexuality of the women who have been victims of sexual violence.

Methodology

A bibliographic review using PubMed, Cuiden and Cinahl databases.

Results

A total of thirteen articles have been selected: six original articles, three bibliographic reviews, two clinical practice guides and two theoretical reviews.

Conclusion

The most common sexual injuries observed in the genital area of the victims of sexual assault are lacerations, ecchymosis and abrasions. The aggression has consequences that affect the sexuality of the woman in different ways, such as gynecological problems and pregnancy or sexually transmitted diseases. For this reason, nurses need to carry out more interventions in the areas of prevention, detection and accompaniment whenever this type of violence is detected.

Keywords: Nurse/-s, intimate partner violence, sexual behavior.

INTRODUCCIÓN

La Asamblea General de Naciones Unidas de 1993 (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012), definió la violencia de género cómo: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». A partir de esta amplia definición sobre la violencia de género, se generan, clasifican y tratan distintos conceptos específicos para comprenderla mejor en su totalidad. En primer lugar, se definen cuatro tipos distintos de violencia contra las mujeres (Generalitat de Catalunya, 2009): a) Violencia física, b) Violencia psicológica, c) Violencia económica y Violencia sexual (VS).

Violencia física

«Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer» (OMS).

Violencia psicológica

«Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son: las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono» (OMS). Este tipo de violencia, en muchas ocasiones, no se la identifica como tal, ya que es más difícil de demostrar y, a su vez, se puede atribuir por parte de la víctima a manifestaciones del carácter propio del agresor.

Violencia económica

«Consiste en la privación intencionada y no justificada de recursos para el bienestar físico o psicológico de una mujer y, si procede, de sus hijas o hijos, y la limitación en la disposición de los recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja. Se trata del

establecimiento y el mantenimiento de una dependencia económica forzada» (Generalitat de Catalunya, 2009).

Violencia sexual

En España, según la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y con los datos cedidos por el Consejo General del Poder Judicial a fecha de 30 de setiembre de 2016, se cifran 108.638 denuncias por violencia de género. Y, en el caso concreto de Cataluña, la cifra es de 14.863 mujeres (Ministerio de Sanidad, 2017). La violencia sexual es uno de los vértices de la violencia de género (VG) y es una expresión clara de la dominación patriarcal de la sociedad, aunque actualmente no se reconoce. En la actualidad, se contempla el derecho al disfrute de una sexualidad propia libre y respetuosa, con uno mismo y con los demás. Cifras recogidas por la OMS de septiembre de 2016 revelan que una de cada tres mujeres a nivel mundial ha sufrido VS de pareja o mediante terceros en algún momento a lo largo de su vida. De ahí la importancia de abordar los problemas de salud relacionados con la violencia y las agresiones sexuales. Se considera violencia sexual «Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo» (OMS, 2016).

Este tipo de violencia comprende, entre otras: Violencia sexual infligida por la pareja, violencia sexual por personas que no son la pareja, iniciación sexual forzada, abuso sexual en la niñez, acoso y violencia sexuales en escuelas y lugares de trabajo y violencia sexual contra hombres y niños varones (OMS, 2016). Y se diferencian a su vez, distintos tipos de manifestaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2013):

a) **Violencia sexual que no implica contacto corporal:** exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.

b) **Violencia sexual con contacto corporal:** tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes y violación.

c) **Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:** incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad. Ejemplos de esta son los abortos selectivos y las esterilizaciones forzadas.

Abusos sexuales

Los abusos sexuales engloban los atentados contra la libertad sexual de las personas, pero ejecutados sin violencia ni intimidación, aunque sin el consentimiento de la víctima, ya que se ejercen mediante coacción o imposición (OMS, 2016). La persona abusadora tiene una situación de superioridad sobre la persona abusada, ya sea por un mayor control, una mayor madurez, por la diferencia de edad, etc. El abuso sexual puede ocurrir mediante contacto físico (tocamientos, penetración bucal, genital o anal, o introducción de objetos), o sin contacto físico (exhibicionismo, fotografías de contenido sexual, visualización de películas pornográficas).

Agresiones sexuales

Este tipo de violencia también comprende los atentados contra la libertad sexual de la mujer no consentidos, pero realizados con constreñimiento o intimidación. (Generalitat de Catalunya, 2012). Tipos de agresión sexual: violencia sexual que no implica contacto corporal (ej.: obligar a una mujer a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con otras personas), violencia sexual con contacto corporal (dentro de ésta se encuentra la violación), violencia contra los derechos sexuales y reproductivos, tráfico o utilización de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual, la mutilación genital.

Acoso sexual

Este tipo de violencia (Generalitat de Catalunya, 2012) se sucede a partir de comportamientos verbales, no verbales o físicos, de carácter sexual por parte del acosador que la mujer no desea y que provocan en ella una situación intimidatoria, un entorno hostil, humillante, ofensivo o crean sensación de malestar o amenaza. El acoso puede producirse en un ambiente laboral, docente, en situaciones donde existe superioridad o jerarquía o donde la víctima se encuentra en un entorno vulnerable, o también se puede dar en situaciones de relación familiar, amigos, vecindario, etc.

Abordaje enfermero

En este punto, las intervenciones por parte de la enfermera y/o la matrona (enfermera especialista en salud sexual y reproductiva) llevan a cabo un papel de prevención, detección precoz e intervención ante la violencia sexual de las mujeres tal y como se dictamina en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, donde se establece en su artículo 15 que «las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas» (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012).

Así, las intervenciones de prevención han de estar presentes desde el ámbito docente enfermero en la comunidad, tanto en escuelas, institutos o instituciones de educación superior y universidades, como en los propios centros de salud, incluso con la puesta en marcha de intervenciones como, por ejemplo, visitas domiciliarias prenatales y postneonatales (OMS, 2016), ya que reducen el riesgo de maltrato infantil, un factor de riesgo reconocido en la perpetración de violencia sexual. En cuanto a la detección precoz, es fundamental que ya desde los posibles indicios emergentes de violencia (momento en el que se observa sintomatología física y manifestaciones psicológicas y sociales en la mujer), los profesionales estén capacitados para su identificación, y esto solo se podrá llevar a cabo de forma efectiva si los profesionales poseen suficientes conocimientos veraces y significativos sobre el tema.

Respecto a las intervenciones enfermeras, una vez hallados los casos de violencia, es incuestionable la individualización de cada caso para poder abordarlo según las necesidades básicas que se encuentren más alteradas (atendiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson). Algunos diagnósticos enfermeros (Justicia y Seguridad de Granada, 2012) comunes en la mayoría de los casos son: desesperanza [NANDA 00124], dolor crónico [NANDA 00133], deterioro de la integridad cutánea [NANDA 00046], temor [NANDA 00148], ansiedad [NANDA 00146], afrontamiento inefectivo [NANDA 00069], disfunción sexual [NANDA 00059], etc. Y, por lo general, las intervenciones (NNN Consult, 2017) irán encaminadas a cubrir los déficits relacionados con la necesidad de seguridad, como el apoyo emocional [NIC 5270], el tratamiento del trauma de la violación [NIC 6300], el

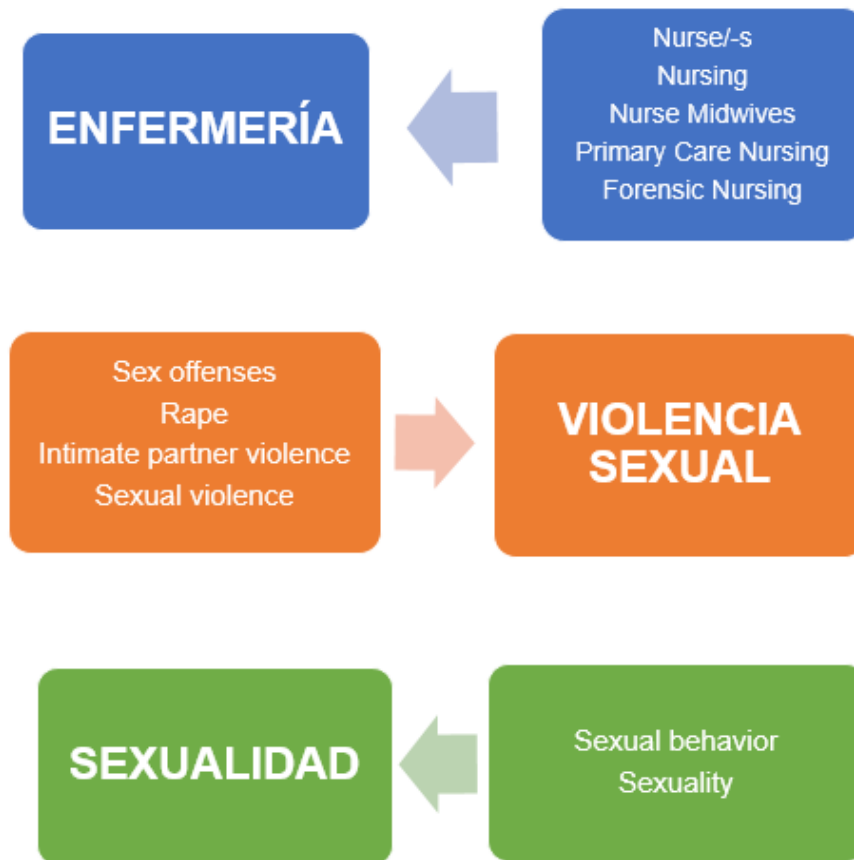
asesoramiento sexual [NIC 5248], disminución de la ansiedad [NIC 5820], potenciación de la autoestima [NIC 5400], etc.

La autora O. Bartomeu en su *Guía práctica para la sexualidad femenina* escrita en 1996 afirma que «un disfrute gozoso de la sexualidad» por parte de los humanos pasa por buscar no solo el propio placer, sino también el placer del otro. Trata también el concepto «consentir es sentir», haciendo hincapié en la entrega del propio cuerpo a otra persona de forma voluntaria. Por el contrario, cita que «utilizar al otro para descargar la agresividad, la violencia, no tener en cuenta sus derechos ni sus sentimientos, incluso más, disfrutar humillando, atemorizando... es la más repugnante indignidad de la que es capaz una persona». Y así, llegados a este punto, y habiendo introducido de forma global el problema de la violencia sexual, emerge la necesidad de un planteamiento por parte de enfermería de aumentar los conocimientos frente a esta y de dar respuesta a la pregunta: ¿Cuál es la atención enfermera en relación al abordaje de la sexualidad en mujeres que han sido víctimas de violencia sexual? Por ello, en este trabajo nos planteamos como objetivo general conocer las actividades enfermeras en relación a la atención sanitaria de la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, así como enumerar los trastornos sexuales más frecuentes en las mujeres tras una agresión sexual, identificar las consecuencias que supone para la futura sexualidad de la mujer haber sufrido violencia sexual y determinar las intervenciones que se llevan a cabo en las consultas de enfermería ante víctimas de violencia sexual.

METODOLOGÍA

Para conseguir dar respuesta a los objetivos planteados, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL y CUIDEN. Como se puede observar en la **tabla 1**, para dar respuesta a los objetivos propuestos se organizó la búsqueda usando diferentes palabras clave que daban respuesta a tres grandes bloques: enfermería, violencia sexual y sexualidad. A partir de aquí, se hizo un listado de diferentes palabras que se incluyeron dentro de cada grupo para que durante la búsqueda hubiera más probabilidades de encontrar artículos que se adecuaran al perfil.

Tabla 1. Palabras clave



Se usaron los operadores booleanos AND, OR, NOT y los Truncamientos: (*). Asimismo, fueron considerados como criterios de inclusión: artículos de los últimos 5 años (2012-2016); artículos anteriores, hasta 2010, de relevancia para el estudio; artículos redactados en castellano, catalán e inglés. Se consideraron como criterios de exclusión: artículos sin acceso desde las bases de datos de la Universidad de Barcelona; artículos no disponibles en texto completo; y artículos no relacionados con los objetivos planteados. A continuación, se muestran las tablas de resultados de las búsquedas. Los artículos se seleccionaron después de la lectura del título y el resumen, atendiendo a los objetivos que se plantearon previamente.

Tabla 2. Artículos seleccionados en CUIDEN

CUIDEN	
<u>Búsqueda 1:</u>	Enfermera AND «Violencia de género»
Resultados	58
Seleccionados	3

Tabla 3. Artículos seleccionados en PubMed

PubMed			
<u>Búsqueda 1:</u>	(«Nurses»[Mesh] OR «Nursing»[Mesh])	(«Nurses»[Mesh] OR «Nursing» [Mesh] AND «Rape»[Mesh])	(«Nurses»[Mesh] OR «Nursing»[Mesh] AND «Sexual Behavior»[Mesh] AND «Rape»[Mesh]) + Publication dates: 5 years
Resultados	293410	333	3
Seleccionados	-	-	1

<u>Búsqueda 2:</u>	Forensic Nursing«[Mesh]	(«Forensic Nursing»[Mesh] AND «Sex Offenses»[Mesh]) + Publication dates: 5 years
Resultados	401	50
Seleccionados	-	1
<u>Búsqueda 3:</u>	«Sexual violence» AND «Sexuality»[Mesh]	«Sexual violence» AND «Sexuality»[Mesh] + Publication dates: 5 years
Resultados	69	41
Seleccionados	-	2

Tabla 4. Artículos seleccionados en CINAHL

CINAHL			
<u>Búsqueda 1:</u>	Nursing AND «Sexual Violence»	Nursing AND «Sexual Violence» + Published Date: 2011.01.01- 2016.12.31	Nursing AND «Sexual Violence» + Published Date: 2011.01.01- 2016.12.31 + English

Resultados	19	14	6
Seleccionados	-	-	1
<u>Búsqueda 2:</u>	Sexual violence AND Primary care	Sexual violence AND Primary care + Published Date: 2011.01.01- 2016.12.31	Sexual violence AND Primary care + Published Date: 2011.01.01- 2016.12.31 + English
Resultados	121	57	31
Seleccionados	-	-	4
<u>Búsqueda 3:</u>	Nurs* AND Rape	Nurs* AND Rape AND «Sexual problems»	
Resultados	640	15	
Seleccionados	-	1	

RESULTADOS

En este apartado se muestran los contenidos y características de cada uno de los 13 artículos seleccionados (**tabla 5**). Los resultados están agrupados siguiendo el orden de los objetivos del estudio. Las siglas referentes a la tipología de artículo a la que pertenecen cada uno de ellos se encuentra en la **tabla 6**.

Tabla 5. Tipologías de artículos

Tipo de artículo → AO: artículo original, RB: revisión bibliográfica, RT: Revisión teórica, GPC: guía de práctica clínica, FC: formación continuada, CC: caso clínico.

- Artículos originales; Metodología y Diseño →
 - Cuan: Metodología Cuantitativa:
 - Des = descriptivo, Anal = analítico
 - Coh= cohortes, Cas= casos y controles
 - Exp= experimental, Casi= casi experimental
 - RS= revisión sistemática, Meta= meta síntesis
 - Cual: Metodología Cualitativa:
 - Fen= Fenomenológico, ETN= etnográfico
 - TF= Teoría fundamentada, IAP= investigación acción participante, MT= meta síntesis

Tabla 6. Resumen de los artículos seleccionados**1. Trastornos sexuales más frecuentes en las mujeres tras una agresión sexual**

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Sharaf El-Din Abeer A.I., M.S. Elkholy Shereen, S. Metwally Eslam y Hesham A. Farag. 2015. Egipto.	<i>Pattern of Female Sexual Assault in Qalyubia Governorate, Egypt, During the Period from 2009 to 2013.</i>	AO, Cuan, Cas.	-130 casos de agresión sexual femenina. -Identificar el problema de violencia sexual, verificar la extensión de agresiones sexuales en Egipto y entender el problema entre las mujeres egipcias, identificar las características de las víctimas, especificar los lugares más significativos donde ocurren y describir las lesiones físicas y genitales.
<p>Resultados</p> <p>-La lesión genital total fue del 90,8% (118 de 130 casos)</p> <p>-Las lesiones genitales se localizaron más frecuentemente en el himen 36.4 %, vulva 7.6%, vagina 4.2% y ano 2.5%. Y el tipo más común de lesión genital fue la laceración seguida de contusiones, abrasiones, enrojecimiento, hinchazón y otras múltiples lesiones.</p> <p>Conclusiones</p> <p>-Este trabajo estableció que la mayoría de los casos tenían lesiones genitales, que a menudo se encuentran en el himen y que los tipos más comunes de lesiones genitales fueron laceraciones.</p>			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Anderson J C y Sheridan D J. 2011. E.E.U.U	<i>Female genital injury following consensual and nonconsensual sex: state of the science.</i>	RB	-13 artículos -Identificar que conocimiento existe acerca de las lesiones genitales femeninas asociadas a relaciones consentidas o no consentidas.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las lesiones genitales más comunes son pequeños desgarros, equimosis y abrasiones. -Fue documentada un aumento de las lesiones en pacientes vírgenes previas a la agresión. -Las mujeres menores de 20 años y las mayores de 40 son más propensas a tener múltiples lesiones después de la agresión. <p>Conclusiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -La presencia o ausencia de lesiones genitales no puede ser usada para determinar si la relación sexual fue consentida. 			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Linden J A. 2011. E.E.U.U	<i>Care of the Adult Patient after Sexual Assault.</i>	GPC	- Citar prácticas e intervenciones relacionadas con las agresiones sexuales.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con la inspección visual se identifican lesiones anogenitales en menos de la mitad de las víctimas y el uso de técnicas de visualización avanzada aumentan la identificación de un 53 a un 84%. -Las lesiones anogenitales más comunes son: abrasiones y cardenales en los labios menores y equimosis del himen. -El porcentaje de detección de lesiones es mayor en víctimas que comprenden edades jóvenes o edad avanzada y más común dentro de las primeras 24 horas desde el abuso. Y el riesgo de embarazo después de una violación se estima en un 5%. <p>Conclusiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las pacientes que han sufrido un abuso sexual deben, primeramente, ser valoradas de las lesiones físicas que puedan tener. 			

2. Consecuencias para la futura sexualidad de la mujer tras haber sufrido violencia sexual.

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Ryan G L, Mengeling M A, Summers K M, Booth B M, Torner J C J, Syrop C H, Sadler A G. 2016. E.E.U.U.	<i>Hysterectomy risk in premenopausal-aged military veterans: associations with sexual assault and gynecologic symptoms.</i>	AO.	-1004 mujeres militares veteranas.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> -La edad para someterse a una histerectomía desciende de los 43 años de las mujeres muestra a los 35 años en las mujeres veteranas víctimas de agresiones sexuales. -El 69% de las mujeres víctimas de abusos sexuales aumentan la probabilidad de padecer dolor y sangrado ginecológico o enfermedad inflamatoria pélvica frente al 51% de mujeres muestra (no víctimas). -El 71% de las veteranas abusadas refieren el dolor pélvico crónico como la razón principal para someterse a una histerectomía para aliviarlo, seguido del sangrado excesivo en un 65%. <p>Conclusiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las víctimas veteranas premenopausicas pueden tener un riesgo más elevado de histerectomía y en edades más precoces. -Las veteranas que experimentaron agresión sexual completa con penetración vaginal durante la infancia o el servicio militar y aquellas que padecieron estrés postraumático pueden estar particularmente en alto riesgo para una histerectomía potencialmente relacionada con la elevación del riesgo por los síntomas ginecológicos consecuentes a la agresión. 			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Ray LL y McEaney MJ. 2014. E.E.U.U	<i>Caring for survivors of sexual violence: A guide for primary care NPs.</i>	GPC	- Familiarizar a enfermeras de atención primaria (AP) en el tratamiento agudo y a largo plazo de los supervivientes de violencia sexual, incluyendo la necesidad de cribar a los pacientes, con el fin de mejorar el cuidado y los resultados de salud de esta población.
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> -El 37% de mujeres postmenopausicas frente al 17% de mujeres premenopausicas padecían lesiones genitales después de una agresión sexual. -El examen anogenital puede mejorarse con el uso de una colposcopia o usando el tinte azul de toluidina para mostrar pequeñas laceraciones. -Consecuencias de salud: dolor abdominal, hemorragia vaginal anormal, dolor pélvico crónico, problemas digestivos, dispareunia, dolor de cabeza, infección del VIH, depresión del sistema inmune, embarazo, infecciones de transmisión sexual, fibromas sintomáticos, lesión traumática de la vagina, ano y uretra e infecciones del tracto urinario. -Las víctimas de violencia sexual experimentan más disconformidad que las pacientes normales durante los exámenes ginecológicos rutinarios ya que este les causa sentimientos reminiscentes de vulnerabilidad. Esta ansiedad y malestar puede llevar en última instancia a evitar los cuidados ginecológicos necesarios. -La gonorrea, clamidia, tricomoniasis son las infecciones más comunes después de una agresión. <p>Conclusiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las mujeres que han sufrido abusos sexuales tienen más probabilidades que las mujeres en la población general de desarrollar problemas uroginecológicos: infecciones del tracto urinario, sangrado vaginal, infección vaginal, dolor pélvico, fibromas sintomáticos y dispareunia. 			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Montgomery E. Reino Unido. 2012.	<i>Feeling Safe: A Metasynthesis of the Maternity Care Needs of Women Who Were Sexually Abused in Childhood.</i>	AO, Cuan, Meta.	- 8 estudios -Conocer las necesidades de las mujeres durante sus experiencias de maternidad y determinar la actuación de los profesionales.
<p>Resultados -La maternidad puede ser extremadamente traumática para la mujer con historial de abuso sexual en la infancia; pero la maternidad puede también hacer emerger en las mujeres sentimientos positivos de la infancia.</p> <p>Conclusiones -Un buen control maternal ayuda a las mujeres a sentirse seguras en el parto sin sentirse abordadas por sus experiencias de abusos pasadas. Si las estrategias no tienen éxito, las mujeres se sienten impotentes, vulnerables, inseguras e incluso emerge de la sensación del parto que han sido violadas otra vez.</p>			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Basile K C, Smith S G. 2011. E.E.U.U.	<i>Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention.</i>	AO.	-Revisar prevalencia, características, factores de vulnerabilidad e impacto para las mujeres de la victimización por violencia sexual.
<p>Resultados</p> <p>-De un 4 a un 30% de las víctimas contraen enfermedades de transmisión sexual (ETS) secundarias a la violación que pueden provocar enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad, así como: dolor pélvico crónico, sangrado irregular, periodos menstruales dolorosos, secreción vaginal abundante, infecciones urinarias y síndrome premenstrual. Pueden hallarse problemas sexuales durante meses y convertirse en desinterés o aversión por el sexo, miedo a este o a contraer VIH o excitación y orgasmos con menor frecuencia. Alrededor de un 5% de las víctimas, especialmente adolescentes, quedan embarazadas después de una violación.</p> <p>Conclusiones</p> <p>-La violencia sexual es un grave problema de salud pública con numerosos efectos a corto y largo plazo. Los proveedores de salud deben estar preocupados e interesados en el tema y deben considerar su impacto en el perfil de salud del paciente.</p>			

3. Intervenciones más frecuentes que se llevan a cabo en las consultas de enfermería ante una víctima de violencia sexual

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Hegarty K, Tarzia L, Hooker L y Taft A. 2016. Australia.	<i>Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care.</i>	AO, Cuan, RS	<p>-4 revisiones sistemáticas</p> <p>-Identificar como los profesionales sanitarios identifican violencia doméstica y sexual y cuál es la primera respuesta que se da ante estas situaciones.</p>
<p>Resultados -Intervenciones en AP: técnicas de entrevista motivacional.</p> <p>Conclusiones -La temprana identificación mediante entrevistas preguntando acerca del miedo y de la seguridad en el hogar puede ayudar a intervenir de manera precoz para alterar la trayectoria de abuso y violencia y ayudar en la salud y el bienestar de las mujeres.</p>			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Rodríguez M D, Echevarría V T, Menjón B A, Rodríguez V S, Colas L N y Echarte M. 2016. España.	<i>La práctica enfermera frente a las agresiones sexuales.</i>	RT	-Presentar el papel del equipo de enfermería en las agresiones sexuales agudas.
<p>Resultados -Los protocolos remarcan la necesidad de dar respuesta inmediata, de dar cobertura sobre aspectos legales, de los tratamientos preventivos, del apoyo psicológico, de los comportamientos saludables de los y las profesionales para evitar la revictimización, del trabajo coordinado, así como de la realización de un seguimiento.</p> <p>Conclusiones -No hay artículos acerca de las intervenciones enfermeras, pero sí multitud de protocolos editados por las C.C.A.A y los hospitales.</p>			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Gómez F MA., Goberna T J, Payà S M. España. 2015	<i>Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo.</i>	RB	<p>-38 artículos, 5 guías y la Ley Orgánica 1/2004</p> <p>-Conocer las consecuencias que tiene la violencia de género sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer, y el papel de los sanitarios para una correcta asistencia a las mujeres que son víctimas de la VG.</p>
<p>Resultados</p> <p>-Indicadores de sospecha de VG: antecedentes conductuales de la mujer, motivos de consulta y utilización de los servicios sanitarios inusuales, actitud de la mujer en la consulta, antecedentes gineco-obstétricos, presentación de lesiones en la consulta y actitud de la pareja.</p> <p>-Las consecuencias que tiene la VG para la mujer se acentúan durante el embarazo.</p> <p>Conclusiones</p> <p>-La detección de la violencia de género debe ser incorporada en la atención prenatal habitual. Una posible estrategia sería introducir la pregunta de forma indirecta, pero dependerá de la relación que se tenga con cada mujer.</p> <p>-Es necesaria la sensibilización de las matronas y la oferta de programas de formación continuada que mejoren las habilidades en los aspectos comunicativos y legales, así como en la comprensión del ciclo de la violencia de género y la capacidad para detectar los signos y síntomas de la misma. Entonces, mejoraría dicha actuación de detección y atención a la VG en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva.</p>			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Hurtado M F, Colomer R J, Pla E E Sánchez G A, Sarabia V S, Cantero L J. España. 2014	<i>Promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia desde atención primaria de salud.</i>	AO, Cuan, Des.	<p>-499 sujetos (224 médicos/as de familia, 56 pediatras, 189 enfermeras/os y 30 matronas)</p> <p>-Analizar las actividades que los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Valencia realizan ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia</p>
<p>Resultados</p> <p>-En la práctica preventiva habitual, enfermería supera ligeramente a medicina (22 % frente a 15,2 %).</p> <p>-Las matronas se diferencian positivamente del resto, ya que la actividad preventiva es realizada siempre por el 63,3 % de las mismas, les siguen médicos de familia (16 %), enfermeras generalistas (14,7 %) y pediatras (11,8 %).</p> <p>Conclusiones</p> <p>-Los profesionales de enfermería, sobre todo las matronas, son quienes en mayor proporción realizan actividades de promoción de la salud sexual y de prevención de la violencia sexual y de género, pero ante demandas o quejas y signos de sospecha se invierten las tasas, siendo los profesionales médicos los que superan a los de enfermería en intervención sanitaria.</p>			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Wellman A. 2014. E.E.U.U	<i>Identifying and treating adult survivors of sexual assault.</i>	RB	-8 artículos -Describir indicadores de agresiones sexuales pasadas y opciones de tratamiento a largo plazo para las sobrevivientes.
<p>Resultados -Para la detección de abusos sexuales en la mujer se deben observar indicadores pasados como: dolor pélvico, dismenorrea o disfunción sexual. También suelen reaccionar con gran angustia emocional o reacciones físicas adversas a exámenes pélvicos, genitales, rectales o de pecho. Se deben hacer preguntas abiertas para intentar indagar sin causar incomodidad.</p> <p>Conclusiones -Cuando el miedo, la culpa y el juicio se eliminan de la interacción con un clínico, es más probable que los pacientes muestren detalles de su experiencia y estén más al corriente de sus complicaciones médicas.</p>			

Autor/es, año y país	Título	Diseño del estudio	Sujetos de estudio y objetivos
Terré R C. 2010. España.	<i>La matrona ante la violencia doméstica.</i>	RT	-Analizar el papel que la matrona puede desempeñar para la detección de la violencia doméstica.
<p>Resultados</p> <p>-Sospecha de violencia doméstica: mujeres que frecuentemente anulan citas y no toman la medicación prescrita, mujeres que presentan trastornos del sueño, mujeres que padecen síntomas de depresión, falta de autoestima, mujeres que muestran quejas psicósomáticas y patologías dentro de la historia obstetricoginecológica repetitivas.</p> <p>Conclusiones</p> <p>-Programa de atención a la mujer: centros AP. Entrevistas llevadas a cabo por la matrona, en el apartado de sexualidad, preguntar de forma sutil para abordar la relación con la pareja.</p> <p>-Medio hospitalario: recibir y atender a la víctima, preparación para la exploración física, expedir el certificado médico de lesiones y tramitar su traslado al juzgado e informar a la víctima de adónde puede acudir para recibir más información.</p> <p>-Centros de salud: formar a profesionales para detectar casos de violencia y participar en programas creados para prevenir la VD.</p>			

DISCUSIÓN

Trastornos sexuales en las mujeres tras una agresión sexual

Las lesiones y los trastornos sexuales más frecuentemente descritos por los distintos autores son: desgarros o laceraciones, abrasiones, equimosis y contusiones, enrojecimiento e hinchazón (Anderson et al., 2012; Linden, 2011; Farag et al., 2015). Pero son solo Farag et al. (2015) quienes las describen según su frecuencia, siendo las laceraciones las más comunes, seguidas por las contusiones o equimosis y las abrasiones en tercer lugar. Se debe tener en cuenta la edad de la víctima a la hora de explorar las lesiones, ya que el porcentaje de detección de lesiones es mayor en víctimas jóvenes menores de 20 años (y en especial, las pacientes vírgenes previas a la agresión), o mujeres de más de 40 años. Ray et al. (2014) citan un estudio donde se muestra que un 17% de mujeres premenopausicas frente a un 37% de perimenopausicas padecían lesiones genitales después de la agresión sexual (Anderson et al., 2012; Linden, 2011; Ray, 2014). En cuanto a la localización de las lesiones, Linden et al. (2011) y Sharaf El-Din Abeer et al. (2015) coinciden en localizarlas principalmente en los labios menores genitales (posterior fourchette y fosa navicularis) y el himen, y con menor frecuencia en la vulva, la vagina o el ano. Para la inspección de estas lesiones, se deben tener en cuenta diferentes aspectos: se deben llevar a cabo técnicas de visualización avanzada (Linden, 2011) como el manejo del colposcopio o el uso del tinte azul de toluidina para revelar pequeñas laceraciones (Ray, 2014) en vez de optar por una inspección visual básica, ya que aumenta la identificación de estas de un 53 a un 84%. Además, se debe prestar especial precaución durante el examen ginecológico, ya que las lesiones pueden haberse producido durante penetraciones vaginales consentidas (Anderson et al., 2012).

Consecuencias para la sexualidad de la mujer

Cabe destacar diferentes problemas ginecológicos como, por ejemplo, el dolor pélvico crónico, sangrado irregular vaginal, periodos menstruales dolorosos, secreción vaginal abundante, dispareunia, infecciones urinarias y síntomas del síndrome premenstrual (Basile, 2011; Ray, 2014). Ryan et al. evidencian en su estudio como la probabilidad de padecer dolor y sangrado ginecológico o enfermedad inflamatoria pélvica aumenta de un 51% a un 69% en las mujeres víctimas de VS. A su vez, el dolor pélvico crónico es la razón principal por la cual el 71% del grupo de su estudio escoge someterse a una histerectomía para aliviarlo,

seguido del sangrado vaginal excesivo, que se halla en el 65% del grupo. En relación a la edad para someterse a la histerectomía, esta desciende de los 43 años de las mujeres muestra a los 35 años en las mujeres veteranas víctimas de agresiones sexuales (Ryan, 2016).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo son otras de las consecuencias a las que las víctimas pueden estar expuestas. Entre un 4% y un 30% de víctimas contraen ETS secundarias a una violación y, si estas no se tratan, pueden a su provocar enfermedad pélvica inflamatoria, que es la mayor causa de infertilidad (Basile et al., 2011). La gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis son las ETS más comunes contraídas después de una agresión (Ray et al., 2014). Y diferentes estudios (Linden, 2011; Basile, 2011) afirman que alrededor de un 5% de las víctimas quedan embarazadas después de una violación, sobre todo adolescentes.

En relación a aspectos psicológicos, las víctimas de violencia sexual experimentan un malestar más elevado que las pacientes que no la han sufrido durante los exámenes ginecológicos rutinarios, ya que este les causa sentimientos reminiscentes de vulnerabilidad. Esta ansiedad puede llevar a evitar los cuidados ginecológicos necesarios, con las consecuencias que esta cesión pueda conllevar (Ray, 2014). Montgomery (2013) menciona también que en embarazadas es muy importante un buen control maternal, ya que ayuda a las mujeres a sentirse seguras y felices en relación al parto sin sentirse abordadas por sus recuerdos de experiencias de abusos pasadas.

Si las estrategias de control no tienen éxito, las mujeres se sienten impotentes, vulnerables, inseguras e incluso emerge del parto la sensación que han sido violadas de nuevo (Montgomery, 2013). Pueden hallarse también problemas sexuales en el contexto con la pareja, como la dispareunia (Ray, 2014), que pueden perdurar a su vez durante meses y convertirse en desinterés o aversión por el sexo, miedo a este o a contraer VIH, o excitación y orgasmos con menor frecuencia (Basile, 2011).

Intervenciones de enfermería ante una víctima de violencia sexual

Y, por último, en la determinación de las intervenciones que se llevan a cabo en las consultas de enfermería frente la VS, cabe citar en primer lugar la detección de la misma. Para ello, diversos autores citan que se debe llevar a cabo, en las consultas de Atención Primaria, una entrevista motivacional donde se empodere a la mujer y se le transmita seguridad de modo que pueda confiar en la enfermera o matrona que la acompañe y así puedan identificarse referencias que sugieran violencia doméstica (VD) o, en este caso particular, violencia

sexual. La entrevista, en el apartado referente a la sexualidad, debe contener preguntas abiertas y sutiles en relación a la pareja, a los miedos o inseguridades y a la seguridad que se siente en el hogar, para intentar indagar al máximo y que a su vez la mujer no sienta incomodidad durante el cuestionario (Hegarty et al.; 2016, Terré, 2010; Wellman, 2014). No obstante, como bien se ha mencionado, la entrevista puede verse modificada según la relación que tenga el o la profesional con la mujer (Gómez et al., 2015). También pueden ser considerados factores sugerentes de violencia sexual: mujeres que frecuentemente anulan citas y no toman la medicación prescrita, trastornos del sueño, síntomas de depresión, falta de autoestima, quejas psicósomáticas repetitivas, actitudes de la pareja en la consulta que levanten sospecha y patologías dentro de la historia obstetricoginecológica como: referencias de dolor pélvico, dismenorrea o disfunción sexual. También suelen reaccionar con gran angustia emocional o con reacciones físicas adversas a exámenes pélvicos, genitales, rectales o de pecho (Terré, 2010, Wellman, 2014, Gómez et al. 2015). Tal y como citan Gómez et al. (2015), es importante no olvidar que en todas las etapas de la mujer se debe tener en cuenta la incorporación de estas preguntas. Así, por ejemplo, la detección de la violencia de género también debe ser incorporada en la atención prenatal habitual, ya que las consecuencias que tiene la VG para la mujer se acentúan durante el embarazo. Así mismo se debe conocer cómo abordar los casos que se nos presentan de violencia sexual. En este sentido, como reconocen Rodríguez et al. (2016), no existen prácticamente artículos específicos españoles a cerca de las intervenciones que debe realizar enfermería, pero sí multitud de protocolos editados por las distintas C.C.A.A y los diferentes hospitales (Rodríguez et al., 2016).

Estos protocolos centran la atención en el *modus operandi* que se debe llevar a cabo fundamentalmente en el medio hospitalario en casos de agresión sexual y manifiestan la necesidad de proporcionar atención integral inmediata a la víctima (tanto clínica, psicológica, como social), dar cobertura a aspectos legales, informar acerca de los tratamientos preventivos de embarazo y ETS, asegurar comportamientos saludables de los y las profesionales para evitar la revictimización, contribuir al trabajo coordinado multidisciplinar, así como realizar un seguimiento posterior en el tiempo de la víctima (Hegarty, 2016; Rodríguez, 2016; Terré, 2010).

En las consultas de AP recae principalmente el papel de la prevención. Según Hurtado et al. (2014), los profesionales de enfermería, sobre todo las matronas, son quienes en mayor proporción realizan actividades de promoción de la salud sexual y de prevención de la

violencia sexual y de género, pero, por el contrario, varios autores destacan la necesidad de sensibilizar a los y las profesionales y ofrecer más programas de formación acerca de los conceptos que nos ocupan y los circuitos asistenciales (Rodríguez, 2016; Terré, 2010; Gómez et al., 2015).

Como limitaciones a destacar, cabe mencionar no haber encontrado bibliografía suficiente que se adecuara a las dimensiones de la investigación (explícitamente relacionada en cómo intervenir en la sexualidad de la mujer después de haber sido víctima).

CONCLUSIONES

Las lesiones sexuales más comunes que se observan en la zona genital de las víctimas de agresiones sexuales son las laceraciones, la equimosis y las abrasiones, y su localización más habitual se encuentra en los labios menores genitales y el himen. Para la inspección de dichas lesiones, es conveniente llevar a cabo técnicas de visualización avanzada y conocer los patrones y la localización de estas para evitar confusiones con lesiones de penetraciones que hayan sido consentidas. De la agresión afloran consecuencias relacionadas con la sexualidad de la mujer donde destacan problemas ginecológicos importantes.

Las intervenciones que se deben llevar a cabo para lidiar con el problema van desde su detección, donde se usaran herramientas como la entrevista motivacional o indicios de la mujer que sugieran que pueda estar siendo víctima, pasando por las intervenciones inmediatas abordadas de manera holística frente a casos reales, hasta la realización de formación complementaria para todos los profesionales sanitarios y, en especial, las enfermeras y matronas, así como la puesta en marcha de actividades de prevención que ayuden a reducir la incidencia.

Sería recomendable iniciar líneas de investigación que profundicen sobre los conocimientos y las actividades enfermeras relacionadas con el vínculo que existe entre haber sido víctima de violencia sexual y las posibles alteraciones de la vivencia posterior de la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON, Jocelyne, et al. *Female Genital Injury Following Consensual and Nonconsensual Sex: State of the Science*. En: *Journal of Emergency Nursing*. 2012, vol. 38, núm. 6, p. 518–522.
- BARTOMEU, Olga. *Guía práctica de la sexualidad femenina*. Madrid: Ediciones Temas de hoy, 1996.
- BASILE, Kathleen, et al. *Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention*. En: *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011, vol. 5, núm. 5, p. 407–417.
- CONGRESO PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (III). *Justicia y Seguridad. Análisis e intervención de Enfermería en la Violencia de Género*. Granada, 2012 [online]. [consulta: 26 de enero de 2017]. Disponible en: www.congresoestudioviolencia.com/2012/articulo10.php
- CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. España: Poder Judicial, 2012 [online]. [consulta: 20 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
- FARAG, Hesham, et al. *Pattern of female sexual assault in Qalyubia Governorate, Egypt, During the period from 2009 to 2013 a retrospective study*. En: *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2015, vol. 36, núm. 4, p. 276–284.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut, 2009 [online]. [consulta: 21 de febrero de 2017]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documents/arxius/abordatge.pdf
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *L'abús, l'assetjament i l'agressió sexual*. Catalunya: Sexe Joves, 2017 [online]. [consulta: 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://sexejoves.gencat.cat/ca/temes/abus_assetjament_i_agressio_sexual/index.html

- GÓMEZ M^a Analía, GOBERNA Josefina, PAYÁ Montserrat. *Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo*. En: *Matronas Profesión*. 2015, vol. 16, núm. 4, p. 124–130.
- HEGARTY, Kelsey, et al. *Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care*. En: *International Review of Psychiatry*. 2016, vol. 26, p. 1–14.
- HURTADO, Felipe, et al. *Promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y ante la violencia sexual y de género en infancia y adolescencia desde atención primaria de salud*. En: *Revista Iberoamericana de fertilidad y reproducción humana*. 2014, vol. 31, núm. 3, p. 35-46.
- LINDEN, Judith. *Care of the Adult Patient after Sexual Assault*. En: *The New England Journal of Medicine*. 2011, vol. 365, p. 834–841.
- MEDLINEPLUS. *Generalidades sobre la violación (agresión sexual)*. En: Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.), 2016 [online]. [consulta: 4 de febrero de 2017]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001955.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD, Servicios Sociales e Igualdad. *Delegación del Gobierno para la Violencia de Género*. Madrid: Portal Estadístico, 2017. [consulta: 3 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es>
- MONTGOMERY, Elsa. *Feeling Safe: A Metasynthesis of the Maternity Care Needs of Women Who Were Sexually Abused in Childhood*. En: *Birth Issues in Parental Care*. 2013, vol. June, p. 88–96.
- NNN Consult [web]. Barcelona: Elsevier, 2017. [consulta: 26 de enero de 2017]. Disponible en: www.nnnconsult.es
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la mujer*. Ginebra: World Health Organization, 2016 [online]. [consulta: 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Washington: 2013. [consulta: 4 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>
- RAY, Laurie, et al. *Caring for survivors of sexual violence: A guide for primary care NPs*. En: *Womens Healthcare*. 2014, vol. Marzo, p.42–50.

- RODRÍGUEZ, Dolors, et al. *La práctica enfermera frente las agresiones sexuales*. En: *Revista ROL de Enfermería*. 2016, vol. 39, núm. 9, p. 568-577.
- RYAN, Ginny, et al. *Hysterectomy risk in premenopausal-aged military veterans: Associations with sexual assault and gynecologic symptoms*. En: *American Journal of Obstetrics*, 2016, vol. 214, núm. 3, p. 352.
- SEVILLA, Lourdes. *Enfermería en la Salud de la Mujer. Tema 13: Las agresiones sexuales*. Cantabria: Universidad de Cantabria [online]. [consulta: 26 de enero de 2017]. Disponible en:
http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-la-salud-de-la-mujer/materiales-de-clase-1/tema_13.pdf
- TERRÉ, Carme. *La matrona ante la violencia doméstica*. En: *Matronas Profesión*. 2010, vol. 1, núm. 2, p. 4-9.
- WELLMAN, Ashley. *Identifying and treating adult survivors of sexual assault*. En: *Journal of the American Academy of Physician Assistants*. 2014, vol. 27, núm. 5, p. 51–52.