

Abordaje de la violencia sexual en Atención Primaria





Coordinación Apunts CAMFiC

Dr. Jordi Mestres Lucero

Médico de Familia, vocal de comunicación de la CAMFiC

Vocales de enlace con los grupos de trabajo

Dra Laura Conangla Ferrín

Médico de Familia, vocal primera de la CAMFiC

Dra Nuria Casado Pradas

Médico de Familia, vocal segunda de la CAMFiC

ISBN: 978-84-09-61924-5

Algunos derechos reservados

(C) 2024, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).



**Reconeixement-NoComercial-
SenseObraDerivada 4.0 Internacional
(CC BY-NC-ND 4.0)**

Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercialSinObrasDerivadas 4.0 Internacional. La licencia puede consultarse en la página web de Creative Commons.

AUTORAS

Autoras Apunts CAMFiC 04

Abordaje de la violencia sexual en Atención Primaria

Carolina Calero Blázquez (1)(2)(3)

Pilar Babi Rourera (1)(2)

M^a Isabel Fernández Delgado (1)(5)

Zoe Herreras Pérez (1)(2)(6)

Verónica Moldón Garrido (1)(2)(4)

Esther Sorribes López (1)(2)(4)

(1) Grupo de Trabajo en Violencias Machistas y Atención Primaria de Salud de la CAMFiC

(2) Médica de Familia

(3) Consultorio Olot Nord, Olot

(4) CAP El Clot, Barcelona

(5) Psicóloga clínica

(6) CAP Comte Borrell, Barcelona

Correspondencia: informans@camfic.org

contenidos

0/ Presentación del documento	05
1/ Introducción	06
2/ Datos epidemiológicos sobre violencia sexual en Cataluña	07
3/ Consecuencias en la salud de la violencia sexual	07
4/ Qué hacer para atender a una agresión sexual aguda en las consultas de AP o en servicios de URG de recursos no específicos.	08
4.1/ Atención a mujeres > 16 años	08
4.2/ Atención a niñas, niños y adolescentes <16 años	12
5/ Qué hacer para atender una agresión sexual recurrente en las consultas de Atención Primaria	14
5.1/ Cuando la superviviente es la mujer	14
5.2/ Cuando el/la superviviente es un niño, niña y adolescente	17
5.3/ Atención específica al Adolescente	19
6/ Qué hacer y no hacer en la entrevista para la atención en la Violencia Sexual	21
7/ Bibliografía	22
Annex 1/ CICLO DE LA VIOLENCIA, según Lenore E. Walker	25
Annex 2/ Recursos para la atención de las Violencias Machistas	25

0/ Presentación del documento

La **violencia sexual** es una forma de violencia machista con importantes y conocidas consecuencias para la salud. La violencia sexual probablemente se visualiza más en los medios, en las denuncias y en las consultas y actualmente resulta socialmente inadmisibles. Paralelamente, los distintos marcos legales también han comportado cambios de paradigma en la atención.

El grupo de trabajo "Violencias machistas y Atención primaria de salud" de CAMFiC quiere dar respuesta a una necesidad expresada por compañeros y compañeras que tienen dudas en cómo realizar una atención sanitaria adecuada. Queremos dar un paso adelante de forma pionera y proactiva, recogiendo la experiencia de otros profesionales y colectivos pues entendemos que la demora es mala práctica.

Este procedimiento de *Atención a la violencia sexual en el ámbito de la atención primaria de salud* que presentamos, pretende ser un instrumento de ayuda a la consulta. Es un instrumento dinámico: algunos de los aspectos que se tratan están consolidados, otros se tendrán que modificar en relación con lo que desde el Departamento de Salud, el Departamento de Igualdad y Feminismos de la Generalidad de Cataluña y la propia demanda asistencial requiera. No hemos querido esperar más, pues la demanda de asistencia no se detiene. Asimismo, nos comprometemos a incluir, en el futuro, los cambios en el conocimiento científico y de abordaje político asistencial que sea necesario.

Deseamos que sea provechoso para la consulta del personal sanitario de Atención Primaria de salud y de Urgencias, y finalmente pueda mejorar la atención de las víctimas, que es nuestra responsabilidad primordial.

Queremos dar las gracias a la CAMFiC por la confianza y las siguientes personas que han hecho una lectura atenta del texto y han hecho valiosísimas aportaciones:

Compañeros y compañeras del grupo "Violencias machistas y Atención primaria de salud" de la CAMFiC, Gerencia de la CAMFiC, Dra. Aurora Rovira Fontanals, Dra. Anna Fàbregas Martori, Sra. Ester García López, Sra. Marisa Fernández Gálvez, Sra. Anna Carreras Molas, Dra. Marisa Rubio, Dra. Lluïsa Garcia Esteve.

1/ Introducción

La violencia machista (VM) es una problemática estructural y multidimensional dentro de la sociedad patriarcal en la que estamos inmersas. Afecta mayoritariamente a mujeres, niñas y niños, a personas más vulnerables por edad (infancia y adolescencia, mujeres mayores), por etapas vitales (embarazo, separación, jubilación), por migración, diversidad funcional y personas del colectivo LGTBIQ+.

Para evitar actitudes discriminatorias queremos destacar la importancia de tener una mirada interseccional, para poder atender a la especificidad de cada persona con sus características propias (edad, nivel de estudios, cultura de origen, dificultades idiomáticas, identidad de género, orientación sexual , clase social)1

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la VM como problema de salud pública en 1962. Ésta tiene repercusiones psíquicas, físicas, sexuales, económicas y sociales y es un atentado contra los derechos humanos.

De todas las tipologías de VM, la violencia sexual (V Sex) ha sido la más invisibilizada especialmente en el ámbito de la pareja y en el entorno intrafamiliar. Según la Encuesta sobre las V Sex en Cataluña realizada por el Departamento de Interior en 2019, en el espacio privado se producen casi el 39% del total de V Sex, sobre todo las más graves (coacciones y agresiones sexuales) y el hogar de la mujer agredida es donde más a menudo se producen las agresiones 3

Por su accesibilidad y vinculación con las personas que atendemos, consideramos que la Atención Primaria (AP) es un lugar adecuado para la detección, la escucha de la revelación, el seguimiento y el acompañamiento.

La OMS define a la V Sex como cualquier acto sexual no deseado, ya sea un intento o la consumación del acto, ejercido por cualquier persona, independientemente de si ésta es la pareja o conocida por la víctima, y en cualquier espacio, incluidas el hogar y el trabajo. Así, el concepto de V Sex no se limita a relaciones coitales no consentidas sino que también incluye otras conductas sexuales como los intentos de realizar el acto sexual, el acoso sexual, la coerción y las amenazas, la explotación y el tráfico sexual , y las mutilaciones genitales femeninas 4.

Hay que tener en cuenta nuevas formas de violencia en las que los menores de edad son especialmente vulnerables como la violencia digital en las redes, la pornografía, etc.

Los y las profesionales sanitarias debemos atender a la prevención, la detección, la atención y la ayuda a la reparación en las consecuencias para la salud de la V Sex. Además, estamos obligados/as a intervenir con diligencia debida, poniendo en el centro los derechos y necesidades de mujeres, niños, niñas y adolescentes, incluyendo el deber de informar a las autoridades competentes según la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la

violencia machista 5.

El objetivo de este documento es facilitar una herramienta práctica para tener al alcance en la consulta, para hacer ágil la atención a los casos de V Sex. Hablaremos de los diferentes tipos de presentación de la V Sex en la consulta, de su abordaje y de los recursos especializados disponibles.

Este protocolo no incluye las siguientes formas específicas de V Sex que, por sus características requieren acciones específicas: Tráfico de seres humanos, matrimonios forzados, mutilación genital y V Sex en conflictos de guerra.

2/ Datos epidemiológicos sobre violencia sexual en Cataluña

Según la Encuesta sobre las violencias sexuales en Catalunya realizada por el Departamento de Interior en 2019, un 78,8% de las mujeres han sido víctimas de, al menos, un hecho de V Sex desde que tienen 15 años. De éstas, un 11.7% fueron víctimas de lo que se considera agresiones, violaciones e intentos de violaciones. El ámbito predominante en el que se dan las agresiones sexuales (39%) es en el espacio privado donde los agresores son las parejas (actuales y exparejas)³.

Por lo que respecta a la infancia, 1 de cada 5 niños sufren V Sex⁶. La V Sex se produce de forma mayoritaria dentro del ámbito intrafamiliar (en un 50% de los casos), y en caso de que sea fuera de la familia puede ser ocasionada por otro menor de edad. Sea como fuere, el 83% de los agresores de V Sex son familiares o conocidos del niño, niña o adolescente ⁷.

3/ Consecuencias en la salud de la violencia sexual

Las consecuencias de la V Sex en la salud pueden ser devastadoras. Se pueden manifestar de forma inmediata o aparecer con el paso del tiempo e incluso persistir durante muchos años después de finalizada. Tienen gran relevancia clínica puesto que transforman la situación de salud de la persona que la padece. Se relacionan con los efectos originados por la exposición al estrés de forma repentina o mantenida en el tiempo, por las lesiones directas o por la falta de autocuidado, entre otros factores.

Consecuencias sobre la salud física

- Embarazos no deseados, abortos de repetición
- Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Aumento del riesgo de:

- Obesidad
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Riesgo cardiovascular
- Placas carotídeas
- Lesiones a sustancia blanca
- Síndromes funcionales (fibromialgia, fatiga crónica, trastornos digestivos, dolor pélvico crónico)
- Migrañas o cefalea crónica

Consecuencias sobre la salud psicológica

- Intentos de suicidio
- Trastorno por estrés postraumático
- Depresión, ansiedad, fobias, insomnio
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Aumento del consumo de sustancias psicoactivas (tanto psicofármacos como tóxicos)

Tabla 1. Elaboración propia partir de 8-16

4/ Qué hacer para atender una agresión sexual aguda en las consultas de AP o en servicios de urgencias de recursos no específicos

Entendemos por agresión reciente la que ha sucedido en las últimas 72 horas anteriores a la consulta (en algunas situaciones puede alargarse hasta 7 días). No es habitual que las mujeres, niños, niñas y adolescentes que han sufrido una agresión sexual reciente consulten a la AP pues, por su estado y posibles lesiones, suelen acudir a los centros hospitalarios o centros de urgencia de Atención Continuada. En muchas ocasiones los y las profesionales responsables de la atención son médicos y médicas de familia.

Pendiente de la publicación oficial de un mapa de activos en Cataluña con los diferentes centros de referencia territorial para atender a una mujer que ha sido agredida sexualmente, a modo de ejemplo proponemos la ciudad de Barcelona, donde esta atención se realiza por mujeres **mayores de 16 años** en el Hospital Clínic de Barcelona y los y las **menores de 16 años** en el Hospital Vall d'Hebron por parte del equipo EMMA (Equipo específico para la atención sanitaria a la violencia contra la infancia) 6.

Algoritmo por el abordaje de la violencia sexual aguda en centros sanitarios no especializados

4.1/ Atención a mujeres > 16 años

En el caso de **mujeres >16 años**, hemos elaborado este algoritmo en base a documentos y procedimientos de diferentes ámbitos así como recomendaciones de expertos en V Sex. Se refiere a qué hacer durante la acogida, la anamnesis, la atención, las exploraciones y las derivaciones en su caso.

ENTORNO DE PROTECCIÓN A LA VÍCTIMA:
intentar saber dónde está el agresor y dar las medidas de protección adecuadas a la mujer.



CURAS:
Si la vida de la mujer no corre peligro, derivaremos a Hospital de referencia por agresiones sexuales del área territorial. En caso de peligro vital le atenderemos según las necesidades, antes de la derivación.



SOPORTE EMOCIONAL:
Es clave en todo momento explicar a la mujer lo que se irá haciendo con empatía, estableciendo relación de confianza y sin ir a los detalles "policiales" de la agresión.



RECOGIDA MUESTRAS TIEMPO-DEPENDIENTES:
En caso necesario, recogida de sangre y orina*; garantizar cadena de custodia de la muestra que debe ir a todas partes con la mujer. Cerrar bien la muestra, firmar a la persona que recoge y registrar a la persona que se le entrega la muestra, en caso de que no sea la mujer.
*en caso de que la mujer no pueda aguantar la micción o si se prevé un traslado largo que pueda alterar la detección de tóxicos. Siempre deberá tenerse el consentimiento de la mujer.



LLAMADA AL 112 POR LA GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA MUJER:
es necesario confirmar acompañamiento en ambulancia, Fuerzas de Seguridad (contacto telefónico con el 112), y/o persona de confianza si es su deseo

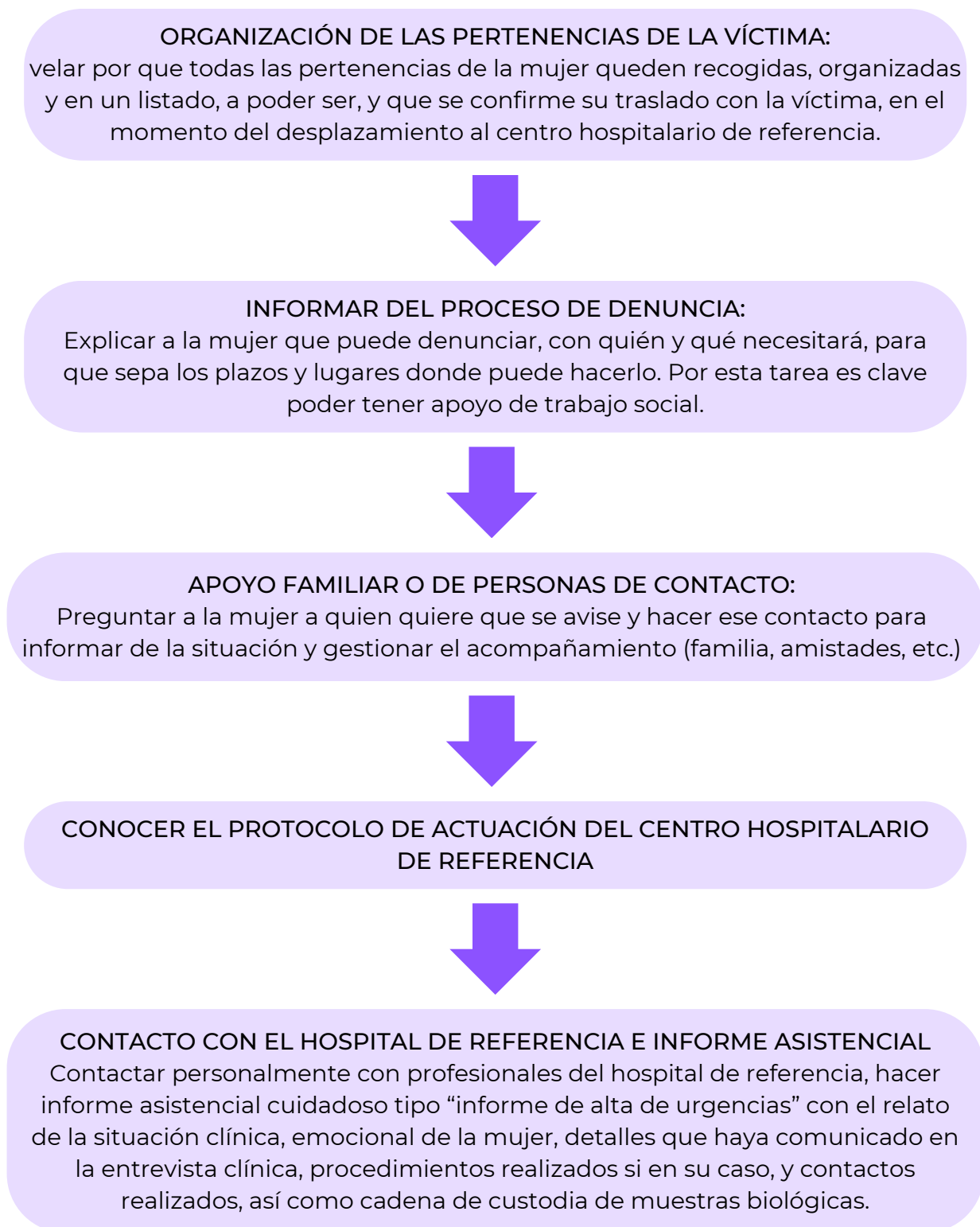


Figura 1 Elaboración propia partir de 17, 18.

El Servicio de intervención en crisis (SIC) es un servicio de atención psicológica que ofrece apoyo y atención a las víctimas con alto impacto debido a situación de violencias machistas vividas con la mayor inmediatez posible. Puede ser activado por profesionales sanitarios/as y por otros actores que intervengan en la atención de las violencias machistas.

Para las personas que atienden a un caso de agresión sexual, es importante, además, seguir las siguientes recomendaciones para recoger la información asistencial de la agresión y darle el apoyo adecuado. Cabe destacar:

- Actitud empática
- Coordinar la gestión de tareas pendientes con el resto del equipo profesional (Enfermería, Trabajo Social, personal administrativo) para poder dedicar el tiempo necesario a la víctima
- Es muy importante en todo momento: NO REVICTIMIZAR A LA MUJER REPITIENDO RELATOS
- Registrar acciones que se realizan:
 1. Intervenciones médica y enfermera
 2. Descripción de curaciones en su caso
 3. Recogida de muestras biológicas tiempo/dependientes (sangre y orina) siempre que sea indispensable, y conservación siguiendo la cadena de custodia de las mismas durante el traslado (mujer, Mossos d'Esquadra/Policia, servicios sanitarios de transporte)
 4. Contacto con Trabajo Social
 5. Llamada a Mossos d'Esquadra/Policia
 6. Llamada al hospital de referencia para comunicar el traslado
 7. Llamada al 112 para pedir transporte y acompañamiento
 8. Llamada familiares o amistades de la mujer, si lo desea, por el acompañamiento.
- Datos clave para el registro del informe-comunicado de derivación:
 1. Hora de llegada
 2. Hora posible de la agresión y localización
 3. Actitud y estado emocional de la mujer
 4. Clínica que presenta la mujer
 5. No hace falta profundizar en el relato de los hechos para no provocar más estrés y angustia a la víctima.
- Hay situaciones en las que es necesaria la colaboración precoz de Mossos d'Esquadra/Policia:
 1. La protección inmediata de la víctima y profesional
 2. Por la activación de los organismos judiciales
 3. Permitir asegurar la cadena de custodia de pruebas
- Emitir comunicado-informe de lesiones si la persona no es derivada a un recurso específico.

4.2/ Atención a niñas, niños y adolescentes <16 años

Las recomendaciones mencionadas por la atención a mujeres mayores de 16 años también deben considerarse en esta franja de edad. Sin embargo, hay que tener en cuenta cuestiones específicas en base a la edad y la madurez de los niños, niñas y adolescentes (ver Atención específica al adolescente)¹⁹

Según las recomendaciones de documentos y programas de expertos de todo el territorio catalán, como pueden ser el “programa EMMA” (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona) o el “Protocolo de actuación ante malos tratos en la infancia y la adolescencia en el ámbito de la salud” (Marzo 2019- actualmente en revisión) de la Generalidad de Cataluña, la atención a menores de 16 años que han sufrido agresión sexual deberá realizarse siguiendo unos procedimientos estandarizados que se recogen posteriormente.

A la espera de la publicación del “Protocolo Sanitario de intervención con diligencia debida en situación de violencia machista” adjuntamos un esquema resumen que nos puede servir de soporte.

También será necesario tener especial cuidado en la atención con los recursos y dispositivos adecuados a las familias de niñas, niños y adolescentes, pues a menudo serán personas también atendidas en la Atención Primaria de Salud.

1. RECEPCIÓN, DETECCIÓN y DERIVACIÓN:

Recordar que en Infancia y adolescencia, en algunos documentos se realiza la diferenciación de agresión sexual reciente como la producida <72h, >72h y hasta 7 días. 6-7,¹⁷

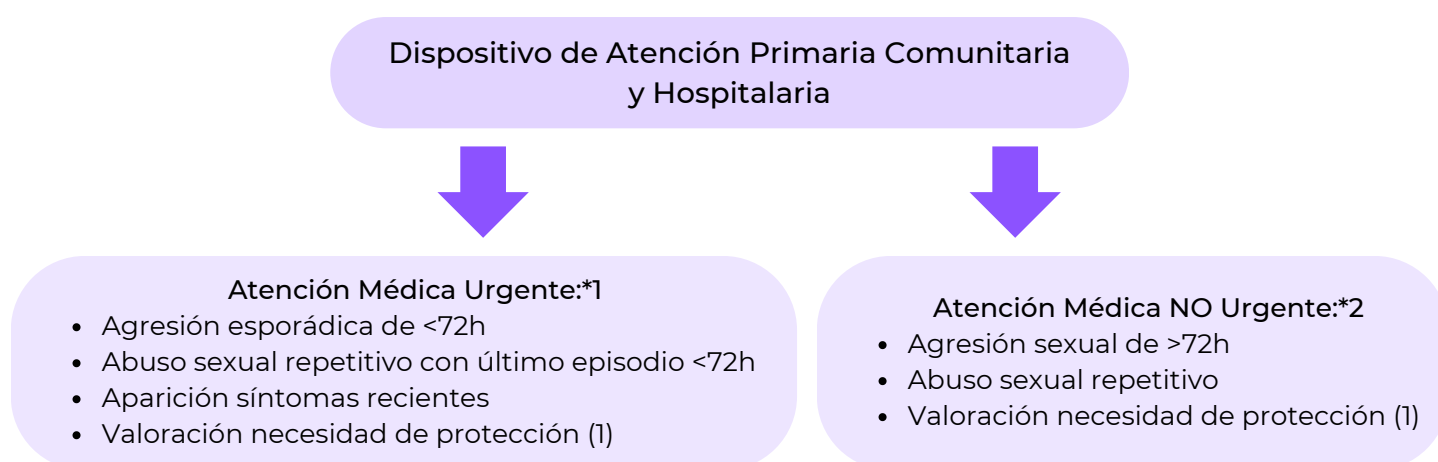


Figura 2 Elaboración propia adaptada de 6 i 17

2. DIAGNÓSTICO, ATENCIÓN Y NOTIFICACIÓN:

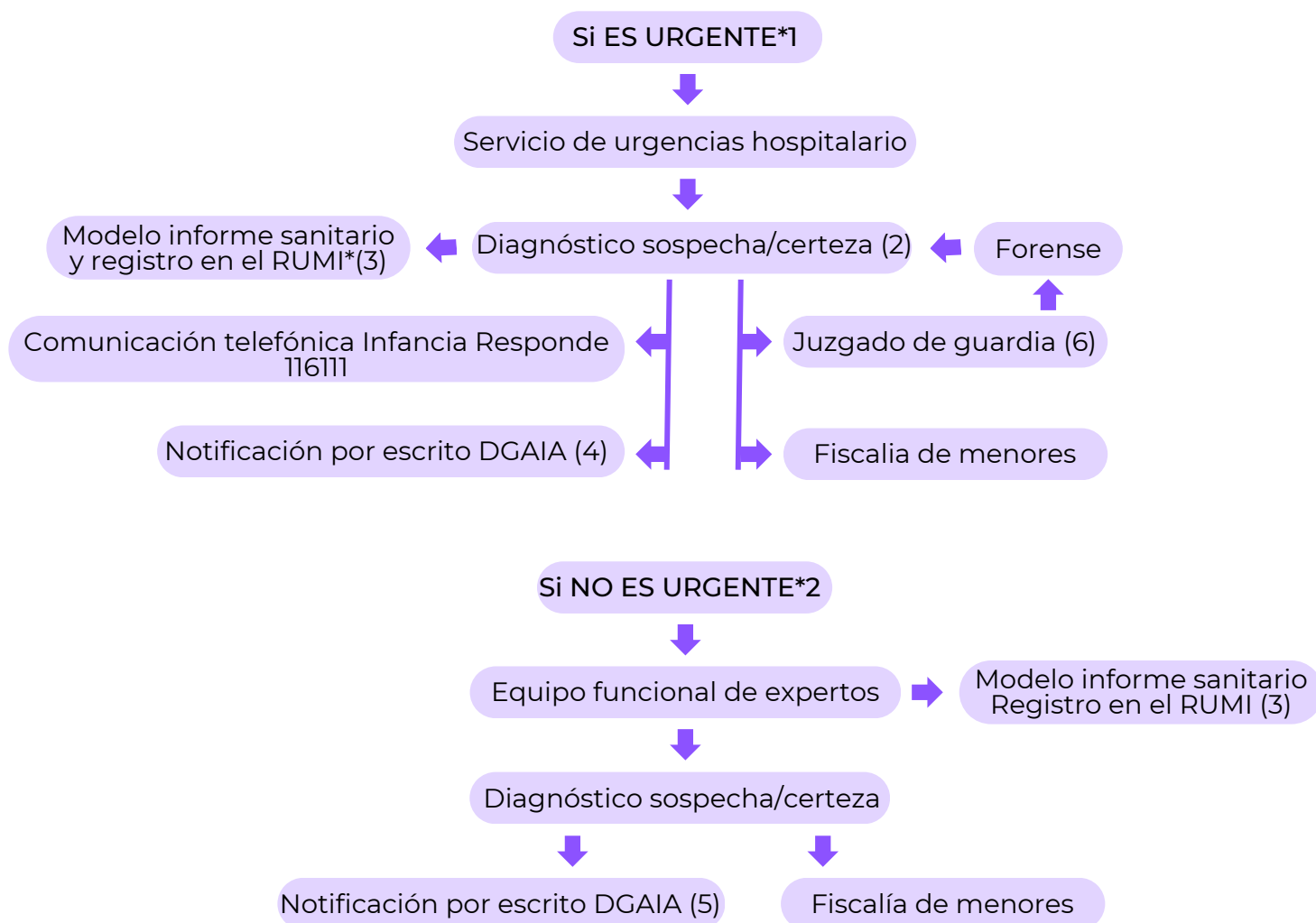


Figura 3 Elaboración propia adaptado de 6 i 17

3. RECUPERACIÓN:

Trabajo en red de todos los servicios y dispositivos por la recuperación y rehabilitación de la persona que ha sufrido esta agresión sexual aguda.

Leyendas:

- (1) La DGAIA decide la medida de proteccionismo
- (2) Esperar por exploración única y conjunta con forense
- (3) Informe sanitario y registro en el RUMI
- (4) Formato ficha notificación de situación de riesgo o desamparo infantil (urgente)
- (5) Centro de Salud, Servicios Sociales de base, escuela, Servicios Psicopedagógicos, Centro de Salud mental (no urgente)
- (6) Modelo comunicado Judicial en el juzgado del lugar donde se han producido los hechos

*RUMI-Salut: Registro Unificado de Maltratos Infantiles (seguimiento, conocer el alcance y las características de los casos detectados. Creación 2009)

*1 y *2 descripción del desarrollo de las acciones

5/ Qué hacer para atender una agresión sexual recurrente en las consultas de Atención Primaria

Nos hemos socializado con la creencia de que las agresiones sexuales son hechos aislados en los que el agresor es un desconocido. En cambio, gran parte de los casos de violencia sexual son perpetrados por personas conocidas y, en muchas ocasiones, suceden de forma repetida. Muchas mujeres sometidas a VM sufren situaciones recurrentes de violencia sexual por parte de la pareja o ex pareja. En el caso de agresiones sexuales sobre niñas, niños y adolescentes, ya hemos visto que suelen ocurrir en el ámbito familiar o del entorno más cercano 3,19,20.

5.1/ Cuando la superviviente es la mujer 1,18,20,21

No es fácil que las mujeres que sufren violencia de forma repetida exterioricen su situación y es poco habitual que compartan situaciones de violencia sexual continuada cuando el agresor es la pareja. La naturalización y la minimización de la violencia sexual dentro del entramado de violencia en la que está inmersa, el miedo a no ser creído, a no tener pruebas suficientes, la vergüenza, la culpa, la falta de información o la falta de apoyo social y/o económico son algunas de las causas por las que las mujeres no hablan. Revelar agresiones sexuales por parte de la pareja, ex pareja o de un hombre del entorno cercano afecta a varias esferas de la vida y esto hace que su situación sea más compleja que si el agresor es un extraño.

Las y los profesionales de AP nos encontramos en una situación privilegiada a la hora de acompañar a las mujeres que sufren cualquier tipología de violencia por la relación de confianza que podemos construir con ellas. En algún momento las mujeres supervivientes serán atendidas en nuestro servicio de salud y es probable que seamos los primeros profesionales a quienes recurran. En el caso de la violencia sexual, que suele mantenerse oculta, debemos estar alertas y preparadas porque podemos convertirnos en el primer y único testimonio de su relato. No debe darnos miedo preguntar a las mujeres si lo hacemos con respeto y cautela.

1. Detección y atención desde Atención Primaria (AP)

Las consecuencias en la salud mental y física de una situación de violencia sexual mantenida en el tiempo son devastadoras, por eso es fundamental su detección. Existen una serie de indicadores específicos que pueden ayudarnos en la sospecha (Tabla 2).

Indicadores basados en la salud física

- Embarazos no deseados, abortos con medios poco seguros, de repetición
- Infecciones de transmisión sexual, incluido molusco contagioso perineal y VIH
- Disfunciones sexuales, dolor pélvico crónico, evitación relaciones sexuales
- Lesiones en vulva y mamas

- Hematomas en la cara interna del muslo
- Laceraciones y desgarros
- Marcas de manos, de dedos, de cinturón, de mordeduras
- Traumas anales y/o vaginales y/o bucales

Indicadores basados en la salud psíquica

- Intentos de suicidio, autolesiones
- Trastorno por estrés postraumático
- Depresión, ansiedad, fobias, miedos
- Aumento del consumo de sustancias psicoactivas
- Insomnio, pesadillas
- Trastornos de la conducta alimentaria

Otros indicadores

- Pasividad, desconfianza, hipervigilancia, reacciones con miedo.
- Manifestaciones somáticas (temblores, sudoración...)
- Migrañas o cefalea crónica

Tabla 2 Elaboración propia, adaptada de 17,22,23

Ante una posible situación de violencia sexual, al igual que con cualquier tipo de VM, utilizaremos preguntas más abiertas al principio evitando palabras que comporten gran carga emocional como violación o maltrato (Tabla 3).

Tanto si el relato es espontáneo como si ha surgido a raíz de nuestra anamnesis, dirigiremos la entrevista respetando siempre el ritmo de la mujer mediante la escucha activa, validándola y nunca cuestionándola.

Ejemplo de preguntas en caso de sospecha de Violencia Sexual de más ABIERTAS a más CONCRETAS

- ¿Cómo te sientes?
- ¿Qué es lo que más te preocupa?
- ¿Cómo va por casa?
- En muchos casos vemos a muchas mujeres con antecedentes similares que están sufriendo algún tipo de violencia y por eso te hago estas preguntas. ¿Podría ser tu caso?
- ¿Alguna vez te has sentido forzada a tener relaciones sexuales?
- ¿Alguna vez te ha obligado a realizar alguna práctica sexual con la que no te has sentido cómoda?
- ¿Se niega a utilizar preservativo o te impide que utilices el método anticonceptivo que deseas?

Tabla 3 Elaboración propia, adaptada de 17, 23

2. Acompañamiento en la recuperación y reparación. Trabajo en red 17,23,24.

Como en todas las tipologías de violencia machista, en el caso de la detección de una situación de violencia sexual recurrente en el ámbito de la pareja o ex pareja, se inicia un proceso de acompañamiento terapéutico que tiene como objetivo determinar el impacto sobre la mujer, realizar una valoración del riesgo en cada visita así como determinar con qué inmediatez debemos actuar y a qué profesionales expertos debemos dirigir a la mujer. Debemos tener en cuenta en qué momento del **ciclo de la violencia** (Anexo 1) se encuentra para valorar la actuación más adecuada y siempre deberemos diseñar nuestra intervención a partir de sus necesidades y respetando su autonomía en la toma de decisiones.

Existen una serie de recursos y servicios específicos sociales y comunitarios especializados en la reparación y recuperación de las mujeres como los Servicios de Información y Atención a las Mujeres (SIAD) y los Servicios de Intervención Especializada (SIE) con los que deberemos **trabajar en red** para acompañar adecuadamente a la mujer. Al final del documento se especifican las funciones de éstos y otros recursos disponibles (Anexo 2). Sin embargo, deberemos tener en cuenta que actualmente no existe equidad territorial por lo que los y las profesionales sanitarios/as tendremos que conocer cuáles son los que tenemos al alcance.

Es muy importante también preservar la coordinación entre la AP y el trabajo social asegurando también la atención psicológica y jurídica en caso necesario. Además, deberemos realizar el seguimiento de las posibles consecuencias en la salud a corto y largo plazo y valorar la necesidad de derivación a otras especialidades médicas.

A la espera de un documento específico de la Generalidad de Cataluña respecto a la atención a la violencia sexual, la recomendación de comunicación a la justicia se realiza según las recomendaciones del Protocolo por el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud (también pendiente de revisión). La comunicación debe hacerse sin demora si existe peligro para la mujer, (recordar que no tenemos instrumentos estandarizados para la valoración del peligro en violencia sexual). En situaciones de baja peligrosidad cabe esperar a un estudio multidisciplinar especializado.

Recordar que se puede comunicar la sospecha si no existe posibilidad de confirmarlo pero hay indicios de peligrosidad.

Si la mujer no quiere denunciar y nos pide que no lo comuniquemos hay que valorar cuidadosamente los motivos de su negativa y al mismo tiempo informarle de nuestra obligación con la justicia. Si, por una razón fundamentada, se decide no comunicar es necesario dejar los argumentos de la decisión en la historia clínica y se pueden activar recursos alternativos como el Grupo de Atención a la Víctima de los Mossos d'Esquadra.

Hay que tener en cuenta que nuestra **atención** no termina con la derivación a otros servicios o la denuncia. Debemos poner todos los medios necesarios para acompañar a la mujer como parte del proceso terapéutico.

5.2/ Cuando el/la superviviente es un niño, niña y adolescente 6,17,25

Consideramos violencia sexual hacia menores de edad a los contactos e interacciones entre un/a niño/a y un adulto, o entre dos menores de edad, cuando el agresor utiliza al niño para estimularse sexualmente a sí mismo, a el niño o a otra persona o entre dos personas menores de edad cuando uno es significativamente mayor o está en una situación de poder. Aprovechando esta situación de poder, el agresor utiliza la manipulación o el engaño para interactuar sexualmente con el niño y, la mayoría de ocasiones, sin necesidad de utilizar la violencia física.

1. Detección y atención desde la AP

La violencia sexual no es fácil de detectar desde la AP, dado que muchas veces no existen señales físicas. El miedo a las represalias por parte del agresor o a las consecuencias por su familia, la vergüenza, la culpa o incluso, la falta de identificación por parte del menor de edad son razones por las que muchas veces no cuentan lo que están viviendo.

Las consecuencias a corto ya largo plazo por la salud mental y física ocasionadas por situaciones de violencia sexual de forma puntual o recurrente pueden ser muy importantes y dependerán de la edad, duración, tipo (físico y/o psicológico), reacción del entorno frente a la revelación y su capacidad de resiliencia.

De hecho, la reacción del entorno ante la revelación de una situación de violencia sexual es un factor muy relevante que influye en la gravedad de las consecuencias en la salud del menor de edad. Es por ello que tanto si se trata de una revelación espontánea como si la verbalización se realiza a través de la detección de indicadores de alarma (Tabla 4), siempre deberemos actuar con respeto, sin juicios y rehuendo de transmitir culpas (Ver apartado "Qué hacer y no hacer en la entrevista para la atención a la violencia sexual"). Debemos evitar acciones inadecuadas como preguntas y exploraciones innecesarias así como retrasar nuestra atención, hechos que pueden incrementar los daños sufridos, ocasionando victimización secundaria.

Indicadores de detección

- Conductas sexualizadas y/o conocimientos de conductas sexuales no apropiadas a la edad.
- Aislamiento social, agresividad, relaciones de riesgo, abuso de tóxicos.
- Ansiedad, depresión, baja autoestima, miedos.
- Dificultades en la escolarización.
- Autolesiones, conductas suicidas.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Enuresis, encopresis

Tabla 4 Elaboración propia, adaptada de 6,17,21,26.

Nuestra actuación deberá ser muy meticulosa y deberemos seguir estrictamente los circuitos definidos territorialmente.

Desde AP existe una doble posibilidad de derivación según si la situación requiere una intervención sanitaria inmediata (episodio reciente o situación mantenida con un último episodio en menos de 7 días o si pelagra la integridad del niño, niña o adolescente – ver capítulo “Qué hacer para atender a una agresión sexual aguda”) o si no la requiere porque se trata de una situación mantenida en el tiempo con un último episodio en más de 7 días (Figura 4).

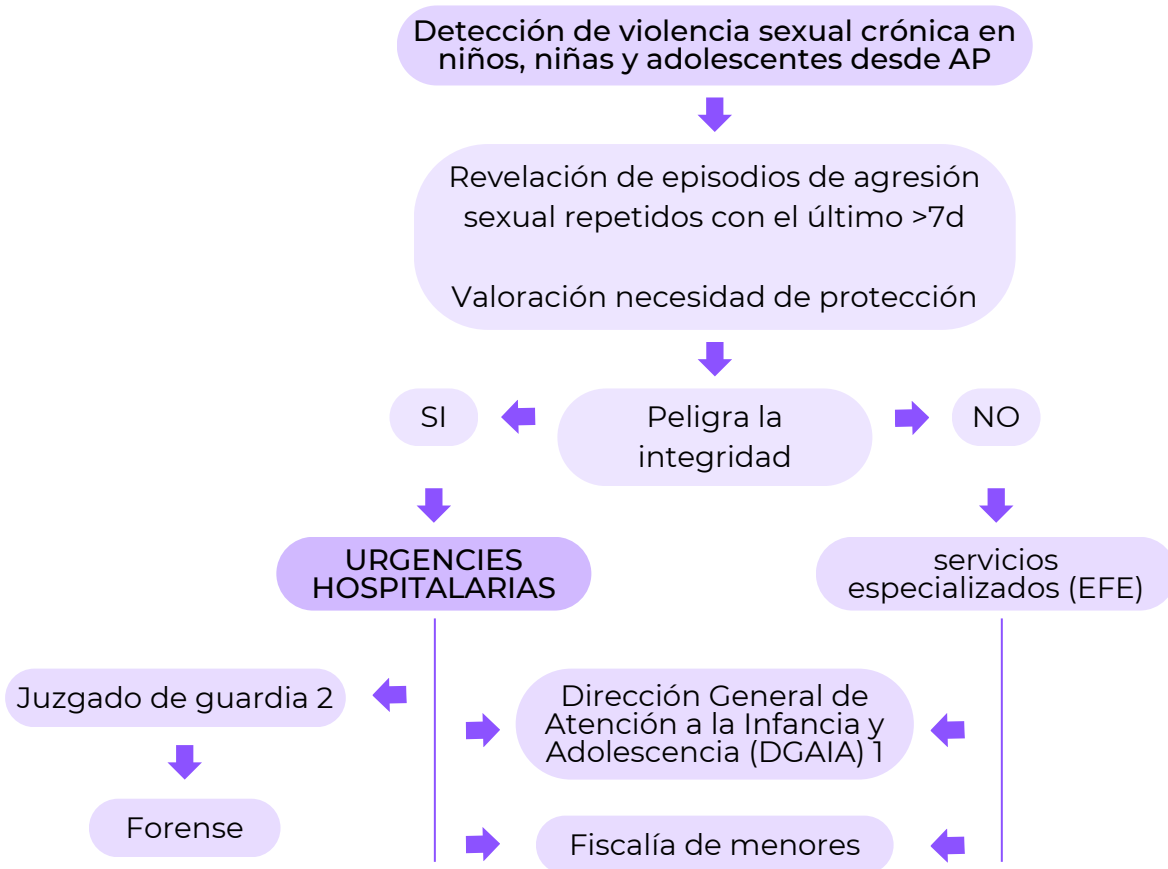


Figura 4 Elaboración propia, adaptada de 6 i 17.

(1) DGAIA decide la medida de protección
 (2) Se realiza comunicado de lesiones judicial

La clave para el diagnóstico de una situación de violencia sexual mantenida en el tiempo es el relato del niño o el adolescente, por lo que se requiere la actuación de profesionales con gran experiencia como son los equipos funcionales de expertos en violencia sexual y maltrato infantil grave (EFE). Durante el año 2024, los equipos EFE pasarán a formar parte de los Barnahus (ver ATENCIÓN ESPECÍFICA DEL ADOLESCENTE).

Hay que recordar que nuestras intervenciones deben estar adaptadas a la edad, madurez y características de los/las supervivientes (ver Atención específica al adolescente).

La revelación puede ser inmediata o en cualquier momento de la vida de la persona agredida y la necesidad de atención va a depender de las consecuencias en la salud y de las consecuencias en su vida.

En el caso de personas menores de edad la comunicación judicial por parte del personal sanitario deberá realizarse en todos los casos.

5.3/ Atención específica al Adolescente 19

El adolescente es un ser humano que está completando su autonomía, esto comporta situaciones legales y asistenciales específicas que se relacionan con la edad y el grado de madurez. La madre y el padre y/o el tutor legal tienen responsabilidades y derechos en esta atención. La mayor parte de las veces existe acuerdo entre los adolescentes y sus familias pero se pueden presentar divergencias.

De la edad y valoración de la madurez dependen algunas decisiones profesionales. La valoración de la madurez y la autonomía es un proceso que realizan los y las profesionales que atienden al adolescente.

La valoración de la madurez implica, al menos, la valoración de las siguientes 3 áreas: ¿quién es, cómo está, cómo se ve en el futuro?, ¿cómo se relaciona con el servicio?, ¿cómo reflexiona y cómo asume su vida? ¿cómo se relaciona con su entorno personal? Recomendamos la lectura del capítulo “La diligencia debida y el derecho de las personas adolescentes en situación de violencias machistas en la reparación integral”. Para realizar esta valoración de la madurez se deben dar las circunstancias adecuadas, si no es posible (por el estado de la persona adolescente, por dificultades en la comunicación, porque es una visita única a urgencias o puntual sin posibilidad de continuidad o otras circunstancias que dificultan la valoración) seguiremos las indicaciones relativas a la edad (Tabla 5: Atención al adolescente).

Dado que las situaciones de violencia en la infancia suceden a menudo en el entorno cercano de los/las menores de edad, será necesario determinar la capacidad protectora de la familia a través de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA). Hay que estar especialmente atentos si hay sospecha de que el padre sea agresor si así lo relata el/la menor de edad, si existe contra él una sentencia firme o procedimiento penal de violencia familiar/machista o si la madre recibe asistencia de los servicios de la Red de abordaje de violencias machistas.

También, en caso de que la persona menor de edad manifieste reiteradamente que no quiere que la familia esté informada de su situación de salud, es necesario hacer lo posible para averiguar los motivos. Si hay dudas razonables de que informar puede aumentar el peligro es necesario ponerlo en conocimiento en la DGAIA y en Fiscalía.

Edad años	Madurez/ autonomía	Acción sanitaria	Confidencialidad	Situaciones específicas	Riesgo de nuevos episodios o consecuencias graves por la salud
A partir de 16a	Puede tomar decisiones como una persona adulta. Puede estar emancipado/a	La que sea necesaria	Los tutores legales pueden pedir que se está atendiendo. Si el adolescente se opone es necesario avisar a servicios sociales o a fiscalía si es urgente	Situaciones que pueden cuestionar la madurez o dificultar su valoración, ejemplos: sd de estrés postraumático, consumo agudo de tóxicos, enfermedad aguda u otros.	Obligan a comunicar a los tutores legales, pues se entiende que posponer la intervención es un riesgo para el adolescente.
14-15a	Hay que valorar la madurez: Si se considera menor maduro se asimila a la edad de 16a. Si se considera no maduro se asimila a los 12-14a. Su opinión debe ser tenida en cuenta	Puede pedir información y asesoramiento sin consentimiento pero no intervención psicoterapéutica, seguimiento ni derivaciones. Si se considera maduro se asimila a los 16a.	Si maduro se equipara a los 16a. No maduro: ambos tutores legales para iniciar la intervención psicoterapéutica. Avisar a DGAIA si reitera no querer informar a los tutores legales.	Situaciones que pueden cuestionar la madurez o dificultar su valoración, ejemplos: sd de estrés postraumático, consumo agudo de tóxicos, enfermedad aguda u otros.	Obligan a comunicar a los tutores legales, pues se entiende que posponer la intervención es un riesgo para el adolescente.
12-13a	Es necesario valorar la madurez pero no se considera menor maduro.	Puede pedir información y asesoramiento sin consentimiento pero no intervención psicoterapéutica, seguimiento ni derivaciones.	Para realizar atención es necesario ambos tutores legales. Avisar a DGAIA si reitera no querer informar a los tutores legales.		Obligan a comunicar a los tutores legales, pues se entiende que posponer la intervención es un riesgo para el adolescente.

Tabla 5 Tabla de atención al adolescente.

Durante el año 2024 entrarán en funcionamiento la casa de los niños Barnahus, unidades integradas de atención a niños y adolescentes víctimas de violencias sexuales. En Barnahus se atienden los casos de violencia sexual no urgente a niños y adolescentes menores de edad, ya sus familias. La intervención se realiza de forma coordinada e íntegra evitando la revictimización. Los Equipos EFE estarán ubicados en Barnahus.

6/ Qué hacer y no hacer en la entrevista para la atención en la Violencia Sexual

La atención en salud es siempre un proceso que es necesario individualizar. Sin embargo, con esta tabla queremos mostrar recomendaciones concretas para situaciones comunes, a menudo complejas.

	Hacer	No hacer
Actitud en la entrevista	Escucha empática, espacio seguro y libre de interrupciones.	No juzgar, no cuestionar la veracidad, no interferir.
Los secretos	Dejar claro que los secretos se pueden contar.	No pedir detalles que nada aportan a tu valoración.
El tiempo	Recordar que la información no está siempre disponible en la memoria.	No pedir cosas relativas al tiempo como "Porque has esperado tanto tiempo"
Número de entrevistas	Recordar que la memoria re preguntada favorece la victimización secundaria.	No repetir entrevistas si es posible.
Persona agresora	Recordar que la o las personas agresoras pueden ser o no del mismo sexo que la agredida.	No presuponer que todas las agresiones son heterosexuales, pues se ocultan relatos.
La primera revelación	Prestar especial atención, pues la primera revelación puede marcar cómo se vive a posteriori el hecho. Seguramente la información que te van a dar es parcial.	No forzar a contar cosas que todavía no se pueden decir.
Sentimientos expresados	Recordar que son frecuentes la vergüenza, la rabia, la culpa, la disociación, el alejamiento emocional. Permitir que los exprese si es necesario.	No presuponer cómo debe sentirse. No juzgar la idoneidad o la intensidad del sentimiento o la emoción
Respecto al agresor	Comprender y ayudar a comprender sentimientos ambivalentes (especialmente si hay vínculo afectivo)	No presuponer cuáles deben ser los sentimientos o emociones hacia el agresor. No expreses tus sentimientos hacia el agresor

	Hacer	No hacer
Promesas y expectativas	Explicar cuál es tu papel profesional y que puede esperar de ti y del proceso de cuidado	No realizar promesas que no se puede saber si se podrán cumplir. (ej: irá a la cárcel o no irá, no lo verás más..)
Tóxicos y violencia sexual	Recordar que en las víctimas de VSx es frecuente el consumo de OH y otros tóxicos.	No justificar el comportamiento del agresor porque la víctima ha bebido.
Otras formas de violencia	Preguntar por otras formas: Violencia en la pareja, intrafamiliar, en la escuela, en el trabajo, en las redes.	No justificar ni menospreciar la posibilidad de diversos tipos de violencia.
Otros determinantes de salud o vulnerabilidad	Preguntar por otros determinantes de vulnerabilidad (emigración, dificultades económicas, diversidad funcional, conflicto bélico)	No justifiques ni menosprecies la VSx por estos determinantes.
Finalizar	Agradecer el coraje y la confianza	No transmitir fatalidad, sino confianza en la capacidad de recuperación.

Tabla 6 Hacer y no hacer en la atención a la violencia sexual. Elaboración propia, adaptada a partir de 27 y 28.

7/ Bibliografía

- 1/ Gelambí, Mònica (Coordinación) Román, Laura; Zbairi, Nabila Elisabeth; Escurriol, Raquel; Plaza, Montse. Guía para introducir la perspectiva de género y la perspectiva interseccional en la atención a la salud de las mujeres en situaciones de violencia. Barcelona, diciembre 2021
- 2/ Informe Mundial sobre violencia y salud. 49.a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra 1996.
- 3/ Generalitat de Catalunya. Departament d'Interior. Encuesta sobre las violencias sexuales en Cataluña 2019.
- 4/ Web de la Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer.
- 5/ Ley 17/2020, del 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

6/ Ayuntamiento de Barcelona. Equipo EMMA: Unidad de Atención a las Violencias hacia la Infancia y la Adolescencia. 2021.

7/ Institut Català de la Salut. Noticia: Un tercio de los agresores de los pacientes atendidos por violencia sexual por la Unidad de Atención a las Violencias hacia la Infancia y la Adolescencia de Vall d'Hebron (Equipo EMMA) son menores de edad. 2022.

8/ Babi P, Rovira A, Peñas F, Muñoz C, Díez E, de Miguel N, et al. Violencia de género y Atención Primaria de Salud: una visión desde la consulta. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. 1st ed. Barcelona. 2012.

9/ Sigurdardottir S., Halldorsdottir S. Persistent Suffering: The Serious Consequences of Sexual Violence against Women and Girls, Their Search for Inner Healing and the Significance of the #MeToo Movement. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1849.

10/ Mason, S., Wright R. J., Hibert. N., Spiegelman D., Jun H-J., Hu F. B., Rich-Edwards J W. Intimate Partner Violence and Incidence of Type 2 Diabetes in Women. *DIABETES CARE*, VOLUME 36, MAY 2013. 1159-1165.

11/ Mason SM., Wright RJ, Hibert EN, Spiegelman D., Forman JP., and Rich-Edwards JW. Intimate partner violence and incidence of Hypertension in women. *Ann Epidemiol.* 2012 August ; 22(8): 562–567. doi:10.1016/j.annepidem.2012.05.003.

12/ Jakubowskia K. P., Murrayb V., Stokes N., Thurston R. C..Sexual violence and cardiovascular disease risk: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* 2021 November ; 153: 48–60. doi:10.1016/j.maturitas.2021.07.014.

13/ Thurston R.C., Jakubowski K., Chang Y., Koenen K.; Maki P.M., Barinas-Mitchell E.. Sexual Assault and Carotid Plaque Among Midlife Women. *J Am Heart Assoc.* 2021;10:e 017629. DOI: 10.1161/JAHA.120.017629.

14/ Thurston R. C., Jakubowski K., Wu M., Aizenstein, H., Chang Y., Derby C., Koenen K., Barinas-Mitchell E., Maki P. Sexual Assault and White Matter Hyperintensities among Midlife Women. *Brain Imaging Behav.* 2022 April; 16(2): 773–780 doi:10.1007/s11682-021-00536-2.

15/ García-Pérez, S.; Pastor-Moreno, G.; Ruiz-Pérez, I.; Henares-Montiel, J. Relationship between Sexual Violence and the Health of Spanish Women—A National Population-Based Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 3365. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043365>

16/ MARIA A. PICO-ALFONSO, M. ISABEL GARCIA-LINARES, NURIA CELDA-NAVARRO, CONCEPCIÓN BLASCO-ROS, ENRIQUE ECHEBURÚA, and MANUELA MARTINEZ, M.D.The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's. Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder,

State Anxiety, and Suicide. JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH. Volume 15, Number 5, 2006, 599-611.

17/ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocolo de actuación frente a malos tratos en la infancia y la adolescencia en el ámbito de la salud. 2019

18/ Ministerio de Igualdad. Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual. 2023

19/ Generalitat de Catalunya. La debida diligencia y el derecho de las personas adolescentes en situación de violencias machistas en la reparación integral. 2023 (pendiente de corrección lingüística y maquetación)

20/ Generalitat de Catalunya. Departament d'Igualtat i Feminismes. Secretaria de feminismes. Modelo de abordaje de las violencias sexuales. Un modelo de país. 2023.

21/ Babi Rourera P., Calero Blázquez C., Cordero Fernández E., Rodríguez Pozo C. Guía FMC violencia de género: detección i atención desde la consulta de Atención Primaria. FMC.2023;3: 9-25.

22/ Organización Panamericana de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC : OPS, 2014. Consultar a l'abril 2023.

23/ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña Documento operativo de violencia sexual. 2010

24/ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012.

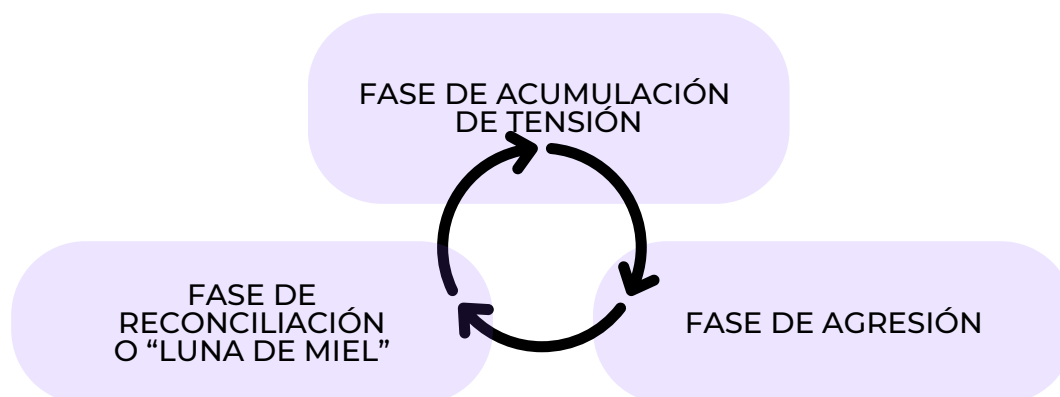
25/ Yanes Bethencourt Z. Te acompaño. Guía de intervención con menores que sufren o han sufrido una situación de violencia de género. Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias. 2020.

26/ Rojo JM., Gil J., Escudero J. Manifestaciones cutáneas del abuso sexual en la infancia. Piel 2003;18(2):70-7

27/ Bravo Correa M., Juárez Lopez JR. ¿Y ahora cómo te ayudo? Recomendaciones para familiares. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. 2021

28/ Bravo Correa M., Juárez Lopez JR. Y tú, ¿sabes cómo preguntarme? Recomendaciones para profesionales. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. 2023

Anexo 1/ CICLO DE LA VIOLENCIA, según Lenore E. Walker



Adaptado de 21

Anexo 2/ Recursos para la atención de las Violencias Machistas



-Línea de atención telefónica 900 900 120 y de correo electrónico 900900120@gencat.cat

-Servicios y oficinas de información y atención a las mujeres (SIAD) de Cataluña: Funcionan coordinadamente en todo el territorio. De titularidad municipal o comarcal. Proporcionan información sobre cualquier materia, tales como salud, trabajo, vivienda, servicios y recursos para las mujeres. En algún territorio aportan también orientación sobre aspectos legales.

-Servicio de Intervención Especializada en violencia machista (SIE): Proporcionan información, atención integral y recursos en el proceso de recuperación y reparación a las mujeres que han sufrido o sufren situaciones de violencia ya sus hijos e hijas.

-Servicio de Intervención en crisis: Proporciona atención psicológica en el plazo de tiempo más breve posible en el lugar de la agresión. Información:



erradicacioviolenciasmasclistes.igualtat@gencat.cat

-Servicios de acogimiento residencial por mujeres en situación de violencia machista. Información: erradicacioviolenciasmasclistes.igualtat@gencat.cat



-Equipo EMMA. 667 300 655 | equipemma@vhebron.net

-Observatorio Noctámbul@s: Línea de teléfono y whatsapp gratuita de atención y asesoramiento jurídico contra las violencias sexuales de forma anónima y confidencial, Teléfono 608 871 237, todos los días en horario 9-13h y de 16-20h




Correo electrónico: noctambulas@fsyc.org

-Servicio de información por WhatsApp 601 00 11 22 gestionado por MMEE.

 -Buzón mossos atención víctimas del cuerpo de MMEE
mossos.atenciovictimes@gencat.cat

-Grupo de Atención a la Víctima (GAV) en todas las Comisarías de MMEE: Formado por agentes especializados que ofrecen información, asesoramiento y seguimiento en el ámbito de las violencias machistas, domésticas y delitos de odio y discriminación.

-Oficina de atención a la Víctima del Departament de Justícia (OAVD): Servicio gratuito que ofrece atención, soporte y orientación a las víctimas y personas afectadas.

 Teléfono gratuito 900 12 18 84 (dll-dv de 8 a 22h)

Correo electrónico: victimabarcelona.dj@gencat.cat

 Correo electrónico: infovictimesdelicte.justicia@gencat.cat

-Barnahus. Unidad integrada de atención a niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales.

Correos electrónicos:

 girona.barnahus@gencat.cat

 tarragona.barnahus@gencat.cat

 lleida.barnahus@gencat.cat

 barcelona.barnahus@gencat.cat

Con el fin de garantizar que el servicio se presta las 24 horas todos los días del año, tiene el apoyo de la Unidad de Detección y Prevención del Maltrato Infantil (UDEPMI) a través del teléfono Infancia Responde: 116111.

 <https://drets-socials.gencat.cat/ca/ambits-tematics/infancia-i-adolescencia/proteccio-a-la-infancia-i-adolescencia/barnahus/>

