



# Atención a la mujer víctima de violencia sexual

Judith Toro Merlo <sup>1</sup> . ORCID: 0000-0002-4104-8073

Giovanni Secondulfo Espósito <sup>2</sup> . ORCID: 0009-0003-8720-2798

<sup>1</sup>Médico especialista en Obstetricia y Ginecología

<sup>2</sup>Médico especialista en Obstetricia y Ginecología

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 07 de Noviembre del 2024 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

## RESUMEN

La violencia sexual según la Organización Mundial de la Salud se refiere a cualquier acto sexual, la tentativa de consumarlo u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Más de 370 millones de niñas y mujeres en el mundo han sufrido violaciones o abusos sexuales antes de los 18 años. Si se incluyen, formas de violencia sexual sin contacto físico, como el abuso verbal o en línea, la cifra se eleva a 650 millones, lo que determina que la violencia sexual sea un problema de salud pública mundial. Estos actos de violencia sexual tienen repercusión en la salud de la mujer; en la parte orgánica puede presentar hematomas, golpes, laceraciones, heridas, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH y embarazos no deseados entre los principales y una afectación psicoemocional, que puede llegar hasta un estrés postraumático. Por ello, todos los clínicos que examinan mujeres, deben conocer el protocolo de atención en estos casos. En la presente revisión se realiza una actualización de la atención de mujeres mayores 18 años víctima de violencia y los protocolos de atención con un enfoque multidisciplinario.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia sexual en mujeres, Violación, Asalto sexual

## CARE FOR WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

### SUMMARY

According to the World Health Organization, sexual violence refers to any sexual act, attempted sexual act, or other act directed against a person's sexuality through coercion by another person, regardless of their relationship to the victim, in any setting. More than 370 million girls and women in the world have suffered rape or sexual abuse before the age of 18. If forms of sexual violence without physical contact are included, such as verbal or online abuse, the figure rises to 650 million, which makes sexual violence a global public health problem. These acts of sexual violence have repercussions on women's health; in the organic part, it can cause bruises, blows, lacerations, wounds, sexually transmitted infections including HIV and unwanted pregnancies, among others, and psycho-emotional damage, which can lead to post-traumatic stress. Therefore, all clinicians who examine women must be familiar with the care protocol in these cases. This review provides an update on the care of women over 18 years of age who are victims of violence and the care protocols with a multidisciplinary approach.

**KEY WORDS:** Sexual violence against women, Rape, Sexual assault

## ATENCIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

### INTRODUCCIÓN

La **violencia sexual** según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a cualquier acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Se reconocen varios tipos de violencia sexual, entre ellas se encuentra la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra

índole, de la vagina, el ano o la boca con el pene, otra parte del cuerpo o con un objeto (1). En muchas ocasiones se coacciona a la víctima para mantener relaciones sexuales, y esa coacción puede abarcar el uso de la fuerza, la intimidación psicológica, la extorsión y las amenazas, por lo que en muchas ocasiones la violencia sexual no es aislada, sino que se manifiesta con otros tipos de violencia como la física o la psicológica (2).

En Venezuela, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su artículo 19 describe 25 formas de violencia contra la mujer, de las cuales cinco están relacionadas con delitos sexuales: violencia sexual, violencia sexual en relación de pareja, prostitución forzada, esclavitud sexual y acoso sexual y en los artículos 57 al 62 se define cada uno de los tipos de violencia sexual (3).

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

Según cifras publicadas por la UNICEF en octubre de 2024, más de 370 millones de niñas y mujeres vivas en la actualidad (una de cada ocho) han sufrido violaciones o abusos sexuales antes de los 18 años. Cuando en estos cálculos se incluyen, además, formas de violencia sexual sin contacto físico, como el abuso verbal o en línea, la cifra de niñas y mujeres afectadas en todo el mundo se eleva hasta los 650 millones (una de cada 5). Estas cifras tan elevadas, determinan que la violencia sexual sea un problema de salud pública para cuya atención, todo el equipo de salud, deba estar capacitado (4).

En cuanto al análisis exclusivo de mujeres adultas publicado en Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres, se especifica sobre dos de las formas más comunes de violencia contra las mujeres publicada por la Organización Mundial de la salud señalando que 641 millones de mujeres de 15 años o más que se han casado o han tenido pareja alguna vez habrían sido objeto de violencia física y/o sexual de pareja al menos una vez desde los 15 años. En cuanto a la violencia sexual fuera de la pareja (fortuita en la calle), se estima que el 6 % de mujeres entre 15-49 años la han al menos una vez en su vida (5).

En la actualidad se desconocen las cifras oficiales de violencia sexual en Venezuela, sin embargo, de acuerdo con lo publicado en el **Informe Final de Mujeres 2024** realizado por la **Red de Mujeres Constructoras de Paz**, en el país, **dos de cada cinco mujeres (40 % de las venezolanas) han sufrido algún tipo de violencia de género**, de ellas el 9 %, refieren haber sufrido violencia sexual y esto es más frecuente en los estratos bajos e intermedios. En las cifras puede haber un subregistro, porque muchas veces la mujer no denuncia, ni comenta el hecho. De la misma encuesta se deduce que la falta de protección de las autoridades, la revictimización en procesos judiciales y discriminación en la provisión de servicios públicos, constituyen las principales, determinantes de la violencia sexual e institucional, en este medio (6).

## REPERCUSIONES MÉDICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

El impacto de la violencia sexual sobre quien la sufre depende en gran medida del tipo de violencia y sus circunstancias. Estas consecuencias suelen ser mayores cuanto más cercana afectivamente sea la persona agresora, más fuerza se haya impartido, si se ha ejercido durante largo tiempo y cuanto menos se haya creído o apoyado a la víctima (1).

Estos actos de violencia sexual tienen repercusión en la parte orgánica de la mujer pues puede presentar hematomas, golpes, laceraciones, heridas, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH, embarazos no deseados entre los principales y una afectación psicoemocional, que puede llegar hasta un estrés postraumático (1).

El abordaje de la violencia sexual debe ser multidisciplinaria con participación de equipo legal, social y médico. Indudablemente que el equipo de salud tiene una importante función pues como vimos anteriormente las repercusiones en salud son graves y deben ser exploradas y tratadas en forma inmediata. Es por ello que todo el equipo de salud, de manera especial el médico debe estar capacitado para la atención de las mujeres víctimas de violencia, muy especialmente las de violencia sexual, que le permita prestar servicios integrales, centrados en la mujer, con empatía y evitando realizar juicios *a priori*.

En esta revisión solo se hará referencia a víctimas femeninas a partir de 15 años, sin perder de vista que niñas, niños y hombres, también pueden ser víctimas de violencia sexual.

Se debe distinguir entre las mujeres que tienen una agresión aguda y aquellas que son víctimas crónicas de maltrato o agresión sexual

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL I

### I. En situación de emergencia

El objetivo principal en esta atención, es brindar asistencia médica, psicológica y legal, así como protección y acompañamiento a las víctimas, todo ello en un marco de confidencialidad y respeto a sus derechos. Todas las acciones deben estar orientadas a satisfacer las necesidades y deseos de la víctima. La información sobre la víctima debe ser tratada con la máxima discreción y sin discriminación de cualquier tipo.

Se debe recordar que la mujer víctima de violencia sexual viene de una situación traumática provocada por uno o varios hombres, por tanto, debe ser atendida, preferiblemente por personal femenino, de esto no ser posible el médico debe acompañarse de una enfermera, pero siempre se debe tener presente que durante toda la atención siempre debe estar presente otro miembro del equipo de salud que además de ser asistente, actúa como testigo (1).

**Interrogatorio.** El sitio de interrogatorio y examen de ser privado, tranquilo y confortable. La atención debe ser compasiva y es preferible dejar que la mujer hable de forma espontánea sin hacer preguntas que la puedan incomodar o estigmatizar y con ello producir una revictimización. Escuchar con atención el relato y transmitirle seguridad y empatía. Se debe evitar emitir juicios y opinión por parte del personal de salud. Intervenir paulatinamente en la

conversación e ir introduciendo la anamnesis para comenzar de manera formal a realizar la historia clínica: Identificación dirección, sexo, edad, fecha y hora de la exploración y registro de las personas presentes.

Como enfermedad actual, es importante registrar el momento en que se produjo la agresión, descripción general de los hechos, características del agresor, si es conocido o fue un hecho fortuito. Precisar si la víctima fue directamente al centro de atención médica o si por el contrario realizó algún tipo de aseo personal (baño, ducha vaginal o cambio de ropa después de sufrir la agresión). Esto resulta importante para decidir si las prendas de vestir que trae la víctima, especialmente la ropa interior, deba colocarse en bolsas de papel (nunca en bolsas plásticas), identificar guardar en lugar seco y a temperatura ambiente hasta su retiro para evaluación forense. No reúna pruebas que no puedan procesarse o que no vayan a utilizarse con fines judiciales.

Se debe hacer énfasis en los antecedentes médicos personales, uso de medicamentos, vacunación, estado serológico para VIH. Fecha de la última menstruación, uso de métodos anticonceptivos, determinar la posibilidad de embarazo al momento. Si la mujer no precisa estos datos, se deberán hacer las pruebas pertinentes, como se comentará más adelante.

**Examen físico.** Antes de comenzar a realizar el examen físico se debe hacer una explicación exhaustiva a la mujer acerca de las exploraciones que se plantea realizar y solicitarle que firme el consentimiento informado. Cuidar que la mujer esté cubierta con una bata y una sábana y el examinador debe estar provisto de bata estéril y guantes durante toda la exploración.

Como es usual, comenzar con la toma de signos vitales. El examen físico debe incluir exploración general: cabeza (con énfasis en cuero cabelludo y boca) tronco (examen mamario detallado), extremidades (de manera especial las uñas de las manos y los muslos). Exploración ginecológica y exploración del periné y la zona ano rectal.

Si se encuentran lesiones, se debe detallar localización y naturaleza de las mismas (sangrado activo o reciente, hematomas, eritemas o edemas, cortes o abrasiones, pérdida reciente de dientes, lesiones como marcas de mordeduras, arañazos, heridas por arma blanca o de fuego, indicios de lesiones abdominales); de ser posible registrarlos en un pictograma (figura 1) y si la paciente lo autoriza, se pueden tomar fotografías de las lesiones. Asimismo, se recomienda la toma de muestras de interés médico, patológico y legal (7-9).

**Exámenes complementarios.** Se decidirá los exámenes a solicitar y la toma de muestras que apliquen de acuerdo con el relato de la víctima. Se considerarán:

1. Determinación de: VIH, VDRL, Beta HCG, Hepatitis B (HBsAg, AntiHBc, Anti HBs-si no tiene vacunación previa). Examen de orina. Cultivo para *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*. Citología vaginal y colposcopia (10).
2. Hisopados: bucal, genital realizado en el siguiente orden: vulvar, vaginal inferior, hisopado vaginal con espéculo, ano-perianal.

Si la zona está húmeda, usar hisopos secos. Si está seca, humedecer los hisopos con solución fisiológica previo a la toma, la cual se debe hacer rotando y presionando suavemente,

intentando que todas las partes del hisopo tomen contacto con el material. Luego se realiza un extendido pasando el hisopo sobre una lámina portaobjetos, fijar *conspray*, guardar en un sobre de papel y rotular especificando datos personales y zona anatómica de la cual se tomó la muestra. Conservar los extendidos a temperatura ambiente o refrigerados y los hisopos siempre refrigerados (entre 4 y 8 °) hasta el momento del retiro de las muestras, máximo 48-72 horas (11).

Si en el establecimiento de salud no hay disponibilidad para realizar los exámenes complementarios o la víctima no desea realizarlos en el momento de la consulta, siempre debe realizarse evaluación integral, tratamiento de las lesiones que se detecten y la prescripción de los medicamentos necesarios para profilaxis y tratamiento (10).

**Tratamientos.** A medida que se va realizando la evaluación, se va planteando un plan de tratamiento tanto curativo como preventivo lo que incluye las interconsultas necesarias para formar un equipo multidisciplinario de apoyo (psicológico, legal y social). Asimismo, se decide si el tratamiento puede ser ambulatorio, amerita hospitalización o referencia a un nivel de atención de mayor complejidad, siempre darle prioridad a yugular cualquier situación que ponga en riesgo la vida de la consultante.

El tratamiento incluye:

1. Tratamiento de las lesiones orgánicas (heridas, fracturas, etc.)
2. Anticoncepción de emergencia para prevención de embarazo no deseado
3. Profilaxis de infecciones de transmisión sexual
4. Profilaxis de hepatitis B
5. Profilaxis para VIH
6. Apoyo psicológico

**1. Tratamiento de las lesiones.** Limpieza de las heridas, sutura de las que sean susceptible de ello. Recordar que las heridas que tienen más de 24 horas se deben dejar para que curen por segunda intención. Debe indicarse analgésicos, antibióticos y prevención de tétanos de acuerdo con el criterio médico y la situación epidemiológica de la mujer, en este último caso, se debe consultar el esquema oficial del Ministerio de Salud respectivo (10).

En caso de sospecha de fracturas considerar evaluación por traumatólogo para la conducta respectiva.

**2. Anticoncepción de emergencia para prevención de embarazo no deseado.** La violencia sexual es una de las indicaciones formales para este tipo de anticoncepción, sobre todo cuando la mujer no utiliza de rutina un método anticonceptivo eficaz. Estetratamiento debe iniciarse lo antes posible después del evento violento, para maximizar la eficacia, pero su uso se puede extender hasta 120 horas (5 días) después de la relación sexual (12). Las alternativas incluyen:

- Levonorgestrel: 1,5 mg, dosis única (una tableta de 1,5 mg o dos tabletas de 0,75 mg). Anticonceptivos orales combinados (metodo de Yuzpe): dos píldoras, cada una con 50 µg de estradiol y 0,25 mg de levonorgestrel, repetir 12 horas más tarde. Se recomienda solo si no se dispone de tabletas de levonorgestrel.

- Acetato de ulipristal dosis única: 1 comprimido de 30 mg (no se encuentra disponible en Venezuela).
- Dispositivo intrauterino con cobre o con levonorgestrel(12). Para la utilización de esta alternativa, se debe tener en cuenta la posibilidad de una infección de transmisión sexual (ITS) con riesgo de evolución hacia una infección inflamatoria pélvica.

### 3. Prevención de infecciones de transmisión sexual (10):

La tricomoniasis, sífilis, gonorrea y la infección por *Chlamydia trachomatis* son las ITS más frecuentemente diagnosticadas posterior a una agresión sexual.

- Tratamiento profiláctico para gonorrea, clamidia y sífilis recomendado como primera línea, en el protocolo nacional es: ceftriaxona 250 mg 250 mg IM dosis única + azitromicina 2 g VO dosis única. Si ceftriaxona no está disponible sustituir por cefixima 400 mg dosis única. Tener en cuenta que las cefalosporinas tienen contraindicación en las alérgicas a la penicilina por posibles reacciones cruzadas. En embarazadas o mujeres lactando, no hay contraindicación para cefalosporinas y azitromicina en mujeres embarazadas y lactantes.
- Agregar tratamiento profiláctico para la triconomiasis: tinidazol 2 g VO dosis única, o metronidazol 2 g VO dosis única. En embarazadas se debe evitar metronidazol en el primer trimestre de la gestación.

**4. Prevención de la hepatitis B.** En mujeres no vacunadas debe iniciarse la prevención de la enfermedad preferiblemente antes de las primeras 24 horas:

- Gammaglobulina antihepatitis-B (HBIG): debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición y antes de los 14 días, para que tenga la mayor eficacia con una dosis de 12-20 UI/kg de peso.
- Vacuna frente a la hepatitis B en mujeres no vacunadas se coloca la primera dosis antes de las 24 horas del contacto, segunda dosis al mes y tercera dosis a los 6 meses (13).

Deben recibir inmunoglobulina humana antihepatitis B y la primera dosis de la vacuna de hepatitis B al mismo tiempo, pero en zonas distintas del cuerpo con drenaje linfático diferente.

**5. Profilaxis del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).** En este caso se deben hacer varias consideraciones: el tipo de agresión, la vía de penetración, si hubo lesión y sangrado, número de perpetradores entre los principales. Asimismo, se debe tener en cuenta que los fármacos indicados no son del manejo de los médicos generales, ni de los gineco-obstetras, por lo que se hace necesario, incluir en el equipo de tratamiento un médico infectólogo que aplique la prevención de acuerdo con las pautas del ministerio de salud del país respectivo. Asimismo, la mujer debe ser informada de la importancia de este tratamiento, sus efectos colaterales y sobre todo de la importancia del seguimiento a los tres y a los seis meses y en tal sentido, firmar un consentimiento informado (9,10).

**6. Apoyo psicológico.** La evaluación de la salud mental y prestación de apoyo psicológico forman parte importante del tratamiento, por lo que se debe agregar al equipo de trabajo un psiquiatra o un psicólogo para el manejo de las reacciones que se presentan en esta área

tanto en forma inmediata como a futuro. La primera fase es la afectación que se produce inmediatamente después del abuso sexual, puede durar días o semanas y se caracteriza por dolor corporal generalizado, alteración del apetito y trastornos del sueño, angustia, miedo, ansiedad, sensación de humillación, cambios de humor. La siguiente fase incluye el revivir la escena, pesadillas, fobias, así como somatización sobre todo con síntomas ginecológicos. Asimismo, se puede observar abuso de alcohol y de drogas ilícitas disfunción sexual, retraimiento social que en muchos ameritan medicación (9,10,14).

Se deben plantear consultas de seguimiento a las dos semanas, a los tres meses y a los seis meses. En las cuales se debe evaluar la evolución de las heridas y fracturas si las hubo. Determinar si hubo embarazo o como se comporta el ciclo menstrual después de la anticoncepción de emergencia. Evaluar si se desarrolló una ITS y colocar tratamiento, así como realizar pruebas para VIH. Las consultas psicológicas o psiquiátricas también se deben mantener por un período largo que se decidirá de acuerdo con la evolución de la víctima del asalto sexual (9).

### **Aspectos legales**

Todos los aspectos relacionados al caso clínico deben ser registrados en la historia y se recomienda tener una copia de la misma guardada bajo llave para tenerla en caso que algún tribunal la requiera. Asimismo, de acuerdo a lo contemplado en el artículo 43 de la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia la mujer puede hacer la consulta en un establecimiento de salud público o privado, debe ser atendida sin ser establecimiento forense y además debe recibir un certificado con los hallazgos, lo cual debe ser confirmado posteriormente por médico forense (3).

#### **"Certificado de salud física y mental"**

Artículo 43. Las víctimas, antes o después de formular la denuncia, podrán acudir a una institución pública o privada de salud para que la médica o el médico, sin necesidad de juramentación como experta o experto, efectúen el diagnóstico y dejen constancia, a través de un informe, sobre la condición de salud física y mental, las características de la lesión, el tiempo de curación y la inhabilitación que ella cause. En el procedimiento especial de violencia y a los fines de evitar la desaparición de las evidencias físicas, este informe médico tendrá el mismo valor probatorio que el examen forense. A tal fin, el Ministerio Público y los tribunales considerarán a todos los efectos legales, los informes médicos de salud física y mental dictados en los términos de este artículo para la adopción de la decisión que corresponda a cada órgano. La omisión de esta obligación por la médica o el médico o la institución de salud en el diagnóstico, emisión y entrega oportuna del informe será castigado con el delito de violencia institucional establecido en la presente Ley. Los establecimientos de salud públicos y privados deberán resguardar la adecuada obtención, conservación y documentación de las evidencias de los hechos de violencia" (3).

Es de hacer notar que el certificado so debe referirse a la descripción de las lesiones encontradas y conducta médica tomada, sin hacer juicios de la etiología de los mismos, de ello se encargan las autoridades respectivas.

De otra parte, el médico debe informar a la mujer el derecho que tiene a hacer la denuncia y



explicarle que de acuerdo a lo expresado en el artículo 76 de la mencionada Ley los integrantes del equipo de salud están en la obligación de hacer la denuncia (3):

#### Obligación de aviso

Artículo 76. El personal de salud que atienda a las mujeres víctimas de los hechos de violencia previstos en esta Ley, deberá dar aviso a cualquiera de los organismos indicados en el artículo 90 de la misma, en el término de las veinticuatro horas siguientes por cualquier medio legalmente reconocido. Este plazo se extenderá a cuarenta y ocho horas, en el caso que no se pueda acceder a alguno de estos órganos por dificultades de comunicación. El incumplimiento de esta obligación se sancionará con multa de cincuenta (50) a cien (100), veces el tipo de cambio oficial de la moneda de mayor valor, publicado por el Banco Central de Venezuela, por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa, sin perjuicio de las acciones civiles y administrativas a que hubiere lugar (3).

## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL II**

### **I. En situación crónica sin emergencia**

En los casos de emergencia el diagnóstico de violencia sexual se puede establecer de una manera fácil, por lo aparatosa situación médica con la que se presenta la mujer, pero en los casos crónicos es difícil llegar a establecer un diagnóstico certero, porque 1. La mujer o adolescente no lo expresa 2. Es difícil de demostrar, muchas veces el perpetrador está en su entorno social o familiar en posición de superioridad y coacciona a la víctima. 3. En muchos casos hay una mezcla de violencia física y violencia sexual que son difíciles separar.

Tamizaje universal. Los servicios de salud en los cuales se atienden mujeres (obstetricia, ginecología, planificación familiar, consulta de adolescentes, servicios de emergencia y de atención primaria) podrían resultar interesantes para aplicar un tamizaje universal, es decir, evaluación a gran escala de grupos de población completos para detectar a las personas que han sufrido violencia (15). Sin embargo, en la práctica esto no es así, se pueden detectar mayor número de casos, pero la derivación y el control no han resultado exitosos (16).

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud recomiendan la indagación selectiva o clínica para detectar a las mujeres que sufren violencia y acuden a los establecimientos de salud. Esto implica que, basándose en condiciones en que se presenta la mujer para recibir atención o servicios, su historia clínica y, cuando corresponda, su examen, el trabajador o la trabajadora de salud le pregunte sobre las experiencias de violencia física y/o violencia sexual (17).

Puede sospecharse violencia física y/o sexual en una mujer que consulte reiteradamente con lesiones físicas recurrentes que no tengan explicación clara, infecciones recurrentes de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos espontáneos, dolores o afecciones crónicas sin explicación consultas médicas reiteradas sin un diagnóstico claro; problemas constantes relacionados con la salud emocional o psicológica, (estrés, ansiedad, depresión, insomnio), consumo excesivo de alcohol o drogas, pensamientos, planes o intentos de suicidio.

Muy a menudo, las mujeres no dirán nada sobre violencia física y/o sexual por vergüenza o miedo a ser juzgadas, o por temor al perpetrador.

En los casos en que se sospeche violencia sexual, el médico durante el examen puede hacer algunas preguntas dirigidas a despistaje de la incomoda situación. Un ejemplo de ello son las recomendadas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés), que incluyen (14):

1. ¿Alguien te ha tocado alguna vez contra tu voluntad o sin tu consentimiento?
2. ¿Alguna vez te han obligado o presionado a participar en actividades sexuales cuando no querías?
3. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales no deseadas bajo la influencia del alcohol o las drogas?
4. ¿Sientes que tienes control sobre tus relaciones sexuales y que te escucharán si dices no a las actividades sexuales?
5. ¿Tu consulta de hoy es por una experiencia sexual que no querías que sucediera?
6. ¿Alguna una persona valiéndose de su superioridad laboral o docente o con ocasión de actividades derivadas de su actuación profesional te solicitó un acto de contenido sexual?

Dependiendo de lo que responda, siga indagando y escuchando su relato. Si responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, siga ofreciéndole apoyo y comprensión, mientras evalúa sus necesidades. Si la mujer no lo admite, no la presione; dele tiempo para que ella misma decida lo que quiere contar. En todos los casos infórmela de que si le ocurriera algo a ella puede volver a la consulta para orientación.

Infórmela de los servicios médicos, legales y sociales que están disponibles si decide recurrir a ellos. Explique los instrumentos legales y protocolos vigentes que la amparan. Ofrezcale información sobre las consecuencias de la violencia sexual para su salud y propóngale acudir a una consulta de seguimiento (9).

## CONCLUSIÓN

La violencia sexual afecta millones de personas en todo el mundo, la mayoría de ellas mujeres en los diferentes ciclos de su vida, convirtiéndose en un problema de salud pública. Las víctimas de violencia sexual enfrentan grandes problemas en su salud física, psicológica y social durante mucho tiempo. Los médicos, de manera especial los obstetras ginecólogos tienen grandes oportunidades para detectar esta situación, por tanto, deben adquirir las competencias para indagar y conducir de manera integral, los casos de violencia sexual en sus fases agudas y crónicas.

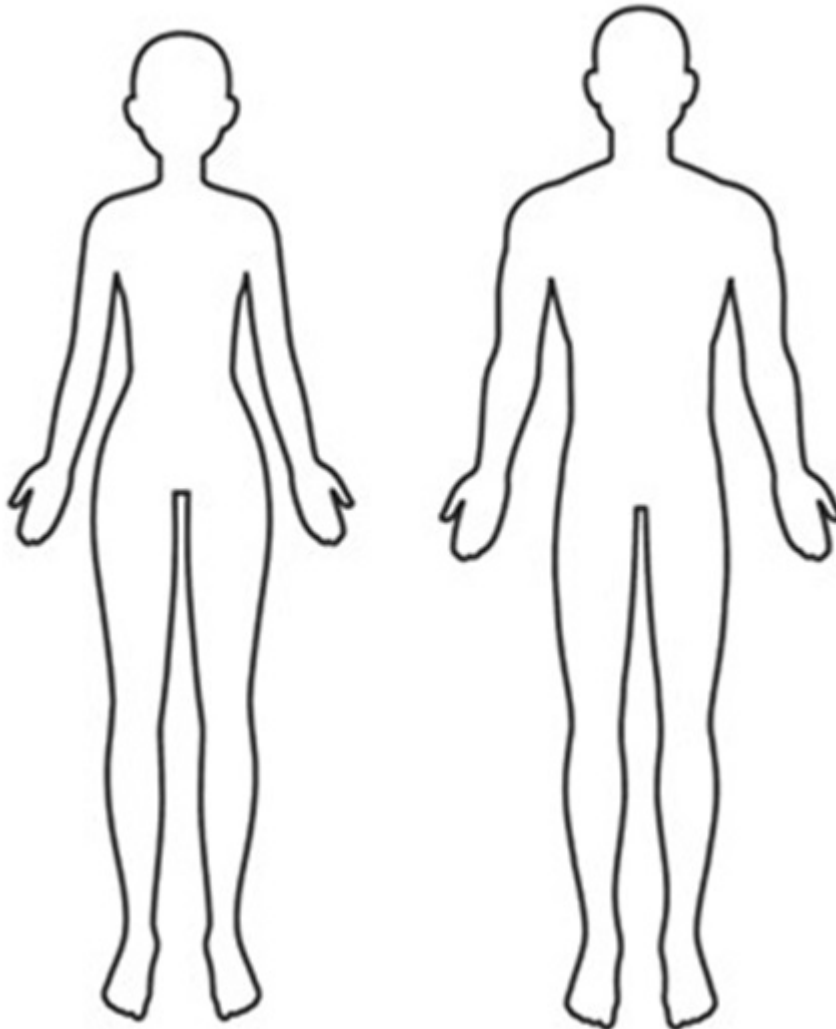
## REFERENCIAS

1. 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. Disponible en [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf;sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1)
2. Mejía-Rodríguez UP, Bolaños-Cardozo JY, Mejía-Rodríguez A. Delitos contra la libertad sexual. Acta médica Perú [Internet] 2015 Consultado el 28 de diciembre de 2020 ;32(3):169– 72. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172015000300007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000300007)
  3. Gaceta Oficial <https://www.alc.com.ve/wp-content/uploads/2022/02/Ley-Organica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
  4. UNICEF. Comunicado de prensa Más de 370 millones de niñas y mujeres en todo el mundo se ven sometidas a violaciones y abusos sexuales en la infancia. [Internet] 2024. Consultado el 10 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mas-370-millones-ninas-mujeres-mundo-sometidas-violaciones-abusos-sexuales-infancia>
  5. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres. Resumen. [Internet] 2028. Consultado el 27 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf?sequence=1>
  6. Instituto de Prensa y Sociedad de Venezuela (IPYS Venezuela). Conversatorio "El alto precio de la desigualdad" de la Red Mujeres Constructoras de Paz. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=NhZV5tZYwPA>
  7. Pictograma para descripción de lesiones. Consultado el 06 de enero de 2025. Disponible en [https://es.123rf.com/clipart-vectorizado/silueta\\_cuerpo\\_humano\\_para\\_colorear.html](https://es.123rf.com/clipart-vectorizado/silueta_cuerpo_humano_para_colorear.html)
  8. Toro Merlo JJ. Violencia sexual. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. Diciembre 2013. Consultado el 6 de enero de 2025; 73( 4 ): 217-220. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000400001&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000400001&lng=es).
  9. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja. [Internet] 2020. Consultado el 10 de enero de 2025. 70 pags. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240001411>.
  10. Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS. Protocolo para el manejo clínico de la violencia sexual. [Internet]. Junio 2020. Consultado el 10 de enero de 2025. Disponible en: [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/protocolo\\_nacional\\_manejo\\_clinico\\_de\\_violencia\\_sexual\\_1.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/protocolo_nacional_manejo_clinico_de_violencia_sexual_1.pdf)
  11. Ministerio de Salud Provincia Santa Fe Argentina. Recolección de muestras biológicas en casos de abuso sexual. [Internet]. Consultado el 10 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/245016/1288461/>
  12. Toro Merlo J, Pérez Alonso MM. Situaciones especiales en obstetricia y ginecología. En: Bajares de Lilue M, González Blanco M, Pizzi La Veglia R, editoras. Consenso: Anticoncepción hormonal. Actualización 2023. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(sup 1):61-83. DOI 10.51288/0084S104
  13. Pizzi Laveglia R, Hernández M, Redondo C. Vacunación en casos especiales. En Toro Merlo J, Fernández Bravo M. editoras. Consenso Venezolano de Vacunación en la Mujer 2012. Caracas. Editorial Ateproca: 2012 p 69-74.

14. American College of Obstetricians and Gynecologist Committee on Health Care for Underserved Women. Sexual Assault. ACOG Committee Opinion 777. 2019;133:e296-e302.
15. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Ginebra: OMS; [Internet] 2013. Consultado el 10 de enero de 2025. 56 pág. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7705>
16. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. [Internet] 2014 Consultado el 9 de enero de 2025;348:g2913. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g2913.full>.
17. Organización Panamericana de la Salud. Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional. Washington D.C.: OPS [Internet] 2023. Consultado el 10 de enero de 2025.76 pag. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57289>

## ANEXOS



**Figura 1.** Pictograma para descripción de lesiones

(Disponible en: [Enlace](#))