



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Grado

**ACTUACIÓN ANTE LA
VIOLENCIA SEXUAL DESDE UN
ENFOQUE DE ENFERMERÍA:
REVISIÓN DE ALCANCE.**

ANDREA PINTO PLAZA

Tutora: MÓNICA GARCÍA GARCÍA

Cotutora: ÁNGELA HERNÁNDEZ RUIZ

RESUMEN

Introducción: La violencia sexual es una de las muchas manifestaciones de la violencia de género, siendo una de las más extendidas e invisibles, ya que afecta a 1 de cada 3 mujeres en el mundo. Para mitigar las consecuencias y prestar un trato adecuado es necesario establecer unas pautas de actuación y asesoramiento entre el personal sanitario.

Objetivo: El principal objetivo de este trabajo radica en el desarrollo de la formación del personal de enfermería ante un episodio de violencia sexual frente a una mujer.

Metodología: Para conseguir el objetivo propuesto, se llevó a cabo una revisión de alcance (*Scoping review*) a través de la base de datos MEDLINE (PubMed) y de diferentes búsquedas manuales hasta el 27 de enero de 2021. Así mismo fueron establecidos diferentes criterios de elegibilidad para focalizar más el tema.

Resultados: Concluida la búsqueda sistemática, tras leer el título, el resumen y posteriormente el texto completo se seleccionaron un total de 25 documentos mediante los criterios de elegibilidad, entre los cuales se encontraron 22 artículos y 3 guías de actuación. La información extraída fue clasificada en apartados: tipos de violencia sexual, actuación, consecuencias y medidas de prevención. También se incluyó una descripción de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Conclusión: Es necesaria la formación del personal de enfermería en violencia sexual para poder atender adecuadamente a las víctimas, para prevenir su posible revictimización y para evitar las consecuencias que pudiera haber tras una agresión.

Palabras clave: “Violencia sexual”, “Agresión sexual”, “Enfermería”, “Cuidados de enfermería”, “Urgencia”.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence (SV) is one of the many manifestations of gender violence (GBV), being one of the most widespread and invisible, since it affects 1 in 3 women in the world. To mitigate the consequences and provide adequate treatment it is necessary to establish guidelines for action and advice among sanitary personnel

Objective: The main objective of this work consists on the development of the training of the nursing staff facing an episode of SV against a woman.

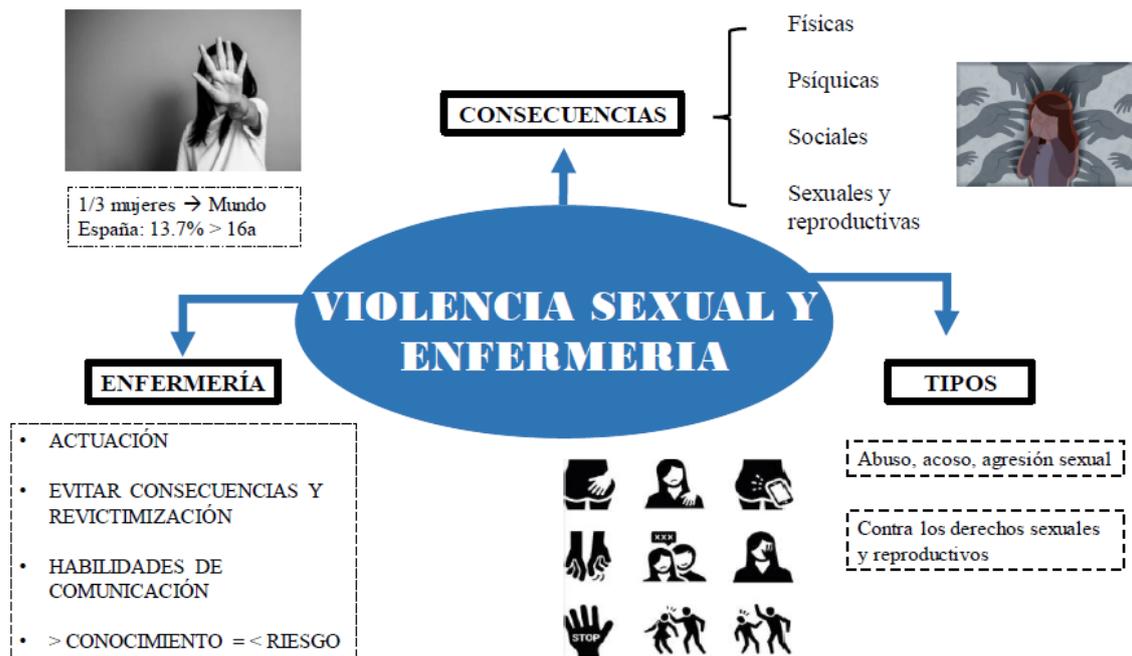
Methodology: To achieve the proposed objective, a scoping review was carried out through the MEDLINE database (PubMed) and different manual searches until January 27, 2021. Likewise, different criteria of inclusion and exclusion were established to focus more on the issue

Outcomes: Once the systematic search was concluded, after reading the title, the abstract and later the full text, a total of 25 documents were selected using the eligibility criteria, among which there are 3 guidelines and 22 articles. The information extracted is classified into different sections: types of SV, action, consequences and prevention measures, in addition to a specific point on Marjory Gordon's functional patterns.

Conclusion: It is necessary to train the nursing staff in SV to be able to take an appropriate care of the victims, to prevent their possible re-victimization and to avoid the consequences that could occur after an assault.

Keywords: "Sexual violence", "Sexual assault", "Nursing", "Nursing care", "Urgency".

RESUMEN GRÁFICO:



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	DEFINICIONES.....	1
1.2	EPIDEMIOLOGÍA.....	2
1.3	PERSONAL SANITARIO.....	2
1.4	JUSTIFICACIÓN.....	3
2	OBJETIVOS.....	4
3	METODOLOGÍA.....	5
3.1	DISEÑO.....	5
3.2	FUENTES DE DATOS Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	6
3.3	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:.....	7
3.4	EXTRACCIÓN DE DATOS.....	8
4	RESULTADOS.....	9
4.1	TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SUS CAUSAS.....	13
4.2	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.....	14
4.2.1	Enfermera especialista.....	14
4.2.2	Actuación.....	16
4.2.3	Habilidades de comunicación.....	18
4.3	CONSECUENCIAS.....	18
4.4	PREVENCIÓN.....	20
4.5	PATRONES FUNCIONALES. MARJORY GORDON.....	22
5.	DISCUSIÓN.....	24
6.	CONCLUSIONES.....	27
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	28
8.	ANEXOS.....	31

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pregunta PICO. Elaboración propia.	5
Tabla 2. Ecuación de búsqueda realizada en PubMed. Elaboración propia.	7
Tabla 3: Características de los distintos documentos. Elaboración propia	11
Tabla 4: Factores que influyen en la VS. Elaboración propia	14
Tabla 5: Habilidades de comunicación para la relación terapéutica. Elaboración propia.	18
Tabla 6: Barreras existentes en la prevención de la VS. Elaboración propia.....	22
Tabla 7: Descripción de los patrones funcionales de marjory gordon. Elaboración propia.....	233

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. PRISMA 2020. Elaboración propia.....	10
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Directrices y herramientas clínicas.	31
Anexo 2. Checklist PRISMA 2020.....	32
Anexo 3. Checklist PRISMA 2020 abstract.	34
Anexo 4. PICO WORKSHEET.....	37

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AP: Atención primaria.

AS: Agresión sexual.

CP: Código penal.

EDT: Estudio descriptivo transversal.

EEUU: Estados Unidos.

FR: Factor de riesgo.

ITS: Infección de transmisión sexual.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SANE: Enfermera especialista agresiones sexuales. / Sexual Assault Nurse Examiner.

VG: Violencia de género.

VS: Violencia sexual.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual (VS) como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Comprendiendo situaciones como tocamientos, roces, agresiones, acoso sexual callejero, exhibicionismo o violaciones. La VS es una de las manifestaciones de la violencia de género (VG) más extendida e invisible afectando a todo el ciclo vital de la mujer, tanto en el espacio público como en el ámbito íntimo (1)(2).

La VG, llamada así porque gran parte de la violencia contra la mujer tiene su origen en las desigualdades de género que perpetúan en la actualidad, a su vez puede manifestarse de distintas formas: Violencia infligida por la pareja y otras formas de violencia familiar, VS, mutilación genital femenina, femicidio, tráfico de personas incluida la prostitución forzada y la explotación económica de niñas y mujeres y por último, la violencia contra la mujer en situaciones de emergencias humanitarias y conflictos (3).

En cuanto a la legislación española, el Código Penal (CP) tipifica, en su Título VIII, aquellos hechos ilícitos que van contra la libertad e indemnidad sexual de las personas.

- El art. 178 del CP define el delito de agresión sexual (AS) como “aquel que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación”.
- El art. 181 del CP define abuso sexual como “el acto que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, se atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona”(4).

Por tanto, la principal diferencia se encuentra en que en el caso de los abusos sexuales el abusador no emplea violencia o intimidación, pero tampoco cuenta con el consentimiento libre de la víctima, y en las agresiones sexuales, la violencia o la intimidación son los recursos principales del agresor.

1.2 Epidemiología

En un análisis realizado por la OMS publicado en 2017, con datos de más de 80 países, se observó que, una de cada tres mujeres había sufrido violencia física o sexual dentro o fuera de la pareja. Además, aun teniendo en cuenta que los datos de agresiones sexuales por personas distintas a la pareja son más escasos, hay un 7% de las mujeres en el mundo que refieren haber sufrido este tipo de violencia fuera de la pareja (5).

En la macroencuesta de 2019 elaborada por la Delegación de Gobierno para la VG se recoge un 13,7% de mujeres mayores de 16 años que refieren haber sufrido VS por cualquier persona (pareja de la víctima o no). Siendo más concretos, del total de mujeres, un 6,5% manifiesta haber sufrido este tipo de violencia fuera de la pareja (6,7).

Aun contando con datos y estadísticas, se cree que no toda la VS es denunciada, en España, en la macroencuesta ya mencionada, se recoge que únicamente el 8% de las mujeres que sufren una violación por parte de alguien que no es su pareja ni expareja, denuncian a su agresor. Esta falta de datos invisibiliza aún más el problema, ya que algunas razones por las que las puede que se notifique sea por vergüenza, indefensión y miedo (1,7,8).

1.3 Personal sanitario

Dos estudios realizados en 2008 y 2009 en España sobre las actitudes, opiniones y formación del personal sanitario acerca de la VG coinciden en la baja preparación para atender a este tipo de pacientes y, además, los trabajadores anuncian la necesidad de formación tanto teórica como de un protocolo práctico de actuación. Las conclusiones de estos artículos destacan hechos como no considerar la VG un problema de salud, gran parte no lo plantea como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas, y algunos afirmaban que era un problema de pareja o que la mujer era la culpable (9,10).

La OMS ha publicado nuevas directrices y herramientas clínicas (Anexo 1) para apoyar a las naciones y formar a los proveedores de atención de la salud para que ofrezcan una atención adecuada y orientada a la mujer. Esto incluye ofrecer una escucha comprensiva y una respuesta libre de prejuicios, reconocer las necesidades y las preocupaciones de la mujer y facilitarles el acceso a las redes sociales de apoyo. Es fundamental garantizar que

los profesionales sanitarios cuenten con una formación adecuada para prestar un apoyo eficaz y comprensivo (11).

A pesar de la gran cantidad de planes de actuación y medidas de prevención para acabar con esta situación, la realidad es que las cifras siguen manteniéndose e incluso elevándose. Este documento se centra en un tipo de VG en específico: la VS, siendo probablemente una de las situaciones más traumáticas que se puede vivir, dañando la salud de la paciente en todos los aspectos, tanto físico como psicológico y social. Para ello la formación del personal sanitario es fundamental y debe ser específica para así poder atender de la forma más delimitada e individual a cada víctima ante esta urgencia (8).

En concreto, este trabajo está enfocado a los profesionales de enfermería, los cuales deberán conocer las pautas para atender a una mujer víctima y deberán disponer de las herramientas para ofrecer un apoyo psicológico como primer contacto en urgencias. Además, deben adquirir los conocimientos básicos en VG como son las consecuencias que generan todos los tipos de VG y el trato que se debe prestar en todo el proceso.

1.4 Justificación

Vivir la experiencia de un caso de VS puede ser un acontecimiento traumático para la vida, y puede llegar a tener graves consecuencias, tanto físicas como psicológicas y sociales. Entre las físicas podría darse un embarazo no planeado, la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) y/o presentar una disfunción sexual. En lo referente a las consecuencias psicológicas es común que la víctima sufra síndrome de estrés postraumático, ansiedad y/o depresión, o incluso intentos autolíticos por los sentimientos de culpa (8).

La gravedad de las consecuencias unido a la elevada prevalencia de estas acciones ya mencionada, hace que sea necesario contar con un personal sanitario formado y con experiencia en este ámbito. Esta revisión pretende mostrar las habilidades y aptitudes que debe desarrollar el personal de enfermería, además de enseñar los pasos a seguir en el caso de tal urgencia. Siendo la enfermería una de las primeras tomas de contacto con la víctima es fundamental adquirir esta formación.

2 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Desarrollar la formación teórica y práctica del personal de enfermería en un episodio de VS frente a una mujer.

Objetivos específicos

- Fomentar el aprendizaje teórico-práctico sobre las diferentes formas de VS.
- Conocer las consecuencias que puede traer un acto de VS.
- Explicar las medidas de prevención, como la educación sexual, para intentar evitar la VS en futuras generaciones.

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño

El diseño de este Trabajo Fin de Grado es una revisión de alcance (*Scoping review*) enfocada a obtener información sobre la función y conocimiento de enfermería en el ámbito de la VS. La revisión de alcance proporciona una evaluación de la literatura de investigación que se encuentra disponible, identificando los vacíos de conocimientos que existen en ese tema para hacer así futuras investigaciones. Además, plantea como objetivo identificar su naturaleza y alcance, para proporcionar más información sobre el tema a tratar y poder realizar investigaciones futuras en este ámbito (12). Para ello se llevó a cabo una búsqueda sistemática en una base de datos y en diferentes búsquedas manuales.

Para determinar y valorar el cumplimiento de los objetivos planteados, se formula la siguiente pregunta PICO, que es plasmada en la siguiente tabla (13):

Tabla 1. Pregunta PICO. Elaboración propia.

P: PACIENTES	I: INTERVENCIÓN	C: COMPARACIÓN	O: OUTCOMES/ RESULTADOS
Paciente víctima de VS.	Estrategias de actuación por parte de enfermería.	Actuación sin ser individualizada y sin tener en cuenta las consecuencias.	Prestar una atención correcta y especializada, obteniendo un resultado satisfactorio.

VS: Violencia sexual

Esta estructura es útil para especificar los criterios de inclusión y exclusión que se utilizarán en la selección de artículos en lo que se basará esta revisión. En el anexo 2 se ha plasmado un resumen del apartado PICO.

Por último, cabe destacar que esta revisión se ha realizado cumpliendo las normas de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), tal y como se muestra en el anexo 3 y 4 (14). Además se ha contado con el gestor bibliográfico Mendeley (15) para referenciar los artículos y páginas de interés utilizados en la revisión.

3.2 Fuentes de datos y estrategia de búsqueda

La principal fuente de información ha sido la base de datos científica MEDLINE, vía PubMed consiguiendo en ella artículos científicos, posteriormente se completó esta búsqueda sistemática con otras fuentes de manera manual, en concreto Dialnet, ScienceDirect y SciELO. Además, se hicieron nuevas búsquedas manuales revisando tanto las referencias bibliográficas de los artículos ya seleccionados como revistas y webs oficiales consiguiendo así más documentos para completar la información. De la misma forma se obtuvieron protocolos y guías de interés publicadas por la Junta de Castilla y León, por el Ministerio de Sanidad o por la OMS. Por último, se consideró adecuado incluir información de capítulos de un libro sobre cuidados a mujeres víctimas de VG.

La búsqueda se llevó a cabo en enero de 2021, la primera búsqueda se realizó en la base de datos PubMed, siendo la última replicación el día 27/01/2021. Los términos MeSH (*Medical Subject Headings*) utilizados fueron *sex offenses* *rape* *sexual abuse* y *nursing care* y las palabras claves *nursing* *emergency* y *sexual assault*. Dichos términos fueron combinados con los operadores booleanos *AND* y *OR*. También fue realizada una búsqueda ampliada con los términos seleccionados, en la cual se utilizaron las opciones *All fields* y *Title/Abstract*, además de *MeSH terms*.

Posteriormente se utilizó el filtro *humans*, *female*, artículos cuyo idioma sea español o inglés y se añadió un filtro de fecha de publicación, escogiendo artículos desde el 2006. En la **Tabla 2** se observa la secuencia de búsqueda detallada. La ecuación de búsqueda seleccionada reproducida por última vez el 27 de enero de 2021 en PubMed fue la siguiente:

("sex offenses"[MeSH Terms] OR "rape"[MeSH Terms] OR "sexual abuse"[MeSH Terms] OR "sex offense"[Title/Abstract] OR "sexual abuse"[Title/Abstract] OR "rape"[Title/Abstract] OR "sexual assault"[Title/Abstract]) AND ("nursing care"[MeSH Terms] OR ("emergency nursing"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "emergency nursing"[All Fields]) OR "nursing"[Title/Abstract])

Tabla 2. Ecuación de búsqueda realizada en PubMed. Elaboración propia.

1	"sex offenses"[MeSH Terms] OR "rape"[MeSH Terms] OR "sexual abuse"[MeSH Terms] OR "sex offense"[Title/Abstract] OR "sexual abuse"[Title/Abstract] OR "rape"[Title/Abstract] OR "sexual assault"[Title/Abstract]	n=35.736
2	"nursing care"[MeSH Terms] OR ("emergency nursing"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "emergency nursing"[All Fields]) OR "nursing"[Title/Abstract]	n=376.092
3	#1 AND #2	n=917
4	#1 AND #2 <i>Filters: Humans, English, Spanish, Female, from 2006 – 2021</i>	n=290

En lo referente a la búsqueda alternativa a PubMed, las palabras claves utilizadas fueron: “nursing”, “sex offenses” y “sexual assault”, combinándolas con el operador booleano “AND”.

3.3 Criterios de elegibilidad

Se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los artículos y documentos más relevantes estrechamente relacionados con el objetivo de esta investigación.

Criterios de inclusión

- Las publicaciones deben tener relación con el ámbito de la VS, ya sea de sus tipos, como de su actuación, prevención o consecuencias.
- El idioma de los documentos debe ser inglés o español.
- El contenido debe estar disponible en texto completo.

Criterios de exclusión

- Documentos con una antigüedad superior a 15 años.
- Contenido no relacionado con el ámbito sanitario.

Los artículos encontrados fueron seleccionados según el título y posteriormente, según el resumen. A continuación, se hizo la lectura completa de los mismos seleccionando los adecuados según los objetivos planteados.

3.4 Extracción de datos

Una vez seleccionados los artículos válidos, se continuó con la extracción de información más relevante, para facilitar su análisis, se elaboró la **Tabla 3** con las siguientes categorías: apellido del primer autor, año de publicación y país, la población de estudio o la población a la que va dirigida el documento, el diseño, el objetivo y los principales resultados del estudio.

4 RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la búsqueda sistemática en las diferentes fuentes de datos ya nombradas fueron 391, de los cuales 290 se obtuvieron de la base de datos MEDLINE vía PubMed, y 86 de otras fuentes de investigación mediante búsqueda manual, en concreto 45 de Dialnet, 27 de ScienceDirect y 14 de SciELO. Por último, se obtuvieron 12 artículos de nuevo mediante búsquedas manuales en Google, en revistas científicas y páginas de interés. Se consideraron también importantes de mencionar 3 protocolos y guías de interés de la Junta de CyL, el Ministerio de Sanidad y de la OMS, siendo por tanto 101 documentos obtenidos por búsqueda manual.

Al aplicar los criterios de inclusión y de exclusión y tras leer el título, se descartaron 231 documentos. Una vez leído el resumen se obtuvieron 57 artículos, y por último tras haber leído el texto entero, se descartaron 32 documentos por no estar relacionados con el tema, es decir, por no ajustarse a los objetivos planteados, por no estar centrado en el ámbito sanitario o por la imposibilidad de conseguir el texto completo. Por último, se añadieron tres artículos de interés al revisar las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados. Recopilando finalmente 25 documentos relevantes para la revisión.

El resultado se muestra en el siguiente diagrama de flujos, desarrollando la estrategia de búsqueda mencionada. (**Figura 1**)

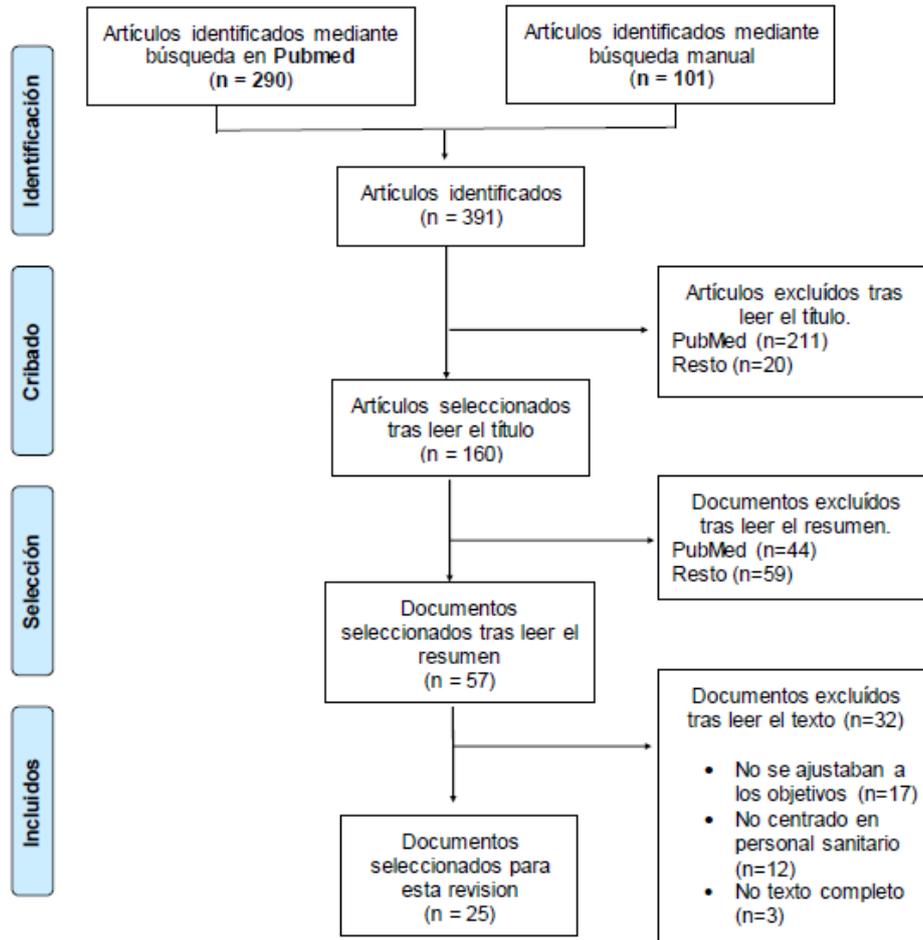


Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. PRISMA 2020. Elaboración propia.

Tras el cribado y la exclusión de documentos, finalmente se obtuvieron 11 artículos de la base de datos PubMed y 14 mediante búsqueda manual. Por tanto, se decidió recopilar los resultados en base a los apartados estudiados: los diferentes tipos de VS y sus causas, actuación de enfermería diferenciando en él la labor de la enfermera especialista, la actuación específica en esta situación y las habilidades de comunicación de la enfermera, seguidamente serán mostradas las consecuencias tras una AS, a continuación se podrán ver las medidas de prevención para evitar el acto y por último, un apartado específico de los patrones funcionales de Marjory Gordon. A continuación, se ha recogido en la **Tabla 3** las características de los diferentes documentos seleccionados.

Tabla 3: Características de los distintos documentos. Elaboración propia

AUTORES, AÑO Y PAÍS	DISEÑO	POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
Chandramani A, <i>et al</i> EEUU. 2020 (16).	EDT.	Enfermeros/as no especialistas y médicos/as de urgencias. 55% mujeres y 33% > 36 años.	Identificar las lagunas sobre la actuación en AS y reforzar el desconocimiento.	Tras la lección teórica por especialistas se observa un mayor conocimiento y comodidad para actuar con estas pacientes.
Carney AY. EEUU. 2018 (17).	Revisión de la literatura.	Estudiantes universitarios. Dirigido a enfermeras de los campus universitarios.	Conocer la AS como problema de salud pública.	Las enfermeras deben estar preparadas para trabajar con víctimas de AS en los campus universitarios. El alcohol es un FR.
Delgadillo DC. EEUU. 2017 (18).	Revisión de la literatura.	Mujeres víctimas de AS en urgencias.	Aprender la forma de actuar en el departamento de urgencias ante AS.	Se describen los pasos a seguir en caso de no disponer una enfermeras especialista.
Strunk JL. EEUU 2017 (19).	EDT.	297 estudiantes de enfermería.	Observar el conocimiento, las actitudes y las creencias sobre AS en los estudiantes.	Se observa una escasez de información que se traduce en atención deficiente a las pacientes.
Hawley DA, Hawley Barker AC. EEUU 2012 (20).	Estudio cualitativo.	Mujeres víctimas de VG.	Enfatizar la atención proporcionada por una enfermera a una víctima de VG.	Las habilidades de comunicación y buen tratamiento facilitan la consulta con la víctima.
Amar AF. EEUU 2008 (21).	Estudio cualitativo.	Estudiantes de enfermería.	Aumentar el conocimiento sobre VS mediante una estrategia educativa.	Los relatos personales permiten a los estudiantes comprender la situación de la víctima construyendo el aprendizaje de forma teórica.
Ferguson C. EEUU 2006 (22).	Revisión de la literatura.	Enfermeras especialistas y no especialistas.	Aprender la actuación ante la VS.	Técnicas como el azul de toluidina y/ la colposcopia son utilizadas para evaluar las lesiones genitales.
Campbell R <i>et al</i> . EEUU 2008 (23).	EDT.	52 mujeres víctimas de AS.	Medir la practica asistencial de las enfermeras especialistas.	Se obtuvieron puntuaciones del 100% en lo relativo a la comunicación y atención.
Reis MJ, <i>et al</i> . Brasil 2010 (24).	EDT.	146 mujeres víctimas de VS.	Observar la atención de enfermería brindada en caso de VS.	Entre el 71 y 84 % de mujeres confirmaron haber recibido asesoramiento sobre el protocolo de enfermería; anticoncepción y prevención de embarazado e ITS.
Campbell R <i>et al</i> . EEUU 2011 (25).	Estudio cualitativo.	6 enfermeras especialistas. Todas caucásicas y media de 46 años.	Examinar el trabajo de las especialistas y la colaboración con la policía.	El cuidado del paciente es el enfoque principal de las enfermeras, dejando en 2º plano la relación con la policía.
Nielson MH <i>et al</i> . EEUU 2015 (26).	EDT.	394 enfermeras, de las cuales 89 son especialistas.	Observar las diferencias entre especialistas y no especialistas.	La falta de enfermera especialista significa cuidados inadecuados en numerosos ámbitos.
Coll-Vinent B <i>et al</i> . España. 2008 (9).	EDT.	287 profesionales; 50.5% personal médico y 49.5% de enfermería. La media de edad fue 40,8 años.	Conocer la actitud y opinión del personal sanitario sobre la VG y su actuación.	La formación del personal se considera muy baja y se manifiesta la necesidad de mejorar la información sobre la identificación y el tratamiento adecuado.
Alonso Lupiáñez J España 2017 (27).	Revisión de la literatura.	13 artículos sobre mujeres víctimas de VS.	Descubrir las actividades de enfermería en mujeres víctimas de VS.	Explicación de los tipos de VS, de los trastornos sexuales y de las consecuencias más frecuentes.

Pérez García C, Manzano Felipe MA. España 2014 (28).	Revisión de la literatura.	-	Dar a conocer el abordaje enfermero en VG.	La formación del personal y la gestión de recursos son las claves para la adecuada actuación de enfermería.
Grau Cano J <i>et al.</i> España 2011 (29).	EDT.	712 pacientes de AS. 95.5% mujeres con edad mediana de 25 años.	Conocer los factores relacionados con la AS.	Los FR identificados son agresiones previas y presencia de alcohol o drogas.
Becerril Amero P <i>et al.</i> México 2012 (30).	EDT.	140 alumnos. El 75% tiene 12 años.	Descubrir el conocimiento sobre la educación sexual en la escuela.	El 63% consideró insuficiente la educación sexual que se recibe, lo cual favorece la sexualidad precoz y sus riesgos.
Gómez Fernández M <i>et al.</i> España 2015 (31).	Revisión de la literatura.	38 artículos.	Observar la labor de la matrona en la detección de VG.	La detección de VG debe ser incorporada en la atención prenatal para evitar peores consecuencias.
Arredondo-Provecho AB <i>et al.</i> España 2008 (10).	EDT.	139 participantes (enfermeros, médicos, auxiliares, estudiantes de enfermería). Edad media: 35,8 años.	Descubrir la opinión de los sanitarios acerca de la VG.	Los problemas organizativos son la presión asistencial, la falta de formación e información y la falta de un protocolo de actuación.
Hegarty K <i>et al.</i> Australia 2016 (32).	Revisión de revisiones.	Mujeres con VG y VS.	Identificar la VG y sus consecuencias.	El personal médico de AP debe identificar y tratar la VG y VS.
Lucas Lago AM <i>et al.</i> España 2014 (33).	Revisión de la literatura.	-	Establecer la educación sexual como medida de prevención en jóvenes.	Es importante la función de enfermería en la educación sexual para prevenir ITS y embarazos no deseados.
Vrees RA EEUU 2017 (34).	Revisión de la literatura.	Mujeres víctimas AS.	Conocer la evaluación, el tratamiento y las consecuencias de mujeres víctimas de AS.	Es tan importante el tratamiento médico como el apoyo psicológico. El 80% de las agresiones sexuales denunciadas ocurren en víctimas menores de los 25 años.
Long DC EEUU 2014 (35).	Editorial.	Dirigido a enfermería.	Saber las estrategias que se pueden utilizar en caso de VS.	La necesidad de utilizar un enfoque de salud pública en la VS.
Alonso CF <i>et al.</i> España 2020 (8).	Guía clínica.	Dirigido a profesional sanitario.	Observar la actuación integral frente a AS.	Es importante una atención detallada tanto en el momento como después mediante un seguimiento.
WHO 2014 (36).	Manual clínico.	Dirigido a prestadores de servicios de salud.	Cómo realizar los cuidados a víctimas de VS.	Destaca la necesidad de prestar apoyo en lo físico, emocional y psicológico.
Rodríguez RML, Moya SP. España 2012 (37).	Protocolo.	Dirigido a sanitarios.	Conocer la actuación sanitaria ante la VG.	Se debe establecer una pauta de actuación para la detección precoz, la valoración, actuación y seguimiento.

AP: Atención primaria. AS: Agresión sexual. EDT: Estudio descriptivo transversal. EEUU: Estados Unidos FR: Factor de riesgo. ITS: infección de transmisión sexual. VG: Violencia de género. VS: Violencia sexual.

Una vez concluida la búsqueda con el análisis de todos los documentos, se obtuvieron los resultados en base a los siguientes epígrafes:

4.1 Tipos de violencia sexual y sus causas.

Tal y como indican diversos autores, la VS ocurre cuando la mujer es impuesta en contra de su voluntad a un comportamiento sexual por medio de chantaje, amenazas o la fuerza. Este acto puede llevarse a cabo por su pareja o por un desconocido (27,28).

Hawley, DA *et al.* (20) lo describieron como un acto multidimensional, en el que es incluido el contacto sexual ofensivo o acciones que obliguen a la víctima a participar en cualquier acto de contenido sexual. Delgadillo, DC (18) por su parte añade que estos actos se realizan siempre sin el consentimiento de la víctima.

A su vez, hay distintas manifestaciones de VS que deben ser explicadas en profundidad. La VS sin contacto corporal es descrita en revisiones como la de Alonso Lupiáñez, J (27) o la de Pérez García, C (28), en ellas los autores la describen con acciones como exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, insultos sexistas y gestos o palabras obscenas, entre otros. Seguidamente, estos mismos autores (27,28) describen la VS con contacto corporal incluyendo actos como tocamientos, imponer prácticas sexuales no deseadas, obligar a adoptar posturas consideradas por la víctima degradantes y la violación. Hawley, DA (20) comenta nuevamente esta definición incluyendo VS como el acto contra alguien que, por razón de enfermedad, discapacidad, incapacidad u otras razones, no puede tomar una decisión consciente o informada. En última clasificación general, la revisión de Alonso Lupiáñez, J (27) nombra la violencia contra los derechos sexuales o reproductivos de la mujer la cual es descrita como cualquier actuación que restrinja a las mujeres el derecho a su salud sexual y reproductiva, muestra como ejemplos los abortos selectivos y las esterilizaciones forzadas.

En el protocolo común para la actuación ante la VG (37) se profundiza en más definiciones; el abuso sexual es reflejado como un atentado contra la libertad sexual, pero sin violencia ni intimidación, pudiendo obtener el consentimiento por encontrarse en una situación de coerción. Sin embargo, el acoso sexual es producido por comportamientos no deseados por la mujer, ya sea de forma verbal, no verbal o física de índole sexual, y cuyo objetivo es producir el efecto de atentar contra su dignidad o crear un entorno intimidatorio, humillante, ofensivo o molesto (37). Por último, Ferguson, C (22) define

la AS como el acto que implica contacto sexual de una persona sin su consentimiento, colocando a la víctima bajo amenaza física, bajo abuso de autoridad o bajo la fuerza.

Una vez comentados los tipos de VS, es conveniente nombrar las causas y factores de riesgo (FR) de la VS que son recogidos en distintos documentos. Es decir, las razones por las que suceden estos actos y las circunstancias que aumentan la probabilidad de sufrir VS. Para ello, se ha realizado una tabla descriptiva nombrando los factores que recogen los autores.

Tabla 4: Factores que influyen en la VS. Elaboración propia

FR DE SUFRIR VS (35).	FR DE SER AGRESOR (35).	FACTORES RELACIONADOS CON LAS AS (29).
Ser mujer joven. Ser homosexual, bisexual o transexual. Tener discapacidad física o mental. Ser una persona sin hogar. Ser inmigrante. Estar encarcelado.	Género masculino > 98%. Desempleo. Desorganización social. Hogar insalubre con exposición al abuso y/o a la violencia. Impulsividad. Tener relaciones con personas sexualmente agresivas o con delincuentes.	Ser víctima de AS previa. Alcohol o drogas.

AS: Agresión sexual. FR: Factor de riesgo. VS: Violencia sexual

El FR más repetido por diversos autores en sus artículos es el abuso de alcohol y otras drogas, ya que provoca una situación vulnerable para las víctimas y es un desencadenante para los agresores a la hora de actuar (17,29,34,35).

4.2 Actuación de enfermería

4.2.1 Enfermera especialista

Chandramani, A *et al.* (16) explicaron la existencia en Estados Unidos (EEUU), de las enfermeras examinadoras de agresiones sexuales, las SANE (*Sexual Assault Nurse Examiner*), las cuales están capacitadas específicamente en las medidas de actuación en caso de AS, en la realización de exámenes forenses y en brindar una atención compasiva. Campbell, R *et al.* en su estudio (23) completaron la labor de esta especialista anunciando que es la encargada de atender las necesidades psicológicas, médicas, forenses y legales, y en la revisión de Carney, AY (17) se añade que este tipo de enfermera ofrece la

seguridad y la privacidad necesaria para la víctima, además de su seguimiento posterior.

Las investigaciones mostradas en el estudio de Vrees, RA (34) demuestran que las SANE se encuentran más capacitadas para reunir las pruebas necesarias de forma más eficaz que las no especialistas, por su parte, Long, DC (35) define su actividad como de mayor calidad y Nielson, MH (26) afirma que estas enfermeras no solo mejoran los resultados de los pacientes, sino que también es beneficiosa para los servicios de urgencias y sus trabajadores, ya que la inexperiencia de las no especialistas en este ámbito puede traducirse como tiempos de espera en el resto de urgencias y en el agotamiento del personal sanitario. A su vez, en el estudio de Chandramani, A *et al.* (16) se muestra cómo los pacientes se sienten mejor cuidados y humanizados con este tipo de enfermeras.

Sin embargo, esta figura no está presente en todos los países ni en todos los centros sanitarios y su ausencia puede provocar peores resultados en la víctima, pudiendo causar su revictimización, provocando frustración, malos resultados y poca satisfacción en los pacientes (16,26). Campbell, R *et al.* en otro estudio (25) definieron el concepto de “revictimización” como la acción de crear una situación que hace que la víctima vuelva a revivir el suceso de forma traumática, sintiéndose culpable y sin sentirse comprendida.

El estudio de Chandramani, A *et al.* (16) muestra cómo profesionales no especialistas se encuentran cómodos y seguros impartiendo necesidades básicas relacionadas con las víctimas de VS, por ejemplo, con la información relevante sobre las ITS o sobre las medidas de anticoncepción, pero sin embargo, solo un porcentaje del 20% se sentía competente al realizar un examen forense completo, solo un 33% conocía el procedimiento legal correspondiente y apenas la mitad de la muestra se mostraba capaz de evitar la revictimización a través de su forma de hablar y de actuar.

Numerosos autores, como se muestra en la **Tabla 3**, sugieren la necesidad de desarrollar programas de formación, incluyendo la adquisición de los conocimientos básicos sobre la VS, sobre cómo realizar las pruebas necesarias, las implicaciones legales y un entrenamiento sobre las habilidades de comunicación para llevar a cabo una adecuada entrevista con el paciente, evitando la culpabilización de la víctima (16,20,35). Strunk, JL (19) añade la necesidad de incluir en el plan de estudios el tratamiento de las lesiones y yendo más lejos, Gómez Fernández, M (31) refleja la importancia de conocer el ciclo de la VG, ya que la VS puede verse incluido en él.

4.2.2 Actuación

Es común que, ante un caso de VS el personal sanitario, y en concreto el personal de enfermería, no sepa cómo actuar, por ese motivo la OMS ha recomendado cubrir cuatro aspectos básicos:

- Necesidades inmediatas de salud física, tales como la respiración, circulación y hemodinámica (18).
- Necesidades de salud emocional y psicológica.
- Necesidades continuas con respecto a la seguridad.
- Necesidades continuas de salud mental y de apoyo (36).

Además de lo anterior, se añade la necesidad de mejorar la formación teórica de los sanitarios y desarrollar políticas sociales y de salud eficaces para disminuir la VS y mejorar los resultados (Anexo 1) (35).

Hay numerosos protocolos y guías de actuación de la OMS, del ministerio de sanidad y específico de cada comunidad autónoma, explicando los pasos a seguir en caso de recibir en urgencias a una víctima de VS, además en los diferentes artículos se ha encontrado información relativa a las medidas de actuación en EEUU que complementarán los pasos descritos por dichos documentos.

A. Anamnesis completa con entrevista y examen físico de lesiones.

En la medida de lo posible, la evaluación ginecológica y forense debe ser realizada en un único acto ya que se deben minimizar los posibles impactos psíquicos tras la AS, a su vez se debe evitar repetir la anamnesis y pruebas que ya hayan sido realizadas, por el mismo motivo (8,36). Ferguson, C (22) incluye la posibilidad de ofrecer acompañamiento a la víctima en todo momento y Delgadillo, DC (18) recoge la posibilidad de contar con mujeres como personal sanitario por si se sintiera más cómoda. De esta forma, se recogerán las pruebas forenses, las médico-legales y las muestras sanitarias (8,36).

Antes y durante el proceso se deben explicar las actuaciones que se van a llevar a cabo y los pasos que seguirá el personal sanitario, intentando así mantener a la víctima calmada (34). Long, DC (35) mostró la importancia de realizar la consulta en una ubicación privada, para la comodidad y seguridad de la paciente, y por su parte, Hawley, DA *et al.* (20) refleja cómo una correcta técnica al empezar la entrevista sería reconocer que las

agresiones son comunes en la sociedad, creando así un ambiente más confiable. Se necesita información sobre el asalto, sobre los actos realizados antes y después, y posteriormente se menciona la necesidad de recoger datos sobre la historia clínica de la paciente, y la importancia de realizar preguntas básicas y concretas ya que la víctima puede estar en un estado emocionalmente alterado (8,22,36).

La exploración y toma de muestras consiste en una exploración general de las lesiones, una exploración ginecológica, y en la toma de muestras legales, así como muestras vaginales/anales/bucuales para el cribado de ITS, recogida de muestras sanguíneas y pruebas de tóxicos en orina (8,36).

B. Tratamiento e interconsultas

Tras la valoración integral se realizará el tratamiento específico de las lesiones físicas, el tratamiento de la posible intoxicación y las interconsultas necesarias con psiquiatría para la valoración psicológica, con medicina interna para el tratamiento profiláctico para VIH y en caso de riesgo social, se contactará con el/la trabajadora social (8,34,36).

C. Establecer un plan de intervención preventivo.

Se deberá llevar a cabo la prevención de diversos acontecimientos, como son la prevención del embarazo y de las ITS.

La prevención de embarazo se realizará mediante la administración de métodos de anticoncepción de urgencia, dependiendo de las horas que hayan transcurrido tras el suceso, del mismo modo, para la prevención de ITS se llevará a cabo la profilaxis necesaria para sífilis, gonorrea, clamidia, VIH y tricomonas (8,36).

D. Explicar las actuaciones legales necesarias.

En el estudio de Campbell, R *et al.* (25) se reflejó el cuidado de la paciente como el enfoque principal de las enfermeras y Vrees, RA (34) manifestó que la enfermera debe garantizar la atención adecuada a la paciente y garantizar su privacidad, pero, refleja que la decisión de denunciar radica en la paciente. Por tanto, el personal de enfermería puede rechazar la presión policial en caso de que la víctima no quisiera denunciar (25).

Es necesario explicar la obligatoriedad legal de realizar el parte judicial ante la confirmación o la sospecha de un delito sexual del tipo que sea. Este proceso lo realizará cualquier sanitario que atienda a la víctima y especialmente al alta hospitalaria (8,36).

4.2.3 Habilidades de comunicación

La intervención temprana en pacientes que hayan sufrido un episodio de VS es importante porque la mayoría no buscan seguimiento posterior, por lo que las necesidades físicas y psicológicas inmediatas deben ser la principal preocupación (23).

Para llevar a cabo una atención adecuada a estos pacientes, numerosos artículos describen habilidades de comunicación y expresión recogidas en la siguiente tabla.

Tabla 5: Habilidades de comunicación para la relación terapéutica. Elaboración propia.

Relación de confianza (17,23).	Presentarse, nombrar al paciente, hablar durante el examen, mantener el contacto visual o un tono suave al hablar son acciones que transmiten confianza.
Comportamiento no verbal (20).	Cruzar los brazos y/o las piernas puede sugerir posturas cerradas o desinteresadas y proporcionar una idea equivocada al paciente.
Privacidad (20).	Crear un ambiente seguro, confidencial y cómodo. Se debe tener precaución con las preguntas y afirmaciones que se hacen.
Lenguaje adecuado. (17,18).	Se debe utilizar un vocabulario comprensible, evitando el lenguaje crítico y áspero. Es común presentar variedad de emociones, por ello se debe ofrecer apoyo. La comunicación respetuosa es la clave para una entrevista exitosa.
Atención personalizada. (20,24,25).	Es recomendable tratar el asunto con seriedad. Se deben disminuir los sentimientos negativos, las sensaciones de culpa y verbalizar las fortalezas. La empatía, la escucha activa sin interrupciones y sin juzgar las respuestas mostrando paciencia, amabilidad, respeto e interés son hechos importantes en cualquier actuación sanitaria.
Comprensión (23).	Se debe permitir a los pacientes rechazar los hechos que puedan resultarles traumáticos o brindar la posibilidad de realizar descansos. Así mismo se deben explicar los pasos, la duración del examen y responder a todas las preguntas.

Por último, no se debe olvidar hacer un seguimiento posterior de la víctima para garantizar la adecuada recuperación en todos los aspectos, para ello se realizará un seguimiento de ITS, seguimiento forense y seguimiento social y psicológico. El personal sanitario debe proporcionar un informe de alta de forma verbal y escrita que aborde las instrucciones de medicación, el seguimiento de las citas y la información legal necesaria (18).

4.3 Consecuencias

Cuando nos encontramos ante un episodio de VS, se debe tener en cuenta que las posibles consecuencias son numerosas y diferentes entre sí. Ante una AS, lo primero que son valoradas son las consecuencias físicas, es decir las lesiones físicas directas tales como hematomas, desgarros, abrasiones o incluso fracturas (10). Alonso Lupiáñez, J recoge a las laceraciones seguidas de las contusiones y de las abrasiones como las lesiones más

frecuentes tras un episodio de VS. Estas lesiones pueden ser observadas mediante técnicas de visualización avanzada como el colposcopio o el uso de tinte de toluidina (27) y Ferguson, C en su estudio (22) amplía esta información explicando lo beneficioso que son dichas técnicas ya que aumentan la capacidad para evaluar las lesiones genitales.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la mujer es el ámbito sexual y reproductivo, el cual se puede ver alterado, con consecuencias como embarazos no deseados, abortos espontáneos o de riesgo, y/o problemas relacionados con el embarazo (10,32). También es común padecer tras una AS sangrados vaginales irregulares, periodos menstruales dolorosos o síntomas del síndrome premenstrual (16), además de infecciones del tracto urinario o ITS (10,32). Alonso Lupiáñez, J (27) expuso en su revisión la gonorrea, clamidia y tricomoniasis como las enfermedades más comunes contraídas tras una AS, y esta autora también recogió una probabilidad del 50% en mujeres de padecer la enfermedad inflamatoria pélvica. Al hablar de consecuencias a largo plazo, nos encontramos con la incapacidad de la víctima para tolerar un examen pélvico o un control del embarazo y en consecuencia muchas no acuden a las visitas rutinarias ginecológicas, con los problemas que eso podría tener (27,34,35). A nivel de pareja, se manifestó la disfunción sexual y/o la dispareunia, pudiendo convertirse en desinterés, aversión o miedo por las relaciones sexuales (10,27).

En cuanto al ámbito psíquico, puede darse depresión, brote psicótico, miedo, trastornos del sueño, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, conducta suicida, problemas de autoestima, sentimientos de duelo, trastornos alimentarios, abuso de alcohol y/u otras drogas y el más común, el síndrome de estrés postraumático (10,32). A su vez el estudio de Vrees, RA (34) diferenció entre consecuencias inmediatas como la histeria, la disociación, y la amnesia, y consecuencias a largo plazo incluyendo depresión, ansiedad, y estrés postraumático, anotando este último como el problema a largo plazo más notable, pudiendo suceder meses o años después de la agresión (32,34).

Mencionando nuevamente a Vrees, RA (34), en su revisión expuso la definición del síndrome de trauma por violación, el cual es un trastorno manifestado por reacciones conductuales, somáticas y psicológicas que podría llegar a durar semanas o meses. En la fase aguda de este síndrome hay una falta de organización en la vida del paciente en donde el miedo y la culpa son estados prominentes, además podría darse alteraciones del dolor, de la alimentación, del estado de ánimo o del sueño. Posteriormente se daría una fase

crónica, durante la cual la víctima podría experimentar fobias, pesadillas, flashbacks y/o alteraciones ginecológicas permanentes como la disfunción sexual (34).

A nivel social, las víctimas agredidas por un conocido se culpan a sí mismas y es común que no verbalicen el suceso por el temor al juicio de los demás y por el miedo a no ser creídas, por sentir presión, humillación o vergüenza, además pueden experimentar pensamientos constantes de peligro y pueden temer ser victimizadas en el futuro, pudiendo aislarse de la sociedad (17). Se enumera que cerca de dos tercios de las mujeres no denuncian y las razones son los pensamientos de tratarse de un asunto personal, otras no consideraron que fuera un asunto para informar, y muchas no lo hacen por el miedo o por las represalias que pudiera causar al agresor (34).

Estas consecuencias están presentes en mayor o menor medida, y en ocasiones podrían darse de forma permanente. Además hay una relación dosis-respuesta, es decir, a mayor duración e intensidad de la violencia, mayor sería la gravedad de los síntomas (10).

El estudio realizado en 2015 por Nielson, MH *et al.* (26) afirmó que es común que en el servicio de urgencias se abordaran las necesidades físicas de una AS dejando sin cumplir las necesidades psicológicas. Diversos artículos (19,34) anotaron la inexperiencia del personal como el posible causante de la revictimización de pacientes, haciéndolas sentir culpables. Ante esta situación, en documentos se muestra la importancia de generar confianza, con una atención digna, respetuosa y familiar, ya que son personas cuya autoestima se ve lesionada y necesitan apoyo emocional (21,24). Por último, Reis, MJ (24) aclara la importancia de no descuidar el apoyo psicológico, ya que en ocasiones los profesionales sienten más preocupación por seguir correctamente el protocolo que por la humanización de las pacientes.

4.4 Prevención

Al hablar de prevención, nos referimos a la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo, en este contexto, son medidas que deberían llevarse a cabo para evitar que ocurriera la VS, y de forma más general, la VG.

En el estudio de Becerril Amero *et al.* (30) realizado a adolescentes se mostró la falta de información en cuestiones como los cambios físicos, psicológicos y sociales, los riesgos de un embarazo, el uso de anticonceptivos, la prevención de las ITS y en general la ignorancia en la educación sexual, por ello se afirmó la importancia de una

buena educación sexual, para identificar y prevenir las posibles conductas de riesgo. Por su parte, el estudio de Amar, AF (21) reflejó la actuación y reacción de estudiantes de enfermería ante los relatos y declaraciones reales de víctimas de VS, estas historias hacen comprender los sentimientos del otro y practicar el concepto de empatía.

Los factores que pueden proteger de convertirse en un agresor son, entre otros, vivir en familia, tener nivel educativo y educar a los hombres y mujeres por igual, dotando de conocimientos, de conciencia y de las habilidades de autodefensa para evitar la violencia. El plan de estudios en este artículo se centró en mejorar la educación de los estudiantes en las relaciones afectivas, en cuestiones como los estereotipos (25,35).

Añadiendo a lo anterior, es común que los mitos que existen en la sociedad culpen a la víctima por ser agredida y por ello se obstaculice el reconocimiento público (21). Además, como menciona Pérez García, C (28) el FR para la violencia contra las mujeres es el hecho de ser mujer, ya que un rasgo de una sociedad patriarcal como es el sometimiento de las mujeres se convierte en un instrumento de control social. Sin embargo, este mismo autor defiende que estas creencias machistas disminuyen cuando se adquiere la formación necesaria específica. Luces Lago, AM *et al.* (33) muestra el pensamiento de “rol de sumisión femenina” que existe en la sociedad y la afirmación de que no se está abordando adecuadamente la sexualidad en los jóvenes ya que los datos sobre ITS, abortos y agresiones no desciende.

El personal sanitario es habitualmente el primer contacto al que la mujer acude y por ello se debe tener una buena preparación para combatir, tanto en VG como en VS (10). Las habilidades de enfermería de salud pública son relevantes en la prevención y promoción de la salud, a su vez los centros educativos deben tener programas de conciencia, prevención y reducción de riesgos para tratar y visibilizar estos temas (17). Además, autores como Luces Lago AM *et al.* (33), Carney, AY (17) y Alonso Lupiáñez, J (27) muestran la realidad de que la educación no solo debe centrarse en la consulta sino en todos los ámbitos de la enfermería. En concreto, Carney, AY (17) destacó la labor de enfermería en la prevención primaria y la promoción de la salud como función principal para la prevención de AS.

Adicionalmente, el estudio de Becerril Amero, P (30) menciona la necesidad de reforzar la información sobre la educación sexual, la identificación y prevención de

conductas de riesgo como pueden ser los embarazos de riesgo, las ITS y desmentir los mitos en el ámbito sexual. Este autor asegura que poseer esta información retrasa el inicio de la actividad sexual y reduce las conductas de riesgo. Por último, Vrees, RA (34) menciona la ausencia de programas de prevención de AS, sin embargo, considera que sería adecuado.

Según la OMS, las funciones mínimas que deben desarrollarse son preguntar a las mujeres sobre la existencia de VG como tarea de prevención, ya que la VS puede derivar de un acto puntual con alguien desconocido o de una relación de pareja (31). Es preciso identificar las barreras que dificultan la atención a las mujeres para una prevención en la asistencia sanitaria. Estas barreras pueden surgir de la víctima o del personal sanitario y con frecuencia ninguno es consciente de ello (38). Hay diversos autores que muestran los diferentes obstáculos que existen para prevenir esta situación, las cuales se han plasmadas en la siguiente tabla.

Tabla 6: Barreras existentes en la prevención de la VS. Elaboración propia.

BARRERA	EXPLICACION
Desconocimiento (10,26).	La inexperiencia y la falta de información sobre el tema es una barrera importante junto con la angustia producida en el personal.
Miedo (16,34).	El temor a no realizar correctamente la labor y producir la revictimización.
Creencias personales (20).	La VS puede ser considerada como un tema confidencial y privado y, por tanto, tratarlo puede ser ofensivo o molesto para la víctima o su familia
Fuera del ámbito sanitario (9,10,34).	Autores no consideran la VS un tema sanitario sino algo privado, social o judicial. También influye el temor a verse involucrados en asuntos judiciales.
Falta de tiempo y de privacidad (16,34).	No disponer del tiempo suficiente y/o de áreas privadas para la consulta puede provocar un maltrato o la revictimización.
La no visión del maltrato (16,26,38).	En un estudio se afirma que la mayoría de hombres consideraron que la VS ocupaba más tiempo que el resto de urgencias. Otro documento recoge que las trabajadoras presentan una actitud más favorable que los hombres en el trato a estas pacientes. Hay una correlación entre el género y la estigmatización de la sexualidad.

VS: Violencia sexual

4.5 Patrones funcionales. Marjory Gordon.

Existe la necesidad de utilizar un lenguaje estandarizado para los cuidados de enfermería. La valoración de enfermería a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon es una práctica necesaria para entender las necesidades alteradas del paciente. Todos estos patrones se ven incrementados en el caso de una víctima de VG y que además haya sufrido un episodio de VS. A continuación, se explica en una tabla la alteración de cada uno de ellos en un caso de VS para así realizar una adecuada valoración.

Tabla 7: Descripción de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Elaboración propia.

Patrón 1. Percepción de salud-Manejo de la salud (20,38).	Este patrón describe la relación del cuidado y manejo de la salud de la víctima, la relevancia que tiene su salud en la situación actual y la futura planificación. Tras una AS la víctima puede presentar ansiedad, estrés postraumático, y/o depresión, con consecuencias como el abuso de consumo de alcohol y otras drogas, descuidando el manejo propio de su salud.
Patrón 2. Nutricional-metabólico (10,35).	Los desajustes alimentarios como obesidad, anorexia, bulimia, colon irritable son habituales tras una AS. También puede haber alteraciones de la piel dándose casos de heridas superficiales, fracturas o traumatismos.
Patrón 3. Eliminación (18,27,35).	Puede haber sintomatología gastrointestinal como vómitos o síndrome de colon irritable. Es común que ocurran infecciones urinarias, incluso con hematuria, retención urinaria y síntomas del síndrome premenstrual.
Patrón 4. Actividad-ejercicio (18).	La mujer puede sentirse agotada físicamente, con tensión y fatiga permanente. Suele presentar dolor agudo o crónico a largo plazo, pudiendo afectar a su vida diaria.
Patrón 5. Sueño-descanso (21,22,34).	El estrés postraumático puede influir al mantener y conciliar el sueño, pudiendo provocar insomnio, pesadillas y flashbacks recordando la situación. Además, el miedo y la inseguridad puede mantener al cuerpo en alerta continua, dificultando el descanso reparador.
Patrón 6. Cognitivo-Perceptivo (27,38).	Las víctimas pueden presentar dificultades en la concentración, pérdida de memoria e incapacidad para comprender y evaluar su situación debido a la sobrecarga emocional.
Patrón 7. Auto percepción-autoconcepto (17).	El autoconcepto es un aspecto que se ve dañado en un caso de AS, afectando a la víctima con cuadros de baja autoestima. Es común que la víctima muestre sentimientos de culpa, de vergüenza, de inseguridad o que no quiera contar lo sucedido por temor a ser juzgada.
Patrón 8. Rol relaciones (38).	Es importante valorar el entorno social y a que será determinante en la salud posterior de las mujeres. Disponer de un círculo social que muestre el apoyo y la comprensión necesaria es lo recomendable para garantizar la recuperación psicológica de la víctima.
Patrón 9. Sexualidad y reproducción (22,27).	Estas mujeres pueden presentar dispareunia, vaginismo, anorgasmia, disfunción sexual y dolor pélvico, pudiendo afectar a las relaciones sexuales y sentimentales posteriores de la víctima.
Patrón 10. Afrontamiento tolerancia (10,38).	Puede aparecer depresión o aumenta su vulnerabilidad, llegando a plantearse el suicidio por el sentimiento de culpa y malestar psicológico. La situación posterior de la mujer puede desembocar en síndrome de estrés postraumático, con el recuerdo o sueños permanentes del episodio traumático sufrido.
Patrón 11. Valores-creencias (38).	Existe la creencia extendida entre las mujeres que la violencia es un asunto privado de familia y que por eso es algo normal, además el hombre es concebido en la sociedad como violento y agresivo de modo que su impulsividad se ve justificada

AS: Agresión sexual

5. DISCUSIÓN

La figura de la SANE, la enfermera especialista en agresiones sexuales existente en EEUU, es la encargada de atender a las mujeres que han sufrido VS, abarcando las labores médicas, psicológicas, forenses y legales (23). Esta enfermera es necesaria debido al elevado porcentaje de mujeres que sufren VS a lo largo de su vida (18,34). Sin embargo, la existencia de esta especialista crea desigualdades, ya que no todos los países ni todos los centros sanitarios disponen de ella (16,26).

A lo largo del trabajo se han recogido los diferentes tipos de VS y han sido descritas definiciones relacionadas. Cada tipo puede afectar de distinta forma a cada mujer provocándolas consecuencias desde físicas o sexuales hasta sociales o psicológicas. Es por ello que numerosos autores (16,20,35) reclaman la formación en este ámbito de forma teórica y práctica, además de disponer de las habilidades de comunicación correspondientes para poder actuar frente a estas urgencias. Esta adquisición de conocimientos es necesaria para evitar la revictimización.

Adicionalmente, se ha considerado necesaria la creación de planes de prevención desde el sistema sanitario y entidades superiores para evitar lo antes posible las situaciones y las perspectivas que puedan desencadenar situaciones machistas y que por tanto desemboque en VS. Para ello se cree necesario crear un entorno legal que se comprometa a eliminar todas las formas de VG promoviendo la igualdad de género. Serían adecuadas acciones como poner fin a la discriminación de las víctimas promoviendo y protegiendo su salud sexual y reproductiva. La educación sexual también es considerada una herramienta apropiada para prevenir las situaciones de riesgo (35,39).

Long, DC (35) en su documento refleja la importancia de que las enfermeras adquieran, investiguen y se formen en estos conceptos. El personal de enfermería está capacitado para realizar técnicas de prevención tales como proporcionar información a los pacientes de los FR y los factores protectores, identificar de forma temprana a las mujeres que sufren violencia o adquirir charlas sobre temas sexuales para tratar el asunto directamente con los pacientes. Con estas técnicas se consigue crear una relación terapéutica con la suficiente confianza que debe haber entre el paciente y el profesional sanitario.

A pesar de que el alcohol se encuentra como el FR más habitual en una AS, el hecho de ser mujer es actualmente el principal FR. Este hecho no es sorprendente ya que vivimos

en una sociedad patriarcal y la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar el dominio necesario en dicha sociedad (28). Las normas tradicionales y sociales a favor de la superioridad masculina son algunos de los factores relacionados con la predisposición de sufrir VS, un ejemplo de este hecho sería la creencia de considerar las relaciones sexuales como un derecho (1). El personal sanitario podría contribuir a desmitificar las creencias del rol de sumisión del sexo femenino en las relaciones sexuales (33).

Hay gran cantidad de estudios centrados en la VG, sin embargo, apenas se dispone de bibliografía sobre la VS, motivo por el que esta revisión se considera novedosa. Dado que las cifras sobre víctimas de VS siguen sin descender en la actualidad, tener a disposición una revisión basada en este tema hace que pueda convertirse en un documento de interés entre los profesionales de la sanidad. Además, la opinión de algunos sanitarios en este ámbito es muy variada y en ocasiones diversas actitudes del personal pueden provocar el efecto de revictimización en las mujeres pudiendo desembocar en peores consecuencias en la víctima. Por tanto, esta revisión puede considerarse útil como forma de reflexión para así desencadenar un cambio de actitud y mejorar la salud de las víctimas.

En cuanto a las **limitaciones** de la revisión, se han encontrado dificultades para encontrar referencias españolas y en especial, referencias centradas en la labor enfermera específica en este ámbito. Con la figura de las SANE, en EEUU hay numerosos artículos centrados en la actuación de las víctimas en urgencias y su seguimiento posterior. Sin embargo, en España hay protocolos y guías de actuación, pero tal y como refleja Rodríguez *et al*, citado por Alonso Lupiáñez *et al* (5), se observa una ausencia de artículos españoles centrados en las intervenciones enfermeras frente a la VS. Dado que la mayoría de referencias se basaban en la VG en la medida de lo posible se han realizado adaptaciones de la información de estos artículos, ya que la VS puede ser producida tanto en relación de pareja con VG o en hechos puntuales fuera de la pareja.

Únicamente se ha utilizado una base de datos, MEDLINE (vía PubMed), sin embargo, se decidió así ya que se consideró la más adecuada y precisa con las mayores referencias científicas en este campo de estudio. Además, se realizó una ecuación de búsqueda avanzada con la utilización de términos MesH, palabras claves y distintos filtros, haciéndola así más concreta.

La principal limitación de este tipo de revisión es que únicamente se basa en las

publicaciones existentes disponibles y no en una evaluación formal de la calidad por lo que no se ha evaluado un posible riesgo sesgo (13).

Entre las **fortalezas**, cabe destacar que se han utilizado las referencias más precisas sobre la VS basadas en los criterios de elegibilidad establecidos previamente. Además, la información adquirida en la búsqueda ha sido la adecuada para poder desarrollar el documento de forma satisfactoria en base a los objetivos.

Ya que el número de artículos obtenidos mediante la búsqueda principal (PubMed) fue relativamente reducido una vez que se utilizaron los criterios de inclusión, fue conveniente consultar otras plataformas para obtener la información adecuada y poder completar todos los objetivos planteados.

Para este trabajo se ha realizado una revisión de alcance (*scoping review*), diseño de estudio que fue elegido debido a que es un tipo de revisión en la que se evalúa el material que se encuentra disponible. Esto se decidió así ya que es un tema de actualidad y por tanto son necesarias investigaciones de forma continua para recopilar la información más actualizada posible sobre ello. Este tipo de revisión pretende identificar las lagunas de conocimiento sobre un tema en concreto para así poder realizar futuras investigaciones de ello, con referencias más actualizadas (13,40).

Como **futuras líneas de investigación**, se plantea la necesidad de realizar más estudios sobre este problema específicamente en España, ya que como se ha mencionado se carece de investigaciones en este campo. También sería de gran utilidad tener más estudios sobre la formación específica en VG y/o VS que tienen los profesionales sanitarios, tanto los que tratan a estos pacientes en los servicios de urgencias como el resto de sanitarios. Por último, realizar un programa de educación para la salud en relación a la VS podría ser adecuado para aprender la información más relevante en relación al tema.

Bajo nuestro conocimiento, esta es la primera revisión realizada con un diseño de revisión de alcance el cual puede ser de gran utilidad para conocer las investigaciones que existen sobre los diferentes tipos de VS, así como la importancia de una correcta actuación frente a estas mujeres. También se han reflejado las consecuencias que pueden suceder y la prevención que sería precisa realizar para poder evitar estas circunstancias. Por último, en lo referente a la práctica asistencial, se ha reflejado un resumen de las habilidades y actitudes más favorables, que pueden ser de utilidad para el personal de enfermería.

6. CONCLUSIONES

- La formación del personal de enfermería en cuestiones relacionadas con la VS es necesaria para poder atender a las mujeres víctimas de VS.
- La enfermera especialista proporciona una atención más especializada y centrada en las víctimas de VS, creando una relación terapéutica de confianza necesaria para llevar a cabo los pasos a seguir en estos casos.
- La inexperiencia y falta de formación en este ámbito puede provocar frustración y agotamiento en el personal sanitario y, por otra parte, sentimientos de revictimización y malos resultados en la víctima.
- Se han descrito diferentes tipos de VS entre los que destacan agresión, abuso o acoso sexual. Ser mujer y el abuso del alcohol son las causas más comunes de estos hechos.
- Dado que las consecuencias para la víctima son muy amplias y en varios ámbitos (físico, psicológico, sexual y social), la intervención inmediata es necesaria para poder evitar las consecuencias a largo plazo y también para evitar la posible revictimización de la paciente.
- Reforzando las medidas de prevención mediante la educación sexual, se podría conseguir un aumento del conocimiento sobre las conductas de riesgo y así evitar que se realicen.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gasman N, Villa Torres L, Moreno C, Billings DL. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Violencia sexual. Informe Nacional sobre Violencia y Salud* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 27]. ;167–204. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1
2. Mundo M del. La violencia sexual es también violencia de género | Médicos del Mundo [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/la-violencia-sexual-es-tambien-violencia-de-genero>
3. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Panorama General*. [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 27];1–7. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98788/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?jsessionid=35BF64D50E46C78B2DBB166B4483DB01?sequence=1
4. Framis AG-S, Ramírez MP, Sanz LV, Guillén CSJ, Castro DR, Álvarez JLG, et al. Informe Delincuencia Sexual 2. [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 27]. Available from: http://www.interior.gob.es/documents/642317/1203227/Agresores_sexuales_con_victima_desconocida_126180061_web.pdf/0891f2f4-29a5-4a89-b4e2-668cf02f7538
5. World Health Organization. *Violencia contra la mujer* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. Cereceda Fernández-Ortuña J, Rodríguez Díaz M, López Ossorio JJ, Sánchez Jiménez F, Herrera Sánchez D, Martínez Moreno F, et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España 2018. [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 27];74. Available from: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf>
7. Resumen ejecutivo de la Macroencuesta de la Violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Resumen_Ejecutivo_Macroencuesta2019.pdf
8. Alonso CF, Sánchez LS, Alonso CF. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 27]. Available from <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/proceso-atencion-integrada-agresiones-sexuales.ficheros/1548909-PROCESO%20AGRESIONES%20SEXUALES%20CASTILLA%20Y%20LE%C3%93N%20DEF.pdf>
9. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. 2008 [cited 2021 Jan 27];22(1):7–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13115103>
10. Arredondo-Provecho AB, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*. [Internet]. 2008 [cited 2021 Jan 27];18(4):175–82. DOI: 10.1016/S1130-8621(08)72192-2
11. World Health Organization. *Violencia contra la mujer* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/violence-against-women>
12. Sutton, A. Clowes, M. Preston, L. Booth A. Review Article Meeting the review family : exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Information & Libraries Journal*. [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 20];(September). DOI: 10.1111/hir.12276
13. Sammani SS, Vaska M, Ahmed S, Turin TC. Review typology: The basic types of reviews for synthesizing evidence for the purpose of knowledge translation. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan (JCPS)*. [Internet]. 2017 [Cited 2021 Apr 1];27(10):635–41.

14. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1];(xxx):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.03.001M.J>.
15. L. G& C. Mendeley software. 2008.
16. Chandramani A, Dussault N, Parameswaran R, Rodriguez J, Novack J, Ahn J, et al. A Needs Assessment and Educational Intervention Addressing the Care of Sexual Assault Patients in the Emergency Department. *Journal of Forensic Nursing*. [Internet]. 2020 [Cited 2021 Mar 10];16(2):73–82. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000290
17. Carney AY. Public health nursing and the issue of trust in campus sexual assault. *Public Health Nursing*. [Internet]. 2018 [Cited 2021 Mar 10];35(4):327–36. DOI: 10.1111/phn.12400
18. Delgadillo DC. When There is No Sexual Assault Nurse Examiner: Emergency Nursing Care for Female Adult Sexual Assault Patients. *Journal of Emergency Nursing*. [Internet]. 2017 [Cited 2021 Mar 10];43(4):308–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2016.11.006>
19. Strunk JL. Knowledge, attitudes, and beliefs of prenursing and nursing students about sexual assault. *Journal of Forensic Nursing*. [Internet]. 2017 [Cited 2021 Mar 10];13(2):69–76. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000152
20. Hawley DA, Hawley Barker AC. Survivors of intimate partner violence: Implications for nursing care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. [Internet]. 2012 [Cited 2021 Mar 10];24(1):27–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2011.12.003>
21. Amar AF. Violence education in nursing: critical reflection on victims' stories. *Journal of Forensic Nursing*. [Internet]. 2008 [Cited 2021 Mar 10];4(1):12–8. doi: 10.1111/j.1939-3938.2008.00002.x
22. Ferguson C. Providing Quality Care to the Sexual Assault Survivor: Education and Training for Medical Professionals. *Journal of Midwifery & Women's Health*. [Internet]. 2006 [cited 2021 Mar 10];51(6):486–92. doi:10.1016/j.jmwh.2006.08.009
23. Campbell R, Patterson D, Adams AE, Diegel R, Coats S. A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *Journal Forensic of Nursing*. [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 10];4(1):19–28. doi: 10.1111/j.1939-3938.2008.00003.
24. Reis MJ, de Moraes Lopes MHB, Higa R, Bedone AJ. Nursing care of women who suffered sexual violence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2010 [cited 2021 Mar 10];18(4):740–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400012>
25. Campbell R, Greeson M, Patterson D. Defining the boundaries: How sexual assault nurse examiners (SANEs) balance patient care and law enforcement collaboration. *Journal Forensic of Nursing*. [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 10];7(1):17–26. doi: 10.1111/j.1939-3938.2010.01091.
26. Nielson MH, Strong L, Stewart JG. Does sexual assault nurse examiner (SANE) training affect attitudes of emergency department nurses toward sexual assault survivors? *Journal Forensic of Nursing*. [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 10];11(3):137–43. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000081
27. Alonso Lupiañez J. Atención enfermera a la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. *MUSAS*. [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];2(2):102–34. DOI: 10.1344/musas2017.vol2.num2.6
28. Pérez García C, Manzano Felipe M. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de los Cuidados*. [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 10];18(40):107–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.14>
29. Grau Cano J, Santiñà Vila M, Ríos Guillermo J, Céspedes Lacia F, Martínez Galilea B. Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 10];25(2):166–9. doi:10.1016/j.gaceta.2010.12.008

30. Becerril Amero, Patricia. Cruz Bello, Patricia. Maldonado Gonzalez, Victoria. Romero Chávez N. Intervenciones de enfermería en programas de sexualidad. [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 10];55–66. Available from http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA.pdf
31. Gómez Fernández M, Goberna Tricas J, Payà Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas profesión*. [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 10];16(4):124–30. Available from <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/145324/1/656930.pdf>
32. Hegarty K, Tarzia L, Hooker L, Taft A. Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care. *International Review of Psychiatry*. [Internet] 2016 [cited 2021 Mar 10];28(5):519–32. Available from <http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2016.1210103>
33. Luces Lago, A.M. Tizon Bouza, E. Porto Esteiro, M. Fernández Minguez C. LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL PLURAL DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA: ROMPIENDO ESTEREOTIPOS. *Revista Ene de Enfermería* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/419/educacionsexual>
34. Vrees RA. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. *OBSTETRICAL & GYNECOLOGICAL SURVEY*. [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];33(12):792–3. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000390
35. Long DC. Addressing Sexual Violence Through Preventive Nursing Practice. *Nursing for Women's Health*. [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 10];18(6):476–84. DOI: 10.1111/1751-486X.12160
36. World Health Organization. Manual clínico: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 10]; 104. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>
37. Rodríguez RML, Moya SP. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 10]; 120. Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
38. Martínez Ortega RM. Atención y cuidados profesionales a mujeres víctimas de Violencia de Género. 2019 [cited 2021 Mar 10]
39. World Health Organization. Global Plan of Action. [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 27];:482. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>
40. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. [Internet]. 2009 [cited 2021 Apr 27]. 26(2):91–108 DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.

8. ANEXOS

ANEXO 1: DIRECTRICES Y HERRAMIENTAS CLÍNICAS

Estas herramientas publicadas por la OMS tienen como objetivo apoyar a todas las naciones y establecer medidas para así ofrecer una atención a la mujer víctima de cualquier tipo de VG.

Lo principal es crear un entorno legal y político comprometiéndose a abordar y eliminar todas las formas de VG y promover así la igualdad de género. Para ello es necesario poner fin a todas las prácticas nocivas y a la discriminación de las víctimas, promoviendo y protegiendo su salud sexual y reproductiva.

Por esto, se aboga ante los ministerios de sanidad la necesidad de asignar el presupuesto y establecer los recursos para la prevención y la respuesta multisectorial (incluyendo atención médica, policía, justicia, servicios sociales...) incluyéndolos en la cobertura sanitaria universal. Se requiere también que los trabajadores y proveedores de salud tengan una respuesta acorde. Llevando a cabo las directrices, protocolos y procedimientos para la identificación, atención clínica y apoyo de estas mujeres.

En lo referente a la atención médica, se debe asegurar que los servicios de salud sean sensibles, accesibles y asequibles para todos, y especialmente para aquellos que enfrentan múltiples formas de discriminación. Además, es necesario brindar a todas las mujeres el apoyo de primera línea, la atención de posibles lesiones físicas, sexuales o mentales, los servicios para la atención posterior a la violación incluyendo la anticoncepción de emergencia, la prestación de servicios de aborto seguro de acuerdo con las leyes nacionales, la profilaxis de ITS y VIH y la vacunación contra la hepatitis B.

Por último, se establecen medidas de prevención y la prestación de información sobre estadísticas de víctimas de todos los tipos de VG de todas las edades y a su vez promueven la monitorización del progreso de salud de la mujer de manera confidencial (39).

ANEXO 2: PICO WORKSHEET (13)

1. Define tu pregunta usando PICO

P: Paciente/Problema → Paciente víctima de VS.

I: Intervención → Estrategias de actuación por parte de enfermería.

C: Comparación → Actuación sin ser individualizada y sin tener en cuenta las consecuencias.

O: Outcome/Resultados → Prestar una atención correcta y especializada, obteniendo un resultado satisfactorio.

2. **Tipo de escenario:** Terapia/Prevención.

3. **Tipo de estudio:** Revisión de alcance (*Scoping review*).

4. **Enumere los términos principales y los sinónimos de su PICO que se pueden usar para la búsqueda:**

- “Sex offenses”
- “Rape”
- “Sexual abuse”
- “Nursing”
- “Sexual assault”
- “Nursing care”
- “Emergency”

5. **Enumere los criterios de inclusión:**

- El contenido debe estar disponible en texto completo.
- Las publicaciones deben tener relación con el ámbito de la VS.
- El idioma debe ser bien inglés o español.
- Filtro: Humanos, mujeres, publicaciones desde el 2006.

6. Enumere las fuentes de datos

- MEDLINE vía PubMed.
- SciELO.
- Dialnet.
- ScienceDirect.
- Búsquedas manuales.
- Referencias de publicaciones.

ANEXO 3: CHECKLIST PRISMA 2020 (14)

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	5
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	37
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	3
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	4
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	7
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	6
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	6,7
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	-
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	9
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	9
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	-
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	-
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	-

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item#5)).	-
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	-
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	-
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	-
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	-
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	-
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	-
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	-
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	9
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	10
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	11,12
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	-
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	11,12
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	13-23
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	13-23
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	-
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	-

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	-
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	-
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	24,25
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	-
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	25,26
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	26
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	-
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	-
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	-
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	-
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	-
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	9

ANEXO 4: CHECKLIST PRISMA 2020 ABSTRACT (14)

Section and Topic	Item #	Checklist item
TITLE		
Title	1	Identify the report as a systematic review.
Background		
Objectives	2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.
METHODS		
Eligibility criteria	3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.
Information sources	4	Specify the information sources (e.g databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.
Risk of bias	5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.
Synthesis of results	6	Specify the methods used to present and synthesise results.
RESULTS		
Included studies	7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.
Synthesis of results.	8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e which group is favoured)
DISCUSSION		
Limitations of evidence	9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g, study risk of bias, inconsistency and imprecision).
Interpretation	10	Provide a general interpretation of the results and important implications.
OTHER		
Funding	11	Specify the primary source of funding for the review.
Registration	12	Provide the register name and registration number.