

# ATENCIÓN SANITARIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

## AUTORÍA

Fajardo Hervás, Beatriz\*  
Parrado Soto, María Beatriz\*\*  
Oneto Fernández, María del Pilar\*\*  
\*Matrona del Hospital San Agustín (Linares)  
Oneto Fernández, María del Pilar\*\*

## RESUMEN

### Introducción

Actualmente la incidencia de las agresiones sexuales está en aumento y las urgencias son el primer contacto de estas víctimas, necesitando detectar y proporcionar los instrumentos adecuados de ayuda y tratamiento. Solo desde una intervención multisectorial podemos establecer unas pautas de actuación que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres que sufren violencia sexual, tanto en la prevención y la detección, como en la actuación ante la agresión establecida.

### Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos de Cuiden, PubMed, Cochrane Library, Medline, en guías de práctica clínica, OMS y la SEGO.

### Resultados

La actuación sanitaria más integral, actual y específica frente a una agresión sexual hacia la mujer que acude a un servicio de urgencias se puede sistematizar en las siguientes fases: Recepción y acogida de la víctima, actuación clínica, emisión de parte lesiones, actuaciones al alta y seguimiento posterior.

### Discusión/Conclusiones

Para abordar la violencia sexual se requiere un enfoque de salud pública, la cooperación de los sectores de salud, educación, bienestar social y de justicia penal, poniendo énfasis en la prevención, y haciendo que las víctimas tengan acceso a los servicios y apoyo apropiados.

Es necesario establecer los cauces necesarios que motiven y mejoren la actitud de los profesionales sanitarios frente a la agresión sexual, estableciendo pautas de actuación normalizadas e integradas que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres que sufren la violencia sexual.

Palabras claves: violencia sexual, agresiones sexuales, cuidados, servicio de urgencias y violencia de género.

## ABSTRACT

### Introduction

Currently the incidence of sexual assaults is increasing and emergencies are the first contact of these victims, needing detect and provide appropriate support and treatment instruments. Only from a multisectorial intervention we can establish guidelines for action that enables a comprehensive health care of women who suffer sexual violence, both in the prevention and detection, as in actuation established before the aggression.

### Methodology

literature review in the databases Cuiden, PubMed, Cochrane Library, Medline, clinical practice guidelines, WHO and SEGO.

### Results

The most comprehensive, current and specifies against sexual assault against women who go to an emergency room can be systematized in the following phases health action: Reception and host of the victim, clinical performance, emissions from injuries, performances at discharge and subsequent monitoring.

### Discussion / Conclusions

To address sexual violence as a public health approach, cooperation in the sectors of health, education, social and criminal justice, welfare, emphasizing prevention, and doing that victims have access to appropriate services and support is required.

It is necessary to establish the necessary channels to motivate and improve the attitude of health professionals from sexual assault, establishing guidelines and integrated performance standard that enables a comprehensive health care of women who suffer sexual violence.

Keywords: sexual violence, sexual assault, care, emergency department and gender violence.

## INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas reconocieron en 1976 que la violencia que se ejerce sobre las mujeres es el atentado contra los derechos más frecuentes y menos conocido del mundo<sup>1</sup>.

Posteriormente en el 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), acordó que la violencia hacia las mujeres es una prioridad en salud pública en todo el mundo y en 2013 publicó un análisis en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica<sup>2</sup>, en el cual afirma que la violencia física o sexual afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial, y que el 35% de las mujeres experimentarán hechos de violencia ya sea en la más común. por ella en algún momento de sus vidas, siendo la violencia de

Actualmente la incidencia de las agresiones sexuales está en aumento y las principales víctimas suelen ser mujeres jóvenes, siendo una de las primeras causas de mortalidad. En Estados Unidos, el 14,8% de las mujeres mayores de 17 años refieren haber sido violadas alguna vez en su vida<sup>3</sup>, y se estima que la agrupación de violaciones y agresión sexual se presenta en un rango de 1,7 a 6,6 por mil mujeres y año<sup>4</sup>. Sólo el 15-25% se denuncian, el resto se ocultan, un 50-70% se realizan con planeamiento previo y el 30-40% se realizan bajo el efecto del alcohol<sup>5</sup>.

El servicio de urgencias suele ser el primer contacto de atención de las personas víctimas de agresiones sexuales<sup>6,7</sup>. Es muy importante detectar rápidamente estos casos y proporcionar los instrumentos adecuados para su ayuda y tratamiento<sup>8</sup>.

Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de ésta se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo, los dedos) por vía

vaginal o anal. Se trata, en resumen, de una relación sexual ilegal, sin consentimiento y por la fuerza, contra una persona<sup>9</sup>.

La OMS define violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”<sup>10</sup>.

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona<sup>9</sup>.

La violencia sexual provoca daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer, pudiendo limitar o impedir una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Aumenta el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y de embarazo no deseado, así como la utilización de los servicios sanitarios: urgencias, especialistas, enfermería, trabajo social, hospitalización, etc. Entre las variables que van a condicionar o agravar los efectos sobre su salud, destacar la naturaleza de la agresión, las características personales y del agresor, el entorno familiar y social, y la acogida y atención prestada por los servicios sanitarios a estas mujeres que sufren agresiones sexuales<sup>1</sup>.

Las víctimas necesitan de un protocolo de intervención homogéneo que evite omisiones y permita actuar con rapidez, y para ello se necesita un ambiente de comprensión, de confianza y seguridad, garantizando una asistencia integral (física, psíquica y social) y buscando el bienestar de la víctima como persona que necesita ayuda. Nos encontramos con dos vertientes<sup>10</sup>, la víctima como persona que necesita ayuda y requiere el correcto diagnóstico y tratamiento de lesiones, y la víctima como prueba, sobre la que hay que intervenir, estudiar, realizar reconocimientos etc., como práctica forense.

Para hacer frente a este reto social y sanitario es necesaria la implicación de distintos profesionales e instituciones; sólo desde una intervención multisectorial<sup>5</sup> se podrá dar una respuesta apropiada al problema: servicios sociales, servicios sanitarios, sistema judicial, las fuerzas de seguridad, las asociaciones comunitarias y los grupos de ayuda. Sólo una intervención multidisciplinaria, en la que los profesionales de las distintas instituciones trabajen de forma coordinada, hará posible llevar a cabo actividades más complejas, intersectoriales, y coordinadas para un afrontamiento efectivo.

## OBJETIVOS

El objetivo general de nuestro trabajo es orientar a los profesionales sanitarios, especialmente a las personas que trabajan en urgencias, a establecer unas pautas de actuación que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres que sufren violencia sexual, tanto en la prevención y la detección, como en la actuación ante la

agresión establecida, mediante la actualización del conocimiento, basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años.

Como objetivos específicos señalar:

- Sensibilizar a los profesionales acerca de la magnitud e impacto en salud de la violencia sexual de la mujer.
- Facilitar los instrumentos necesarios para adecuar la atención sanitaria a la demanda de la mujer en el momento de la agresión sexual
- Mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria.
- Sugerir algunas recomendaciones para progresar en la lucha contra la violencia sexual hacia la mujer.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en las bases de datos de Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Medline, en guías de práctica clínica, en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Como palabras claves o descriptores se han utilizado: 3 y en inglés “sexual violence”, “sexual assault”, “care”, “emergency department” y “gender-based violence” y las hemos combinado con los conectores booleanos AND y OR según conveniencia.

Como criterios de inclusión de los documentos recopilados, se han escogido aquellos artículos originales, libros o capítulos de libro publicados en el periodo de tiempo 2001-2016, que identifican y/o recomiendan los protocolos de atención sanitaria para abordar a las víctimas de agresiones sexuales, tanto en la prevención y la detección, como en las pautas y acciones a seguir en el sector sanitario de urgencias y el idioma con el que se ha llevado a cabo la búsqueda bibliográfica ha sido tanto el castellano como el inglés. Y se han excluido aquellas publicaciones con escasa o nula evidencia científica, con limitada relevancia científica y artículos de opinión.

Según los criterios expuestos y el objetivo de la revisión se han seleccionado metaanálisis, guías de práctica clínica, estudios descriptivos de corte transversal y ensayos clínicos. Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de estudio, y AGREE para la GPC.

## RESULTADOS

La mujer que ha sufrido una agresión sexual precisa de una atención y asistencia adecuada e integral, en un ambiente capaz de reservar su intimidad, se considera violación como una urgencia sanitaria de atención especializada e implicación legal, por lo que debe ser atendida en el servicio de urgencias de ginecología del hospital de referencia. En el caso de menores de 18 años se debe avisar siempre al Juzgado de Guardia, y en caso de menores de 14 años, la atención se hará en el servicio de urgencias pediátricas. Si ha ocurrido o no una agresión sexual es un problema legal y policial, no médico, hasta que no se demuestre conforme a la Ley<sup>9</sup>.

Queda ampliamente evidenciado en multitud de estudios previos<sup>11</sup> que la violencia doméstica y los malos tratos son una causa común de lesiones y enfermedades atendidas en los servicios de urgencias, que frecuentemente suelen pasar desapercibidas bajo la apariencia de accidentes fortuitos o caída, los sanitarios se muestran pasivos frente a este problema, actuando correctamente solo ante los casos confirmados, de ahí la importancia de la formación del personal de salud en todos los niveles para que puedan reconocer cuando las mujeres están en riesgo de violencia en la pareja y para que puedan saber cómo brindar una respuesta individualizada ante una agresión sexual.

Tras una amplia revisión sistemática, las principales actuaciones frente a agresiones sexuales de mujeres que acuden a urgencias son las siguientes,<sup>9,12,13,14</sup>:

- Recepción y acogida

La mujer será recibida por el personal de enfermería y se habilitará un espacio que garantice la seguridad de la mujer y su protección, un espacio acogedor e independiente para que pueda estar sola o acompañada de la persona que quiera. Esperar a que la mujer verbalice y narre los hechos, realizar una escucha activa sin emitir juicios con asentamientos verbales o gestos.

La actitud del personal sanitario en la que la mujer deposita su confianza ya sea médico, enfermero, trabajadora social, debe ser extremadamente respetuosa, las preguntas deben realizarse con mucho cuidado, utilizando un lenguaje adecuado.

Explicar a las mujeres las actuaciones que se le van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiendo su consentimiento para realizarlas.

Indicarle que no debe lavarse ni cambiarse de ropa antes de la exploración, ni beber ni orinar antes de recogerle las muestras.

Conocer si tiene intención o no de presentar una denuncia a la autoridad judicial:

**No quiere presentar una denuncia:**

Se le debe recomendar que denuncie, porque aunque no lo haga, hay que advertirle que los servicios sanitarios están obligados a la notificación de los hechos al juzgado de guardia o juzgado de Violencia de la mujer mediante el Parte de Lesiones. Dejar constancia en la historia clínica que no quiere denunciar. Se realizará:

Anamnesis y exploración genital detallada (inspección genital externa, espéculo, tacto bimanual), en busca de lesiones.

Ecografía ginecológica y test embarazo.

Valorar anticoncepción de emergencia

Rellenar con los datos obtenidos el informe de urgencias "Judicial", especificando que es una "sospecha de agresión sexual".

Rellenar el parte de lesiones. (se detalla más adelante)

Remitir a ginecólogo de área de modo preferente para descartar enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

**Si quiere presentar una denuncia:**

Avisar a policía nacional, guardia civil, policía local, notificando que existe un caso de agresión sexual y la mujer desea denunciar, para que se personen en el centro y la acompañen para formalizar la denuncia, una vez realizada la exploración.

Llamar directamente al Juzgado de Guardia, solicitando la presencia forense, para que acuda al hospital y realizar la toma de muestras de interés legal y la exploración ginecológica conjunta. Si no se encuentre en condiciones de contestar, se actuará como en el caso de que quiere denunciar. Se llevará a cabo las siguientes actuaciones que se detallan a continuación:

- Actuación clínica:

El médico/a actuara en presencia de una enfermera de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Explicará la utilidad de las actuaciones que se le van a realizar y permitirá a la mujer la toma de decisiones, asegurándose que comprende las explicaciones.

El periodo de tiempo que transcurre entre la agresión y el reconocimiento debe ser el mínimo posible, por riesgo de desaparición de pruebas. La evaluación ginecológica y médico forense debe realizarse en el mismo acto.

- Anamnesis

Transcripción de los hechos relatados por la víctima con el mayor detalle posible incluyendo: el tipo de agresión, utensilios utilizados, lugar, fecha y hora, así como una descripción del agresor, consumo asociado de alcohol y drogas.

Preguntar sobre actos realizados posteriormente como aseo o cambio de ropa y que pueden interferir con la obtención de pruebas.

Recoger información específicamente médica como: fecha de la última regla, antecedentes ginecológicos, métodos de anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, cirugía previa, último coito consensuado y otros antecedentes médicos y alergias.

En el caso de que tenga 13 a 18 años o menores de 13 años, la anamnesis se hará a solas, después de oír la versión de su padre, madre o tutores.

- Valoración del estado psicológico:

- Manifestaciones somáticas: sudoración, palidez, temblor, náuseas y vómitos, etc.

- Comportamiento verbal: tartamudez, mutismo, verbalización excesiva o bloqueo

- Alteraciones comportamentales: hiperactividad, pasividad, ansiedad, temor, rabia, culpabilidad, cambios de carácter, etc.

- Exploración física

El personal sanitario deberá prestar apoyo y acompañamiento durante el examen clínico, proporcionando un ambiente relajado e íntimo.

- Exploración general: estará presente el forense, el médico y el psiquiatra si se requiere.

Se debe realizar una descripción general de las lesiones superficiales genitales y no genitales, buscar la presencia de semen en cavidades corporales, boca, ropa, etc; bien por escrito o por esquema anatómico, pudiendo ser útil el uso de cámaras fotográficas si la mujer lo autoriza.

- 

- Exploración ginecológica: inspección vulvo-vaginal: detallar heridas, hematomas, contusiones. Tacto bimanual para determinar el tamaño, forma consistencia y movilidad uterina así como eventuales signos de embarazo, o la posible existencia de masas o dolor en zonas

anexiales, ano y periné. Ecografía: a realizar cuando se considere oportuno o necesario según criterio del ginecólogo.

- Exámenes de laboratorio:
  - Estudio cito- bacteriológico: Tomas de exudado vaginal y endocervix, anal, faríngeo para cultivo bacteriológico y detección vírica con hisopo seco para estudio de esperma, incluyendo un lavado con 5- 10 ml de suero fisiológico y se recogerá en un bote estéril para la recogida de posibles restos de esperma y con hisopo de algodón estéril para gonococos, clamidias, trichomonas, colocando las muestras en un tubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8°C).
  - Análisis de sangre: Grupo y Rh, serología luética, sífilis, VHB, VIH, Beta-HCG
  - Otras muestras: La recopilación las hará el forense y examinará las ropas para buscar pelos, fibras, semen, sangre, etc. Cepillado del vello pubiano y recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).
  - Los resultados de las muestras clínicas deben remitirse a su centro sanitario para controles de seguimiento posteriores, y las muestras judiciales, se enviarán al laboratorio de referencia del Ministerio de Justicia. Una vez finalizada la exploración, debe ofrecerse a la mujer la posibilidad de aseo.

▪ Tratamiento:

- Debe dirigirse preferentemente a la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS): clamidia, gonococia, sífilis y trichomonas con doxiciclina 100mg durante 7 días +penicilina procaína 2,5 mill + cerftriaxona 250 mg+ metronidazol 2gr, VIH: lavado profuso de la vagina con suero fisiológico y terapia preventiva de VIH antes de las 48 horas, VHB: administra gammaglobulina antiHB y vacuna de hepatitis B si no está vacunada.
- Profilaxis de embarazo, administrando la píldora postcoital antes de las 72 horas o insertando dispositivo intrauterino (DIU) dentro de los 5 días siguientes y mantener hasta 2-3 semanas postmenstruación. Si se diagnostica embarazo debe informarse a la paciente de todas las opciones disponibles, incluyendo la del aborto.
- El tratamiento de las lesiones con profilaxis antitetánica según calendario vacunal y tratamiento psicológico con consulta al psiquiatra o al psicólogo o administrando medicación (ansiolítico) si lo requiere.

▪ Criterios de hospitalización: Se ingresará a aquellas mujeres que presenten un importante daño físico genital o extragenital o grave deterioro psíquico.

- Emisión del Parte de Lesiones
- Después de realizar la actuación clínica, el facultativo realizará de forma obligatoria el Parte de lesiones que se remitirá al juzgado de guardia y consta de tres copias (una para el juzgado, otra para la historia clínica y otra para la mujer), y el forense realizará otro informe específico para el juzgado.
  - Consta de las siguientes partes: a. Describir las lesiones si las hubiera. b. Resaltar que la paciente no desea denunciar. c. Pronóstico: favorable / desfavorable. d. Firmar con letra clara y nº de colegiado.
  - Actuaciones e información al alta
  - Se indicará el Centro donde se realizará los controles de seguimiento y de la importancia de estos, para valorar las pruebas complementarias, la evolución y seguimiento de las lesiones y se le remitirá a la Unidad de Salud Mental si lo desea. A veces, es necesario contactar con la policía para acompañar a la mujer a poner la denuncia o a su domicilio, etc. Proporcionarle información sobre la red de recursos sociales y dispositivos sociales de atención a las mujeres que sufren violencias sexuales (servicio de atención a la mujer, equipo de atención a la mujer y al menor, etc.)
  - Seguimiento y controles posteriores
  - Control a los 10 días: Valorar la evolución de las lesiones físicas, los resultados de las pruebas realizadas en urgencias, repetir test embarazo y cultivo endocervical y valoración del estado psicológico.
  - Control 4-6 semanas: Repetir cultivos y serologías si fueron negativos en el último control (VIH, VHB sífilis), poner 2º dosis de VHB si HBsAg es negativo, y valoración psicológica.
  - Control a los 6 meses: Repetir serología VIH si fue negativa previamente, realizar citología para VPH, pedir marcadores de hepatitis B y poner 3º dosis de VHB si HBsAg es negativo.

Si algunas de las pruebas de seguimiento se positivizan, se debe comunicar a la mujer para que lo adjunte a la denuncia judicial.

Según la evidencia científica consultada, hay que establecer programas de detección y prevención de la violencia sexual continuando el trabajo iniciado con el personal sanitario, el personal docente, la policía y otros actores<sup>15</sup>, por ello, las principales medidas de prevención frente agresiones/abusos sexuales a las mujeres se pueden resumir en esta tabla<sup>9,16</sup> :

### Prevención primaria

- Asegurar legalmente la igualdad de sexo.
- Establecer claramente los criterios necesarios para el consentimiento en las relaciones sexuales.
- Definir claramente el abuso sexual.
- Combatir creencias culturales que promueven o toleran la violencia sexual.

### Prevención secundaria

- Señalar límites de conductas inadecuadas y cuándo se transgreden dichos límites.
- Programas de información sobre la violación.
- Precauciones para prevenir ataques sexuales.

### Prevención Terciaria

- Estructurar planes de atención en consultorios y hospitales.
- Proveer medios de atención y apoyo.
- Recolección de pruebas forenses.
- Servicio de información 24 h para la mujer.
- Coordinar esfuerzos multidisciplinarios para aminorar el traumatismo de la agresión, proporcionar sensación de seguridad, permitir la recuperación de la autoestima a la paciente agredida y posibilitar el restablecimiento pleno de relaciones interpersonales.

## DISCUSIÓN

Los datos disponibles de encuestas basadas en la población se relacionan principalmente con la agresión sexual perpetrada por la pareja, habiendo pocos estudios representativos sobre el abuso sexual en la niñez o por otra persona que no es la pareja, siendo la mayoría de los datos de encuestas sobre delincuencia, registros policiales y judiciales.

En el pasado los métodos para combatir la violencia sexual se han centrado en el sistema de justicia penal, actualmente se ha observado que es causa de múltiples factores de riesgo que interactúan a nivel individual, relacional, comunitario y social. Por consiguiente, este nuevo enfoque de salud pública busca la atención y seguridad de toda la población y pone énfasis en la prevención, para que las víctimas de violencia sexual tengan a acceso a servicios y apoyo apropiados.

Por otro lado, se echan de menos más y mejores estudios sobre las víctimas, conocer la realidad de los malos tratos de estas mujeres para contribuir de manera relevante a diseñar intervenciones más eficaces frente a este fenómeno, así como estudios que midan los efectos de un programa de actuación sanitaria sobre los niveles reales de satisfacción ante un caso de violencia sexual.

La evidencia es extremadamente limitada en cuanto a intervenciones eficaces para la prevención de la violencia sexual, la propuesta es elaborar programas de

prevención y describir la manera de elaborar estrategias de prevención adaptadas a las necesidades, las capacidades y los recursos de entornos particulares, con la incorporación de mecanismos de evaluación de resultados en las intervenciones de prevención primaria a fin de supervisar y mejorar constantemente su eficacia y además documentar y ampliar la base mundial de evidencia científica en este campo.

## CONCLUSIONES

Tanto las unidades de urgencia como cualquier otra institución sanitaria con actividad clínica, pueden ser centros privilegiados en la lucha contra la violencia doméstica. Esto conlleva la necesidad de establecer los cauces necesarios que motiven y mejoren la actitud de los profesionales frente a la agresión sexual. Y uno de las formas es estableciendo pautas de actuación normalizadas e integradas para los profesionales sanitarios que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres que sufren o han sufrido violencia sexual así como implementar todas las acciones específicas que se consideren según el grupo de riesgo para la agresión sexual (agresión intrafamiliar, agresión por desconocidos, por la pareja, etc.)

Anteriormente se denunciaba una pequeña proporción, pero en los últimos años hay un aumento de agresiones sexuales denunciadas, debido a la mejor

coordinación entre los colectivos implicados en la atención de estas mujeres, a la aplicación de un trabajo protocolizado a las víctimas, a una atención precoz, evitando la doble victimización.

Los nuevos datos demuestran que la violencia contra las mujeres es extremadamente frecuente, por ello, necesitamos de manera urgente invertir en prevención para hacer frente a las causas subyacentes de este problema mundial de la salud de la mujer. Es necesario crear programas de educación para prevenir los factores de riesgo de sufrir una agresión sexual, y crear equipos multidisciplinares para apoyar a las víctimas, y disminuir los casos no denunciados. Los periodos de seguimiento deben ser más prolongados a fin de verificar que los efectos favorables de los programas no se atenúan.

En la actualidad existe un número desproporcionado de programas de intervenciones de prevención en las escuelas, facultades y universidades, dando prioridad a los grupos de edad más tempranos, pero consideramos la necesidad de abordar estos programas en otros entornos, como el hogar, centros de salud, establecimientos abiertos a las organizaciones comunitarias (incluidas las religiosas) y otros lugares. Por ello, los organismo locales e internacionales deben invertir en investigación local con el objeto de definir las prioridades de investigación en diferentes tipos de entornos con enfoque más factibles y rentables.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez Movellán, M. Violencia contra las mujeres. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Cantabria.2006
2. García Moreno C. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Organización Mundial de la Salud, 2013
3. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Findings from The National Violence Against Women Survey. Washington: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs; 2000. NCJ 183781.
4. Criminal victimization in the United States. Statistical tables. 2007. Bureau of Justice Statistics. National Crime Victimization Survey (NCVS). Disponible en: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=1743>.
5. Protocolos asistenciales de ginecología. Prog Obstet Ginecol 2004;47(3):148-52
6. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24:442-7.
7. Ellison SR, Subramanian S, Underwood R. The general approach and management of the sexual assault patient. *Mo Med*. 2008;105:434-40.
8. Krug EG, Dahlberg L, Mercy JA, et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2003. Publicación Científica y Técnica No. 588.
9. Martínez-Hernández AI, Martínez-Molina V, Bauset Castelló C. Fundamentos de Ginecología (SEGO),2009;18:247-255.
10. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
11. R. Siendones Castillo, et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios. *Emergencias* 2002;14:224-232
12. Suarez Ramos A., et al. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015
13. Zarpadiel Gutierrez, I., et.al. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. SEGO. 2008
14. González Soroo, M.D, et.al. Protocolo de valoración y manejo clínico de la mujer que ha sufrido una agresión sexual reciente. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Pamplona.2013
15. Agustí C., et.al. Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala. *Gac Sanit*. 2012;26(4):376-378
16. OMS. Prevención de la Violencia Sexual y Violencia inflingida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias. 2011