

2017

Violencia contra las Mujeres

PROCOLO
DE ATENCIÓN SANITARIA
A VÍCTIMAS DE
AGRESIONES/ABUSOS
SEXUALES



Grupo de Trabajo:

- *Mar Sánchez Movellán*. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
- *Purificación Ajo Bolado*. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
- *Susana Fernández Iglesias*. Subdirección de Asistencia Sanitaria. SCS
- *Ana Isabel Merino Fernández*. Ginecóloga. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- *Belén Barroso Lazuen*. Matrona. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- *Patricia Pulido Pérez*. Enfermera. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- *M^a Ángeles García González*. Trabajadora Social. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- *Charo Quintana Pantaleón*. Ginecóloga. Hospital Sierrallana
- *M^a Jesús García Garaboa*. Enfermera. Hospital Sierrallana
- *Eva Arroyo Valiente*. Psicóloga Clínica. Hospital Sierrallana
- *Lara Santamaría Salvador*. Ginecóloga. Hospital de Laredo
- *Susana Rodríguez Rúa*. Médica de Familia de Atención Primaria
- *Carmen Guerra Fernández*. Matrona de Atención Primaria
- *María Elena Altuzarra Gonzalo*. Forense. Instituto de Medicina Legal de Cantabria.
- *Ascensión Martínez López*. Dirección General de Igualdad y Mujer. Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social.

Colaboraciones:

- *Carmen Fariñas Alvarez*. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- *Pilar Guillén Navarro*. Instituto de Medicina Legal de Cantabria.

Organismos o Instituciones con los que se ha consensuado el documento:

- Tribunal Superior de Justicia de Cantabria.
- Delegación del Gobierno en Cantabria. Unidad de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer.
- Centro de Atención a Víctimas de Agresiones y Prevención del Maltrato infantil (CAVAS)

1º Edición: 2007

Actualización: Enero 2017

Índice

	Página
Introducción	4
Aspectos legales	5
La violencia sexual en cifras	6
Tipos de violencia	7
Consecuencias para la salud	7
Objetivos del protocolo	9
Protocolo general de actuación	10
• Recepción y acogida de la mujer	11
• Evaluación clínica de la mujer	13
• Recogida de muestras	16
• Tratamiento	19
• Complimentación del Parte de Lesiones	22
• Criterios de hospitalización	22
• Valoración por Trabajo Social	22
• Actuaciones e información al alta	23
• Seguimiento y controles posteriores	24
Anexo I. Agresiones sexuales mediante Sumisión Química	26
Anexo II. Actuaciones de cada profesional en la atención a la agresión/abuso sexual	30
Anexo III. Información facilitada a las mujeres sobre la quimioprofilaxis de VIH postexposición	31
Anexo IV. Parte de Lesiones por agresión sexual	32
Anexo V. Recursos no sanitarios para la atención a víctimas	34
Bibliografía	35

Introducción

En 1976 las Naciones Unidas reconocieron que la violencia que se ejerce contra las mujeres y las niñas es el atentado más habitual contra los derechos humanos, el que afecta a un mayor número de personas y, a la vez, el menos conocido del mundo. Además, está presente en todas las sociedades, independientemente de su sistema político o económico y no sabe de culturas, de clases sociales, ni de etnias.

La Asamblea General de Naciones Unidas de 1993 definió la **Violencia de Género** como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Por **violencia sexual** se entiende cualquier acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma. (OMS 2002) Este tipo de violencia cuando se ejerce en el ámbito de una relación de pareja suele permanecer oculta y resulta más difícil su detección.

La violencia sexual es una forma de violencia de género que encuentra sus raíces en el sexismo, en la construcción social de la sexualidad femenina y masculina basada en el mito de la sexualidad afectiva y vinculada al amor romántico de las mujeres frente a la sexualidad irrefrenable y compulsiva de los hombres. En la mayoría de los casos, los diferentes tipos de violencia, física, psicológica, económica y sexual van unidos. La violencia tiene una función de refuerzo y reproducción del sistema de desigualdad sexual, así la violación forma parte de un proceso de intimidación del que son víctimas todas las mujeres, no sólo las que han sido violadas. El miedo a la violación condiciona el comportamiento cotidiano de todas las mujeres y funciona como un mecanismo eficaz para limitar su autonomía en el espacio público y retenerlas en el espacio que siempre socialmente se les ha asignado: el espacio privado.

En España, la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal define los Delitos contra la libertad e indemnidad sexual y, entre ellos, se incluye la **agresión sexual**, definida como cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación, y el **abuso sexual** definido como cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado sin violencia o intimidación, pero sin que medie consentimiento, es decir mediante engaño, seducción, abuso de confianza, autoridad y/o superioridad manifiesta del abusador que coarta la libertad de la víctima.

Para la actualización de este Protocolo se han consensuado procedimientos y unificado criterios a la luz de la normativa vigente, la evidencia científica y la práctica clínica.

También se han tenido en cuenta situaciones como las agresiones sexuales en casos de **vulnerabilidad química** vinculada al consumo/abuso de drogas, generalmente alcohol, en un contexto de ocio nocturno donde el acoso está normalizado generando que la víctima no lo identifique como tal o tras **Sumisión Química**, entendida como la administración con fines delictivos de sustancias psicoactivas a una persona sin su conocimiento con el fin de manipular su voluntad o modificar sus comportamientos. En estos casos la mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes a las que el agresor administra una sustancia a fin de disminuir su resistencia y ocasionar amnesia.

La actualización de este Protocolo se enmarca dentro de la *Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección Integral contra la Violencia de Género* y de la *Ley de Cantabria 1/2004, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*, donde se establece la necesidad de contemplar pautas uniformes de actuación sanitaria en materia de violencia de género, entre las que se encuentra la agresión sexual y el abuso sexual. Así como de las líneas estratégicas del *Plan de Salud de Cantabria 2014-2019*.

Aspectos legales

Los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales se hallan tipificados en el título VIII del Libro II del Código Penal (Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal) y se definen, de forma resumida, de la siguiente manera:

Agresión Sexual: Cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de estas vías se considerará una **violación**.

Abuso Sexual: Cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado sin violencia o intimidación, pero sin que medie consentimiento.

Se consideran abusos sexuales:

- Los que se ejecuten sobre menores de 16 años, salvo que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez.
- Los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o con trastorno mental.
- Cuando el consentimiento se obtenga prevaleciendo el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.
- Los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto (Sumisión Química) (Anexo I).

Acoso Sexual: Cuando se solicita a la mujer (para sí, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, en el ámbito laboral, docente o de prestación de servicios, provocando con ello en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

La violencia sexual en cifras

Como en otros tipos de violencia de género, la prevalencia real del problema se desconoce. Según el informe de la Macroencuesta 2015, de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), el **8,1%** de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido **violencia sexual** por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

En cuanto a la violencia sexual ejercida por una persona con la que no se ha mantenido ni se mantiene relación de pareja, el **7,2%** de las mujeres residentes en España de 16 o más años refieren haberla experimentado a lo largo de su vida.

Según la edad en la que se sufrió esta violencia, se observa que el **4,2%** de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia sexual en alguna ocasión **desde que cumplieron 15 años**, y el **3,5%** fueron víctimas de esta violencia **antes de cumplir esta edad**.

En cuanto a los **tipos de violencia sexual** experimentada por las mujeres a lo largo de la vida fuera del ámbito de la pareja o expareja, el **6,7%** de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido **intentos de violación y otras formas de violencia sexual** y el **1,4%** ha sufrido una **violación**.

Al menos el **97,5% de los agresores** han sido **hombres**. En el caso de las **violaciones** el **46,43%** de los agresores son **conocidos o amigos**, el 20% son familiares (cualquier familiar masculino, excluido el padre) y los hombres desconocidos representan el 18,57%.

Para las **otras formas de violencia sexual distintas de la violación**, los agresores más frecuentes son los **hombres desconocidos** que suponen el **39,65%** del total de agresores, seguidos de los hombres conocidos o amigos (31,05%) y de 'otro familiar masculino' (12,97%).

En cuanto a la **Sumisión Química**, hay que destacar que todavía no hay datos publicados relativos a España, no porque no haya casos, sino posiblemente porque nunca se han investigado. Los estudios epidemiológicos de otros países indican que hasta un 17% de las agresiones sexuales podrían catalogarse como casos de Sumisión Química por exposición involuntaria de la víctima a alguna sustancia psicoactiva.

Durante el año 2015, en el Servicio Cantabro de Salud se emitieron 23 partes de lesiones por agresión o abuso sexuales en mujeres de edad igual o superior a 14 años (14 en el HUMV, 4 en el Hospital de Sierrallana, 4 en el Hospital de Laredo y 1 en Atención Primaria).

Tipos de violencia

Tipos de violencia sexual (OMS 2002)

Violencia sexual que no implica contacto corporal:

Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo electrónico o telefónico, gestos y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.

Violencia sexual con contacto corporal:

- Tocamientos, caricias, masturbación, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes.
- Violación: Penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:

Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, y por tanto que afecte a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud, así como de ejercer libremente su derecho a la maternidad.

Tráfico o utilización de personas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual.

Mutilación genital femenina.

Consecuencias para la salud

La agresión sexual es una forma especial de ataque violento, altamente estresante, que es vivido por la víctima con un miedo intenso a sufrir un grave daño físico o incluso la muerte, al que se añaden sensaciones de vejación extrema, repugnancia, rabia, impotencia y desesperanza por incapacidad para escapar o evitarlo. Las agresiones sexuales provocan daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer, pudiendo impedir o limitar el desempeño, personal, laboral y social, así como la capacidad de disfrutar de las relaciones sociales y de una vida sexual satisfactoria.

Los efectos sobre la salud estarán condicionados o agravados por una serie de variables:

- *Naturaleza de la agresión:* grado de violencia, lesiones causadas, tiempo de duración, lugar donde ocurrieron los hechos.
- *Características del agresor:* conocido de la mujer o desconocido, uno o más agresores.

- *Características personales:* historia de vida de la mujer, edad, etapa del ciclo vital en la que se encuentra, habilidades para afrontar situaciones difíciles.
- *Acogida y atención prestada en los servicios sanitarios:* el plan de acción planteado puede condicionar la respuesta colaboradora o de bloqueo inicial de la mujer y la repercusión posterior.
- *Respuesta a la atención recibida por otros recursos no sanitarios*
- *Respuesta del entorno familiar y social:* de creer y apoyar a la mujer o bien de cuestionar los hechos o culpabilizarla.

Consecuencias físicas:

- La muerte de la mujer es la consecuencia más extrema de las agresiones sexuales.
- Lesiones debidas a la agresión directa o al forcejeo con el agresor, tanto a nivel genital como extragenital.
- Embarazos, decisión sobre la continuidad o la interrupción del embarazo (IVE).
- Enfermedades de transmisión sexual e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Hemorragias e infecciones vaginales y urinarias de repetición.
- Disfunciones sexuales, dispareunia, dolor pélvico y disminución del deseo sexual, entre otras.

Consecuencias psicológicas:

- Miedo, inseguridad, desconfianza, reacciones fóbicas.
- Sentimientos de humillación, vergüenza, culpabilidad y rabia.
- Crisis emocionales, somatizaciones, insomnio, pesadillas, baja autoestima.
- Depresión, ansiedad, confusión, inquietud.
- Riesgo de suicidio y de sufrir trastornos psicopatológicos.
- Síndrome de estrés postraumático.

Consecuencias sociales:

- Absentismo laboral, pérdida del empleo,
- Abandono del domicilio habitual (especialmente si la agresión se produjo en el), etc.
- Si tiene pareja sus relaciones pueden verse afectadas.
- Aislamiento social (de amistad, compañerismo, vecindad) y familiar.

Objetivos del Protocolo

El Protocolo tiene como objetivo proporcionar pautas de actuación homogéneas para la atención sanitaria a las mujeres que sufren una agresión o abuso sexual.

Aunque las formas de violencia sexual pueden ser muy diversas y todas tienen un impacto en la salud, el presente Protocolo centra su actuación **en la atención a las mujeres de 14 o mas años de edad, víctimas de agresiones sexuales y abusos sexuales con contacto corporal** por considerar que precisan de una intervención específica y urgente por parte de los servicios sanitarios, así como de una estrecha coordinación con el estamento judicial, ya que es un delito que va a requerir de la actuación pericial del médico/a forense. La coordinación de estos dos estamentos (sanitario y judicial) evitará la repetición de pruebas y exploraciones innecesarias, o la interferencia en la recogida de muestras.

En la atención a las mujeres agredidas sexualmente, es importante también tener en cuenta todas aquellas circunstancias que aumentan su vulnerabilidad (edad, enfermedad, diversidad funcional, situación de exclusión social, situación administrativa irregular, drogodependencia, etc) ya que producen en ellas una mayor indefensión y se consideran agravantes legales.

PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN

NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (SERVICIO DE URGENCIAS)

1- RECEPCIÓN Y ACOGIDA DE LA MUJER

2- EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA MUJER

- Anamnesis
- Valoración del estado emocional
- Exploración física
 - Exploración general
 - Exploración ginecológica

3- RECOGIDA DE MUESTRAS

- Recogida de muestras forenses:
 - Tomas para búsqueda de semen
 - Tomas en caso de sospecha de sumisión química
 - Toma de otras muestras
- Recogida de muestras clínicas:
 - Para estudio microbiológico
 - Para estudio en sangre periférica

4- TRATAMIENTO

- Profilaxis de ITS
- Profilaxis de VIH
- Profilaxis de Hepatitis B
- Profilaxis antitetánica
- Anticoncepción de emergencia

5- CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE LESIONES

6- CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

7- VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL

- Intervención en crisis
- Plan de intervención

8- ACTUACIONES E INFORMACIÓN AL ALTA

NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (CONSULTAS EXTERNAS)

9- SEGUIMIENTO Y CONTROLES POSTERIORES

PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN

La mujer que ha sufrido un ataque contra su libertad sexual precisa de una atención y una asistencia adecuada e integral en condiciones de privacidad, seguridad y confidencialidad.

Se trata de una persona que ha vivido una situación de peligro y sufrido un gran choque emocional, por ello se considera la agresión sexual como una urgencia sanitaria de atención hospitalaria 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 16 años, la atención se realizará en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de referencia.

El periodo de tiempo desde que sucede la agresión hasta que se realiza el reconocimiento, debe ser el mínimo posible, ya que transcurrido un lapso de tiempo más o menos largo pueden desaparecer algunos de los signos de la agresión.

1- RECEPCIÓN Y ACOGIDA DE LA MUJER

Recepción de la mujer

La mujer puede acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario por iniciativa propia, llegar acompañada por las Fuerzas de Seguridad (Policía Nacional, Guardia Civil, Policía local, etc.) o ser derivada desde otro nivel asistencial (Atención Primaria).

La recepción inicial en Urgencias y su posterior derivación al Servicio de Urgencias de Ginecología será realizada por el profesional responsable del triaje. Este procedimiento está organizado de diferente forma en cada uno de los hospitales (Algoritmo 1).

En el caso de que la víctima sea menor de 16 años, la entrada al servicio sanitario se hará desde el servicio de Urgencias Pediátricas de cada hospital. Una vez realizado el triaje pertinente se procede a avisar al pediatra de guardia quien en caso de necesitarlo se pondrá en contacto con el Servicio de Ginecología para iniciar el resto del proceso.

Acogida de la mujer

La mujer será recibida por el personal de enfermería/matrona en un espacio acogedor e independiente, donde pueda estar acompañada de la persona que desee. Se le indicará que se le prestará apoyo y acompañamiento continuo durante toda su estancia en el Servicio de Urgencias. Es conveniente preguntarle si viene acompañada, si tiene menores o personas dependientes a su cargo, si están con alguna persona de su confianza o solas, si puede o teme volver a casa, etc.

Se avisará al adjunto de ginecología de guardia. La intervención comienza con una toma de contacto, donde en un ambiente de confianza, confidencialidad y empatía, la mujer pueda relatar lo que le ha ocurrido y sentirse escuchada, sin miedo a ser juzgada o a no ser creída. Se tranquilizará a la mujer y se le explicarán todas las actuaciones que, según la agresión sufrida sean convenientes y la utilidad de cada una de ellas, pidiendo su consentimiento para realizarlas.

Dada la presunta comisión de un delito, las actuaciones atenderán a las siguientes situaciones:

1. Mujer que acude acompañada por Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, tras haber interpuesto denuncia:

Se llamará al Juez o Jueza de Guardia, para informarle de la situación y solicitarle la presencia del médico/a forense, para poder realizar conjuntamente la exploración y la toma de muestras de interés legal.

2. Mujer que acude directamente sin haber interpuesto denuncia, indicando que quiere denunciar:

Se llamará al Juez o Jueza de Guardia, para informarle de la situación y solicitarle la presencia del médico/a forense, para poder realizar conjuntamente la exploración y la toma de muestras de interés legal.

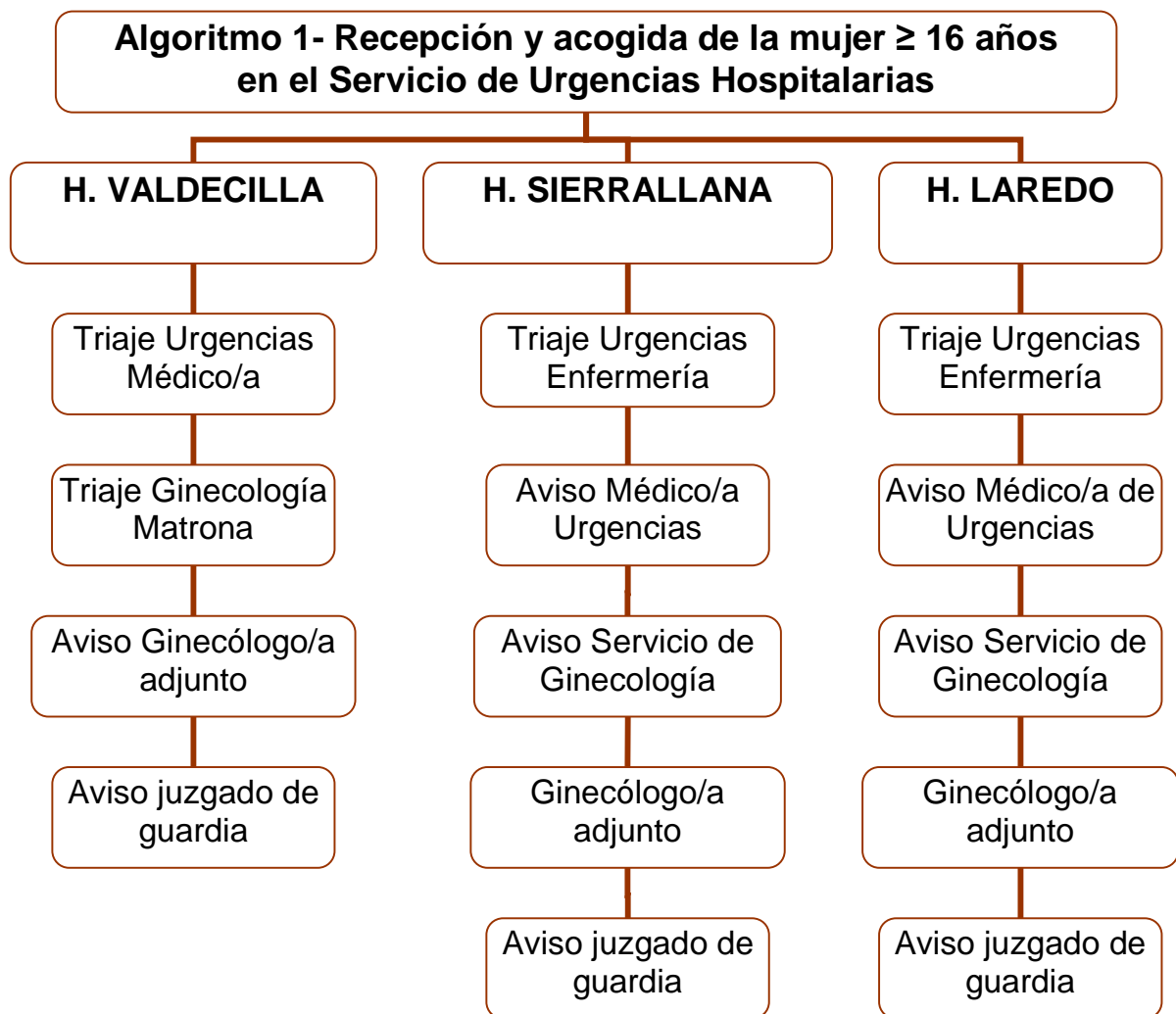
Si la mujer lo desea se avisará a los *Cuerpos y Fuerzas de Seguridad* (en función de lugar donde resida: Policía Nacional (UFAM), Guardia Civil (EMUME), Policía local, notificando que existe un caso de agresión sexual y la mujer desea denunciar, para que se personen en el hospital y la acompañen para formalizar la denuncia, una vez realizada la exploración.

3. Mujer que acude directamente sin haber interpuesto denuncia, indicando que NO quiere denunciar:

Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia por si la mujer en el futuro, quisiera ejercer la acción penal.

Por tanto, se llamará directamente al Juez o Jueza de Guardia, solicitando la presencia forense para que acuda al hospital y realizar conjuntamente la toma de muestras de interés legal y la exploración.

En el caso de menores de 18 años, se debe avisar siempre al Juzgado de Guardia, bien directamente o a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, independientemente de que sus padres o tutores deseen o no presentar una denuncia. En ocasiones, puede ser aconsejable la separación del adulto acompañante, dado que puede ser responsable de la violencia sufrida.



2- EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA MUJER

Será el adjunto o adjunta de Ginecología quien atenderá a la mujer que haya sufrido una presunta agresión sexual. Actuará siempre en presencia de un profesional de enfermería/matrona (procurando que al menos uno de ellos sea una mujer), de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Explicará la utilidad de las actuaciones que se van a realizar y permitirá a la mujer la toma de decisiones, invitándole a preguntar lo que crea oportuno y asegurándose de que comprende las explicaciones.

La actitud del personal sanitario debe ser extremadamente respetuosa debido a la delicada situación en que se encuentra la mujer. Las preguntas necesarias para el esclarecimiento de los hechos deben ser realizadas con máximo cuidado, utilizando un lenguaje adecuado a su edad y circunstancias. Es necesario mantener una actitud empática y de respeto para que verbalice y narre los hechos: mirándole a la cara, facilitándole la comunicación (“la comprendo bien”, “entiendo

cómo se siente”, etc.), transmitiéndole interés por su bienestar, estando alerta a las características y gravedad del problema, clarificando dudas, preguntando sin juzgar, conteniendo cualquier descarga emocional, haciéndose cargo de su situación, etc.

Siempre el reconocimiento debe realizarse conjuntamente con el médico/a forense. De esta manera se evitara reconocimientos posteriores y se asegura la recogida adecuada de las muestras (Anexo II).

En el caso de las menores de 18 años, la Ley de Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, establece que *“el menor tiene derecho a ser oído y escuchado y que se garantizará que el menor, cuando tenga suficiente madurez, pueda ejercitar este derecho por sí mismo o a través de la persona que designe para que le represente. La madurez habrá de valorarse por personal especializado, teniendo en cuenta tanto el desarrollo evolutivo del menor como su capacidad para comprender y evaluar el asunto concreto a tratar en cada caso. Se considera, en todo caso, que tiene suficiente madurez cuando tenga doce años cumplidos”*.

En menores que tengan entre 16 y 17 años, la evaluación clínica se hará con la menor a solas, solicitando su permiso para hablar con la madre, padre o tutores.

En el caso de menores de 16 años de edad, la evaluación clínica se realizará también a solas después de haber oído la versión de la madre, padre o tutores. Se debe tener siempre precaución, ya que alguno de ellos puede estar implicado en el abuso. Se utilizará un lenguaje sencillo y se transcribirán literalmente las palabras de la menor.

Considerando que la mayoría de edad sanitaria son los 16 años, cuando se trate de jóvenes de 16 y 17 años o de menores emancipadas los consentimientos deben ser firmados por ellas y no por sus padres o tutores.

2.1- Anamnesis

Se prestará especial atención al relato que la mujer haga de los hechos, sin presuponer o interpretar, sino relatando escrupulosamente los mismos.

Se recogerán los siguientes datos:

- Fecha, hora, lugar y circunstancias de la agresión.
- Tipo de violencia sexual, incluidas penetración vaginal, anal u oral, así como utilización de instrumentos.
- Si la mujer, tras la supuesta agresión, se bañó, duchó, o efectuó irrigación vaginal, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó algún medicamento.
- Fecha de la última menstruación (si las tuviera), hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, momento de la última relación sexual voluntaria.
- Descartar posible embarazo preexistente, por si afecta al plan ulterior de tratamiento y seguimiento.
- Alergias medicamentosas.

- Si existe sospecha de Sumisión Química. En estos casos el relato que habitualmente verbalizan las víctimas es “no sé lo que me ha pasado”, “apenas recuerdo nada”. Con frecuencia narra que estando en un ambiente carente de peligro (restaurante, discoteca, casa de conocidos, etc.) y tras consumir una bebida, en un corto periodo de tiempo pierde la conciencia. Cuando despierta han pasado varias horas, no recuerda lo ocurrido, incluso se encuentra en un lugar desconocido o diferente. Algunas víctimas pueden no saber si han sido o no agredidas sexualmente.

Indicadores de sospecha de posible agresión sexual por Sumisión Química

- La mujer tiene sensación de que le ha sucedido algún hecho de naturaleza sexual.
- Se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada.
- Ha encontrado en su cuerpo fluidos (semen...) u objetos (preservativos..).
- Ha presentado lesiones o alteraciones inexplicadas a nivel oral, anal o genital.
- Se ha despertado con un desconocido al lado o en un lugar extraño

2.2- Valoración del estado emocional

Se tendrá en cuenta las circunstancias en las que se produce la agresión y la valoración subjetiva que hace la mujer.

- **Respuesta psíquica inmediata:**
 - Shock emocional.
 - Negación de lo sucedido.
 - Confusión, abatimiento.
 - Sensación de culpabilidad y vergüenza.
 - Temor a una nueva agresión. Vulnerabilidad o desamparo.
- **Manifestaciones somáticas:**
 - Temblor, sudoración, palidez.
 - Alteraciones respiratorias.
 - Alteraciones del aparato digestivo (náuseas/vómitos).
 - Enuresis (en menores).
- **Alteraciones del habla:**
 - Tartamudez, bloqueo del habla, confusión, mutismo.
 - Verbalización excesiva.
- **Alteraciones comportamentales:**
 - Hiperactividad, hipervigilancia.
 - Pasividad, ansiedad.
 - Reacciones de temor, mirada huidiza.
 - Explosión de enfado, rabia o sobresalto.
 - Desconfianza de personas del mismo sexo que el atacante.
 - Temor al contacto físico.
 - Trastornos de conducta, cambios de carácter, aislamiento.

2.3- Exploración física

La mujer debe ser informada, en todo momento, de las exploraciones, toma de muestras, etc. que se le realicen, invitándole a preguntar cuanto crea oportuno. Finalizadas las mismas debe ofrecérsele la posibilidad de aseo.

Exploración general (cabeza, tórax, abdomen, extremidades)

Detallar localización e importancia de lesiones (hematomas, equimosis, heridas, erosiones, señales de prehensión, etc.). Las lesiones encontradas y la data de las mismas (antiguas, recientes, distintas datas) se reflejarán, bien por escrito o en esquema anatómico, consignando, en su caso, la no existencia de las mismas.

Explorar también la boca en caso de contacto buco-genital.

Exploración ginecológica

Incluye los siguientes apartados:

- Inspección vulvo-vaginal: Monte de Venus, vello púbico, labios mayores y menores, himen, carúnculas.
- Exploración de vagina y cuello uterino, mediante espejillo húmedo.
- Exploración de útero y anejos mediante tacto bimanual, para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina así como la presencia de masas o dolor anexial.
- Inspección de ano y periné.

Consignar la existencia o no de lesiones y sus características, bien a través de una descripción por escrito, utilizando un esquema anatómico o el uso de cámara fotográfica, si la mujer lo autoriza.

En los casos de Sumisión Química suelen observarse escasas lesiones genitales debido a la falta de resistencia por efecto de la sustancia administrada.

3- RECOGIDA DE MUESTRAS

Se realizará conjuntamente por el ginecólogo/a y el forense.

3.1- Recogida de muestras forenses

Son las que tienen interés desde el punto de vista judicial, y cuya orden de recogida y tramitación corresponde exclusivamente al médico/a forense.

La recogida de estas muestras está regulada en el artículo 35 de la *Orden JUS/1291/2010, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses*.

Tomas para búsqueda de semen

Tienen prioridad frente a la recogida de muestras clínicas. Las tomas dependerán del tipo de agresión que haya sufrido.

Penetración bucal

- Se recogerán los posibles restos de semen con dos hisopos estériles que se pasaran con cuidado y sin frotar mucho, por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Esta es la primera toma que debe realizarse, ya que en la boca los restos de semen desaparecen con cierta celeridad.

Penetración vaginal:

- Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos. Las tomas vaginales y cervicales se harán con espéculo lubricado con suero fisiológico y se deben obtener con hisopos estériles secos.
- La toma deberá realizarse de la zona exterior a la interior, con tres hisopos, el primero recogerá una muestra vulvar, el segundo de la cavidad vaginal y el tercero del cuello uterino, para no arrastrar hacia adentro los posibles restos o que estos queden adheridos al palo del hisopo y no al absorbente del mismo.
- A continuación se realizará la toma de muestras clínicas y un lavado vaginal, para lo que se utilizarán unos 10 ml de suero fisiológico estéril que se recogerá en un tubo o frasco de plástico.

Penetración anal

- Tomas anales y del margen anal. Deben ser obtenidas con dos hisopos estériles secos del margen anal y del conducto anorectal, respectivamente.

Tomas en caso de sospecha de sumisión química

- Muestra de sangre venosa (Hasta 48 horas desde la agresión).
Se recogerán 2 tubos:
 - 1 tubo de sangre total anticoagulada con EDTA.
 - 1 tubo de sangre con fluoruro sódico como conservante y oxalato potásico como anticoagulante.
- Muestra de orina de 50 ml (Hasta 96 horas desde la agresión).

Toma de otras muestras

- Superficie corporal. Hay que buscar manchas de saliva, sangre o semen, rastro de mordeduras o similares que deben recogerse con hisopos estériles.
- Peinado de vello púbico y recogida de pelos dubitados. Mediante peinado suave para no arrancar pelos de la víctima, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.
- Las ropas vestidas por la víctima en el momento de la agresión deberán envolverse cada una por separado en papel, e introducirse en bolsas de papel

independientes y pueden luego guardarse en la nevera con el resto de las muestras para no desperdigarse.

Todas las pruebas judiciales deben etiquetarse con el nombre del forense que las recoge, el de la mujer y la fecha de la recogida. Las muestras judiciales deberán mantenerse en la nevera que a tal efecto haya en el Servicio de Urgencias, hasta que el Juzgado envíe a la persona encargada de su recogida, quien portará la autorización correspondiente.

Si las muestras forenses permanecen más de 6 meses en la nevera hospitalaria sin que hayan pasado a recogerlas, el centro sanitario lo comunicará al Juzgado correspondiente o al Juez Decano

3.2- Recogida de muestras clínicas

Son las que tienen interés desde el punto de vista clínico, y cuya recogida y tramitación corresponde exclusivamente al profesional sanitario.

Para estudio microbiológico

Las tomas dependerán del tipo de agresión que haya sufrido y se realizarán aprovechando la exploración ginecológica. Se recogerán después de la toma de muestras de espermia y antes de los lavados vaginales.

Penetración bucal:

- Toma faríngea para Gonococos y Clamydias.

Penetración vaginal:

La toma se hará con espéculo lubricado con suero fisiológico.

- Toma vaginal para Tricomonas.
- Toma endocervical para Gonococos y Clamydias.
- Tras el lavado vaginal realizado con 10 ml de suero fisiológico para identificación del semen, se hará un lavado profuso para retirar cualquier posible resto y reducir el riesgo de contagio por VIH.

Penetración anal:

- Toma anal para Gonococos y Clamydias.

Para estudio en sangre venosa periférica

- Serología luética.
- Serología de hepatitis B (HBsAg, AchBc, AchBs) (si no tiene vacunación previa) y hepatitis C (AcVHC).
- Serología VIH, previo consentimiento expreso.
- Beta- HCG, para descartar embarazo en el momento de la agresión.

4- TRATAMIENTO

La afectación psicológica en una mujer víctima de violencia sexual suele ser importante tanto en la fase aguda como a largo plazo. En la fase aguda puede administrarse un ansiolítico si existe gran estado de ansiedad, así como ofrecer acompañamiento y apoyo a la mujer en todo momento.

El tratamiento médico debe dirigirse también a la profilaxis de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazo, así como a las posibles lesiones.

4.1- Profilaxis de ITS

Descartando alergias antibióticas, en cuyo caso se utilizarán tratamientos alternativos, debe ofrecerse tratamiento preventivo de gonococia, clamidia, trichomonas y sífilis:

Ceftriaxona (250 mgr i.m) monodosis, más *Metronidazol* monodosis (2gr oral) seguido de *Doxiciclina* (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.

En caso de alergia a betalactámicos: *Espectinomina* (2 gr i.m) añadiendo de igual forma *Metronidazol* (2 gr oral) seguido de *Doxiciclina* (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.

En gestantes: *Azitromicina* (1gr oral) en monodosis o bien *Eritromicina* (500 mg/6 horas) 7 días

4.2- Profilaxis de VIH

Se iniciará tratamiento médico profiláctico en las agresiones sexuales que hayan tenido:

- Penetración vaginal con o sin eyaculación.
- Penetración anal con o sin eyaculación.
- Sexo oral con o sin eyaculación

NO está indicado pautar tratamiento antirretroviral, por considerarse de riesgo de transmisión mínimo, cuando en la agresión solo se hayan producido: tocamientos, masturbación, contacto de secreciones con piel íntegra.

Se debe informar a la mujer de los efectos secundarios del tratamiento, de las posibles interacciones medicamentosas y de la necesidad de tener una buena adherencia del mismo, recabando su consentimiento (Anexo III).

La profilaxis postexposición debe iniciarse lo antes posible, preferentemente en las 6 primeras horas, y siempre antes de las 72 horas tras la agresión/abuso. Después de las 72 horas se desaconseja y se harán solo controles serológicos para detectar la posible seroconversión. Los Servicios de Urgencias disponen de

un Kit postexposición para comenzar con el tratamiento antirretroviral que contiene comprimidos para 3 días.

Se recomienda realizar una determinación analítica de hemograma, perfil hepático, glucosa urea, creatinina y amilasa.

La quimioprofilaxis consiste en la toma durante 4 semanas de:

- **Tenofovir + Emtricitabina** (Trubada[®]):1 comp/24 horas
- **Raltegravir** (Isentress[®]) 400mg:1 comp/12 horas

El embarazo no contraindica la quimioprofilaxis y se utilizará la misma pauta estándar.

Los efectos secundarios más comunes de este tratamiento son diarrea, dolor abdominal, astenia, náuseas, cefalea, rash cutáneo. Puede también alterar de forma transitoria ciertos valores analíticos.

El seguimiento de los efectos de la medicación se realizará en Consultas de Infecciosas o Medicina Interna según la organización de cada hospital.

4.3- Profilaxis de Hepatitis B

En el caso de que no tenga vacunación previa, se administra en urgencias una dosis de gammaglobulina antiHb y la primera dosis de vacuna de hepatitis B.

4.4- Profilaxis antitetánica

Su aplicación depende de la existencia de heridas de tipo inciso-contusas y de las características de las mismas, así como de la existencia de vacunación previa, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en el calendario vacunal vigente en nuestra Comunidad.

Antecedentes de vacunación	Herida limpia		Herida tetanígena (2)	
	Vacuna Td	IGT (1)	Vacuna Td	IGT (1)
<3 dosis o desconocida	SI (completar pauta)	NO	SI (completar pauta)	SI
3 o 4 dosis	NO, si han pasado ≤ 10 años. SÍ, si han pasado >10 años	NO	NO, si han pasado ≤ 5 años. SÍ, si han pasado >5 años, en inmunodeficientes y usuarios drogas por vía parenteral	NO (3)
5 o más dosis	NO	NO	NO (Si >10 años, valorar una dosis según tipo de herida y en inmunodeficientes y usuarios drogas por vía parenteral)	NO (3)

- 1) **IGT: inmunoglobulina antitetánica.** Administrar en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrarán 500 UI.
- 2) **Heridas tetanígenas:** heridas o quemaduras con importante grado de tejido desvitalizado (p. ej. aplastamiento) o de pérdida de tejido; heridas punzantes (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol, o contaminadas con polvo, heces, tierra o saliva); las contaminadas con cuerpo extraño especialmente de origen biológico (madera); heridas por misil o con fractura; mordeduras; congelación; las que requieran intervención quirúrgica y que ésta se retrase > 6 horas; y las que se presenten en pacientes con sepsis sistémica.
- 3) **SI en heridas tetanígenas “de alto riesgo”:** las contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado, o en cualquier herida tetanígena en **inmunodeficientes y usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)** independientemente de su estado de vacunación.

4.5- Anticoncepción de emergencia

Se recomendará siempre, independientemente del momento del ciclo menstrual en el que se encuentre la mujer.

- Si han transcurrido menos de 72 horas de la agresión, se facilitará por parte del Servicio de Urgencias un tratamiento anticonceptivo de emergencia con Levonorgestrel, 1.5 mg en dosis única.
- Si han transcurrido entre 72 horas y menos de 5 días de la agresión, el procedimiento anterior es menos eficaz, por ello se pautará Acetato de Ulipristal 30 mg (ElleOne®) en una sola dosis vía oral, que se proporcionará en el Servicio de Urgencias.

Se le informará que debe estar pendiente de su próxima menstruación. También se le comentará que en el caso de embarazo, puede optar por su interrupción según la *Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.

5- CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE LESIONES

Después de realizada toda la actuación clínica, el personal facultativo emitirá el **Parte de Lesiones** (Anexo IV), que será remitido al Juzgado de Guardia. La realización del Parte de Lesiones es obligatoria, independientemente de que la mujer quiera o no presentar denuncia y deberá contemplar todos los aspectos recogidos en el Anexo IV.

En el Parte de Lesiones debe recogerse de forma explícita todo lo que cuente la mujer, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer y si hay sospechas de sumisión química.

El Parte de Lesiones se realiza por triplicado, una copia se envía al Juzgado, otra permanece en la Historia Clínica y la otra debe ser entregada a la mujer. El médico o médica forense realizará su informe para el Juzgado.

6- CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Se ingresará a aquellas mujeres que presenten:

- Un importante daño físico, genital o extragenital.
- Un grave deterioro psíquico.
- Imposibilidad de retorno al domicilio y carencia de centro asistencial de acogida.

7- VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL

Desde el Servicio de Urgencias, si la mujer lo desea, se comunicará al profesional de Trabajo Social la existencia de un caso de agresión/abuso sexual. En el supuesto de que la mujer acuda a Urgencias en un horario diferente al del profesional de Trabajo Social, se derivará a éste, mediante una Hoja de Interconsulta, para realizar la intervención social con la mayor inmediatez posible.

7.1- Intervención social en crisis

El profesional de Trabajo Social dependiendo del estado de la mujer, valorará la necesidad de realizar una **intervención social en crisis** con el objetivo de crear un contexto de seguridad, confidencialidad y facilitador de la comunicación, disminuir el estado de ansiedad, apoyar y tranquilizar a la mujer y describir y explicar el escenario hospitalario por el que va a transitar.

En el caso de las menores de 18 años el profesional de Trabajo Social deberá realizar esta intervención social tanto con la menor como con sus responsables legales, puesto que todos ellos pueden ser objeto de valoración e intervención.

7.2- Plan de intervención social

El dictamen técnico que realiza el profesional de trabajo social del hospital, derivado del estudio y la valoración previos de la paciente, la familia y el entorno, posibilita una visión global e integral de la situación e identifica las debilidades y fortalezas (factores de riesgo y de protección). Este diagnóstico servirá de base y orientación para el diseño del Plan de Intervención.

El profesional de trabajo social del hospital acordará con la mujer un Plan de Intervención que puede comprender las acciones siguientes:

- El apoyo psicosocial durante todo el proceso.
- La intervención sobre los factores de riesgo y el refuerzo de los indicadores de protección detectados (personales, familiares y del entorno social).
- La información y orientación sobre los recursos, servicios y prestaciones según las características de cada situación (personales, familiares, servicios sociales, judiciales, asociaciones, sanitarios, etc.).
- La coordinación con el personal del equipo asistencial del hospital durante todo el proceso de intervención y seguimiento.

- La coordinación con los profesionales externos pertinentes en cada caso (Trabajo Social de Atención Primaria), y otros servicios (Servicios Sociales de Atención Primaria Municipales, Centro de Atención Integral, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Juzgado de Guardia, etc.).
- En casos de menores de 18 años, se tendrá en cuenta la necesaria coordinación con el Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia del Instituto Cántabro de Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, así como con la Fiscalía de Menores de Cantabria.
- Emisión del Informe Social a petición del Juzgado o Fiscalía correspondiente.

8- ACTUACIONES E INFORMACIÓN AL ALTA

Se le informará de los controles de seguimiento que se van a realizar tras el alta hospitalaria y la importancia de los mismos, así como del centro donde puede realizarlos, asignándole si es posible, la cita para la primera revisión.

Área de Salud	Centro Revisiones posteriores
Santander	Consultas de Ginecología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Consulta de Enfermedades Infecciosas
Torrelavega y Reinosa	Consultas de Ginecología Hospital Sierrallana Consultas de Medicina Interna
Laredo	Consultas de Ginecología Hospital de Laredo Consultas de Medicina Interna

Se le remitirá, si la mujer lo desea, a la Unidad de Salud Mental correspondiente para recibir atención psicológica.

El profesional de Trabajo Social adscrito al Servicio de Urgencias Hospitalario consensuará con la mujer al alta hospitalaria o posteriormente, el Plan de Intervención Social, en el que se establecerán los servicios y recursos a utilizar dependiendo de las características de cada situación particular y la derivación al profesional de Trabajo Social del Centro de Salud.

Se debe informar a la mujer de otros recursos no sanitarios existentes en la Comunidad donde pueden ofrecerle atención, apoyo y asesoramiento (Anexo V).

Puede ser necesario, en algunos casos, contactar con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para acompañar a la mujer a presentar la denuncia o a su domicilio, centro de acogida, etc.

9- SEGUIMIENTO Y CONTROLES POSTERIORES

9.1- Control del tratamiento de quimioprofilaxis postexposición al VIH

Las mujeres que tras consentimiento inicien tratamiento con antiretrovirales deben seguir unos controles que se realizarán de acuerdo a la organización de cada hospital, por la Consulta de Infecciosas en el caso del HUMV o por Medicina Interna en el Hospital Sierrallana y en el Hospital de Laredo.

Seguimiento de los posibles efectos secundarios:

- **Control a las 72 h:** Se evaluará la pauta estándar de quimioprofilaxis y si procede ajustarla o modificarla.
- **Control clínico semanal:** Se valorará el estado general y tolerancia a la medicación.
- **Control analítico quincenal:** Se solicitará hemograma, control hepático y renal.

Seguimiento de la posible seroconversión:

- **Control a las 4-6 semanas:** Serología de VIH.
- **Control a los 3-4 meses:** Serología de VIH si fue negativa previamente. Si se utiliza una prueba de antígeno/anticuerpos de cuarta generación (incluye la detección del antígeno p24) el seguimiento puede concluir 4 meses después de la exposición.
- **Control a los 6 meses:** Serología de VIH si fue negativa previamente y no se utiliza una prueba de antígeno/anticuerpos de cuarta generación.

9.2- Controles ginecológicos

Control a los 7 días:

- Valorar la evolución de las lesiones genitales que haya podido sufrir.
- Informar de los resultados de las pruebas realizadas en el Servicio de Urgencias.
- Repetir cultivos endocervicales para descartar la presencia de gonococos y clamydias, si estos fueron negativos en Urgencias.
- Valorar nuevamente el estado emocional, teniendo en cuenta las fases por las que puede pasar una mujer víctima de violencia sexual. Informar nuevamente de la existencia de la posibilidad de derivación a la Unidad de Salud Mental y de los recursos específicos para apoyo psicológico, existentes en Cantabria.
- Valorar la evolución personal, familiar y social contemplada en el Plan de Intervención Social.

Control 4-6 semanas:

- Informar sobre los resultados de las pruebas complementarias realizadas.
- Repetir cultivos de ITS (gonococos, clamydias, tricomonas) si fueron negativos en el último control.
- Prueba de embarazo si amenorrea.

- Poner la segunda dosis de vacuna de hepatitis B, en aquellos casos en que se administró la primera dosis en Urgencias por desconocer el estado inmunitario. No ponerla si los marcadores pedidos en Urgencias indican que la mujer ya es portadora (HBsAg +) o que ha pasado la hepatitis B con anterioridad (AntiHBc +, AntiHBs +).
- Repetir serología de VIH, si ha sido negativa previamente y no se está realizando un control del riesgo de seroconversión por otro servicio.
- Repetir serológica de VHB y VHC si fue negativa previamente.
- Valoración del estado psicológico y proponer derivación a la Unidad de Salud Mental si se precisara.
- Valoración de la evolución personal, familiar y social contemplada en el Plan de Intervención Social.

Control a las 3-4 meses:

- Repetir serología de VIH si fue negativa previamente y no se está realizando un control del riesgo de seroconversión por otro servicio. Si se utiliza una prueba de antígeno/anticuerpos de cuarta generación para el VIH (incluye la detección del antígeno p24) el seguimiento puede concluir 4 meses después de la exposición.
- Repetir serología VHB y VHC si ha sido negativa previamente.
- Repetir serología de sífilis.
- Valoración del estado psicológico y proponer derivación a la Unidad de Salud Mental si se precisara.
- Valoración de la evolución personal, familiar y social contemplada en el Plan de Intervención Social.

Control a los 6 meses:

- Repetir serología de VIH si fue negativa previamente, no se está realizando un control del riesgo de seroconversión por otro servicio y no se ha utilizado una prueba de antígeno/anticuerpos de cuarta generación, que incluye la detección del antígeno p24.
- Repetir serología VHC si ha sido negativa previamente.
- Pedir marcadores de la hepatitis B (HBsAg) en mujeres previamente no inmunizadas, para descartar la infección aunque se haya administrado gammaglobulina.
- Poner tercera dosis de vacuna de hepatitis B, si HBsAg es negativo.
- Valoración del estado psicológico y proponer derivación a la Unidad de Salud mental si se precisara.
- Valoración de la evolución personal, familiar y social contemplada en el Plan de Intervención Social.

Si alguna de las pruebas que fueron negativas en el Servicio de Urgencias, se positiviza en los controles de seguimiento, debemos comunicárselo a la mujer para que pueda incorporarlo a la denuncia judicial, e iniciar el tratamiento o la derivación pertinente.

ANEXO I

AGRESIONES SEXUALES MEDIANTE SUMISIÓN QUÍMICA

El Instituto Nacional de Toxicología refiere que en los últimos años se ha detectado un aumento de los casos de agresiones sexuales en situaciones de abuso de alcohol y otras drogas y también de uso intencional de sustancias químicas.

En el contexto español, las agresiones sexuales premeditadas, donde el agresor de forma intencionada proporciona droga a la víctima (**Sumisión Química**), son minoritarias aunque cada vez se producen con más frecuencia. La inmensa mayoría de casos obedece a patrones oportunistas y no premeditados (**vulnerabilidad química**) donde las agresiones sexuales se producen aprovechándose de una persona prácticamente inconsciente, debido a un consumo voluntario de drogas. La droga que aparece en la mayoría de casos es el alcohol. Este tipo de agresiones también se han descrito en el marco de la pareja con el aprovechamiento del estado de embriaguez de la mujer para realizar prácticas sexuales no consentidas o presionando para el consumo de tóxicos con la finalidad de disminuir su resistencia frente a agresiones sexuales o prácticas sexuales no consentidas.

La víctima suele ser una mujer joven, habitualmente menor de 30 años, aunque también se han descrito casos en mujeres mayores.

El agresor suele ser un varón, que en un alto porcentaje de los casos (hasta en el 70%) es un conocido de la víctima, bien un amigo, una expareja, un vecino o un conocido reciente. Sólo en un número reducido de casos el agresor es un completo desconocido.

La Sumisión Química puede consistir en:

- Ingestión involuntaria de sustancias incapacitantes.
- Ingestión voluntaria de sustancias como el alcohol y/o drogas a la que se suma la ingestión involuntaria de sustancias incapacitantes añadida a la bebida o la comida por una tercera persona.
- Consumo voluntario de sustancias incapacitantes como el alcohol y/o drogas, que el agresor aprovecha para su beneficio.

Sustancias de uso más frecuente

De entre todas las sustancias psicoactivas las más frecuentemente implicadas en estos casos son:

- **Alcohol etílico:** utilizado en un alto porcentaje de las sumisiones químicas (75%) sólo o asociado a otro tipo de sustancia. Produce desinhibición, amnesia etc. Detectable en sangre y orina hasta varias horas después de la ingesta.
- **Benzodiacepinas:** de frecuente utilización el triazolam, oxazepam y flunitrazepam. También se han descrito casos con lorazepam, bromazepam, clonazepam y alprazolam. Entre sus efectos aparece la triada: automatismo, desinhibición y amnesia anterógrada. Detectables en orina hasta 24 horas después de la ingesta oral.
- **Gammahidroxibutirato:** de efecto rápido y corto. Las concentraciones fisiológicas se alcanzan a las 6-8 horas en sangre y a las 12 horas en orina.
- **Otras sustancias:** Cannabinoides y cocaína, zolpidem, zopiclona, derivados de la metilendioximetanfetamina, hidrato de coral, ketamina o fentanilo, LSD, atropina, escopolamina y así hasta 30 sustancias.

Características de las sustancias químicas

Las sustancias más frecuentemente empleadas son depresores del sistema nervioso central y suelen presentar las siguientes características:

- Acción rápida y corta duración. De esta manera se facilita el control de la víctima por el agresor y se evita la posibilidad de levantar sospechas.
- Insípidas, incoloras e inodoras, muy solubles en medio acuoso, lo que dificulta la detección por la víctima.
- Fáciles de obtener, como el alcohol etílico o determinados medicamentos.
- Efectos inespecíficos que pueden confundirse con una intoxicación etílica o trastorno orgánico, lo que puede llevar a un retraso en la sospecha diagnóstica, mientras la sustancia es eliminada del organismo.
- De fácil administración, generalmente por vía oral añadidas a bebidas que enmascaran el sabor y el color. Casi siempre se trata de bebidas alcohólicas con lo que se potencian sus efectos.
- Activas a dosis bajas, para permitir que pasen inadvertidas.
- Producen efectos de sumisión buscados por el agresor para tener a la víctima bajo su control.

Principales efectos buscados o esperados por el agresor

- Amnesia anterógrada o incapacidad de memorizar hechos nuevos. En la Sumisión Química se produce el síndrome amnesia-automatismo: problemas del comportamiento, estado de confusión, actitud de consentimiento y conducta automática, seguida de amnesia anterógrada total o casi total.

- Sedación: altera la capacidad de vigilia, de atención y de respuesta ante la agresión. En ocasiones, la víctima recupera la conciencia durante la agresión sexual pero vuelve a desmayarse, incluso varias veces.
- Efectos alucinógenos con desorientación espacial y temporal de la víctima, con lo que, a veces, se duda de su testimonio.
- Desinhibición: aceptación de situaciones y conductas por parte de la víctima que hubiera considerado intolerables en estado de consciencia normal

Presentación Clínica

La detección de los casos de agresión sexual por Sumisión Química se ve dificultada por una serie de factores tales como el retraso en solicitar ayuda lo que facilita la eliminación del tóxico, las bajas dosis empleadas y la confusión de este cuadro clínico con el de una intoxicación etílica voluntaria.

Los síntomas suelen ser inespecíficos, habitualmente neurológicos y la anamnesis puede resultar complicada por la angustia de la paciente, la amnesia parcial o total de los hechos y el estado de confusión en el que se encuentra.

En la exploración física se suelen observar escasas lesiones genitales, debido a la falta de resistencia como consecuencia de la sustancia administrada.

El relato más frecuente que hace la víctima, es que estaba en una fiesta, una cena de trabajo o incluso en casa de un amigo o conocido y que tras consumir una bebida perdió la conciencia. Cuando la recupera horas más tarde, está confusa, no recuerda lo que ha pasado en ese intervalo de tiempo y tiene la sensación de haber mantenido relaciones sexuales.

Es necesario que el personal sanitario conozca las características fundamentales del cuadro clínico para que pueda establecer una sospecha diagnóstica y prestarles a las víctimas una atención adecuada. Además es fundamental su colaboración con la o el forense en la recogida de las muestras biológicas que dicho profesional solicite.

Tipos de muestras para estudios toxicológicos en sujetos vivos

El análisis toxicológico permite obtener la prueba científica de la sumisión y el diagnóstico de certeza, para lo cual es necesario obtener muestras biológicas de la víctima lo antes posible a fin de evitar la desaparición del tóxico del organismo. Para ello, el Ministerio de Justicia dictó en Julio 2012 las "*Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación*", dirigidas a los servicios médico forenses de los Institutos de Medicina Legal, órgano competente en esta materia.

La recogida de estas muestras corresponde al ámbito forense:

- **Sangre venosa periférica**

Informa del consumo reciente de la sustancia y además puede permitir establecer la correlación entre la concentración y el efecto clínico. Como la eliminación de estas sustancias es rápida, en el caso de existir cierto retraso en solicitar ayuda médica, es probable que la sustancia administrada haya desaparecido de la sangre.

- **Orina**

Es una muestra, habitualmente abundante, que también informa del consumo reciente, que ofrece ventanas de detección superiores a la sangre que pueden llegar a ser de varios días, como en los cannabinoides y metabolitos de algunas benzodiazepinas.

- **Cabello y pelos.**

En casos muy seleccionados en los que no se ha podido hacer una toma de muestra inmediata, o se estima que ya se ha producido la eliminación del tóxico en sangre y orina, se puede citar a la víctima a las 4-5 semanas después del reconocimiento inicial para la recogida de uno o dos mechones de cabello cortado de la zona occipital y muy próximo al cuero cabelludo. Al ser el cabello una matriz biológica que va incorporando a su composición las sustancias químicas presentes en la sangre a medida que crece y considerando que la velocidad de crecimiento es de 1 cm al mes, mediante el análisis del segmento proximal obtenido a las 3-5 semanas se podría detectar la sustancia administrada y/o su metabolito.

Sirve para distinguir la exposición única de la crónica y para poner en evidencia el tóxico que ya ha desaparecido de la sangre y orina. Es útil disponer de un mechón obtenido en el momento de la primera consulta para conocer el historial de consumo de la paciente y así diferenciar la nueva sustancia administrada. La principal desventaja de esta matriz biológica son las bajas concentraciones que se pueden esperar tras la exposición a una única dosis del compuesto administrado.

ANEXO II

ACTUACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE CADA PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN A LA AGRESIÓN/ABUSO SEXUAL

Actuaciones del Médico/a Clínico	Actuaciones del Médico/a Forense
Realizar la evaluación clínica de la mujer	Realizar la evaluación de las lesiones físicas y emocionales
Exploración general y ginecológica	Exploración y valoración de las posibles lesiones
Recogida de muestras para estudio de ITS	Toma de muestras para búsqueda de semen en función del tipo de agresión vaginal, anal y/o bucal
Solicitud de analítica para estudio de sífilis, VIH, VHB, VHC	Búsqueda de manchas de saliva, sangre o semen, mordeduras o similares en la superficie corporal
Solicitud de Beta- HCG	Recogida de muestras de sangre y orina en caso de Sumisión Química
Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas	
Tratamiento profiláctico de ITS y VIH postexposición	
Indicar profilaxis frente a Hepatitis B y tétanos si procede	
Pautar anticoncepción de emergencia	
Realización del Parte de Lesiones (Anexo IV)	Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado
Colaborar con el Médico/a Forense	Colaborar con el Médico/a Clínico

ANEXO III

INFORMACIÓN FACILITADA A LAS MUJERES SOBRE LA QUIMIOPROFILAXIS DE VIH POSTEXPOSICIÓN

El riesgo de infectarse por el VIH tras una relación sexual sin protección con una persona infectada por el VIH o con sospecha de estar infectada es variable según el tipo de exposición, oscilando entre un 0,01% y un 3%.

La quimioprofilaxis es un tratamiento preventivo que consiste en tomar durante 4 semanas medicamentos frente al VIH (antirretrovirales) con el objetivo de reducir el riesgo de infectarse por el virus tras haberse expuesto al mismo.

Los datos disponibles sugieren que este tratamiento es eficaz en la mayoría de los casos para evitar la infección. Se debe iniciar lo antes posible y como máximo hasta 72 horas después de la exposición, no estando indicada si el tiempo transcurrido es mayor. Cuando la profilaxis postexposición está indicada, sus beneficios superan sus riesgos potenciales.

Los medicamentos antirretrovirales pueden producir efectos secundarios con frecuencia, aunque en general no son graves y se suelen resolver tras finalizar el tratamiento. Los más habituales son cansancio, náuseas, vómitos, dolor abdominal, flatulencia, dolor de cabeza, insomnio, mareos y dolores musculares. Con menor probabilidad pueden producir reacciones alérgicas, erupciones cutáneas, anemia, alteraciones renales y hepáticas.

Los medicamentos antirretrovirales pueden ser incompatibles con otros medicamentos, por lo que debe informar al médico/a de todos los fármacos que está tomando.

Si está embarazada o cree que puede estarlo comuníquesele a su médico/a. Durante el tratamiento preventivo y posteriormente durante 4-6 meses se le realizará un seguimiento periódico en la consulta de Infecciosas/Medicina Interna/Medicina Preventiva para continuar el seguimiento. Si tiene alguna duda puede realizar todas las preguntas que considere oportunas.

Consentimiento

Entiendo que el efecto beneficioso de la profilaxis frente al VIH consiste en disminuir el riesgo de infección.

Comprendo que puede tener efectos secundarios por lo que seguiré los controles que se me indiquen en el Servicio de Infecciosas/ Medicina Preventiva / Medicina Interna

Estoy informada de que la toma de la profilaxis es voluntaria y puedo abandonarla en cualquier momento. Iniciaré la pauta antirretroviral con Trubada[®] e Isentress[®] y seguiré los controles que se me indiquen

Firma y fecha

ANEXO IV

PARTE DE LESIONES POR AGRESIÓN / ABUSO SEXUAL

D/D.^a.....
Médico/a colegiado/a en Cantabria con el nº.....
COMUNICA a usted, que en el día....., a las.....horas, he atendido en el centro sanitario
.....
a D.^a, nacida el/...../.....,
con DNI/NIE....., domicilio en (calle y nº).....
CP.....Localidad.....Provincia.....Teléfono.....

REMITE el siguiente INFORME MÉDICO por presunta AGRESIÓN SEXUAL

DESCRIPCIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS, según la declaración de la víctima:

Relación con el agresor: Desconocido Conocido (especificar: compañero íntimo, amigo,
padre, compañero madre, etc.).....

Tipo de violencia sexual: Vaginal Anal Oral Con Instrumentos.....

Descripción de la agresión, especificar lugar, día y hora:.....
.....
.....
.....
.....

Actuaciones previas que pudieran eliminar pruebas (ducha, irrigación vaginal, orinar, cambio de
ropa):.....

OBSERVACIONES DE INTERES:

Embarazo actual: SI NO Discapacidad: SI NO

Consumo asociado de: Alcohol Drogas Sospecha de sumisión química: SI NO

Victima acude: Sola Acompañada.....

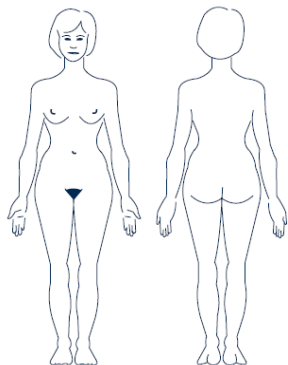
Intención de presentar denuncia: SI NO Dificultades con el idioma: SI NO

ESTADO EMOCIONAL:

Temor/Miedo Vergüenza/Culpa Ansiedad Llanto/Rabia Bloqueo/Shock

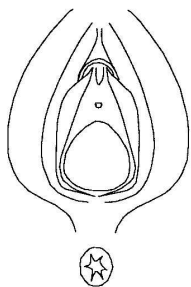
Descripción:.....
.....
.....

EXPLORACIÓN FÍSICA, especificar tipo, tamaño, data y localización de las lesiones



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA, describir de forma pormenorizada las lesiones



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS:

- Cultivo vaginal Cultivo endocervical Cultivo anal Cultivo bucal
 Serología Sífilis Serología Hepatitis B y C Serología VIH Beta HCG en sangre

TRATAMIENTO REALIZADO:

- Profilaxis ITS Profilaxis Hepatitis B Profilaxis VIH Profilaxis antitetánica
 Anticoncepción de emergencia

RECURSOS ACTIVADOS:

- Trabajo Social Hospitalario Unidad Salud Mental Centro de Atención Integral a Víctimas VG
 Fuerzas de Seguridad (Policía, Guardia civil...) Otro.....

DESPUES DE SER ATENDIDA:

- Ha sido dada de alta del Centro Sanitario Ha sido ingresada en el Centro Sanitario

Lo que le comunico a usted a los efectos oportunos, en.....a.....de.....20...

Nombre y Apellidos.....

Firma:

ILTMO/A. SR/A JUEZ DE INSTRUCCIÓN DEL JUZGADO DE GUARDIA

ANEXO V- RECURSOS NO SANITARIOS PARA LA ATENCION A VICTIMAS

RECURSOS COMUNITARIOS ESPECIFICOS PARA SITUACIONES URGENTES (Servicio 24 horas)
<ul style="list-style-type: none">- Protección Civil Emergencias 112: Activa todos los recursos necesarios (policiales, sanitarios, etc)- Cuerpo Nacional de Policía: 091 (Solo para el Ayuntamiento de Santander y Torrelavega)- Unidad específica de la Policía Nacional: UFAM (Unidad de Atención Familia y Mujer)<ul style="list-style-type: none">- Santander Tel: 942 361080/81 y 091 (24h)- Torrelavega Tel: 942 808623 y 638841763 (24h)- Guardia Civil: 062 (Para el resto de los Ayuntamientos de Cantabria)- Unidad específica de la Guardia Civil: Equipo de Atención a la Mujer y al Menor (EMUME) Tel.: 942 321400, Ext :2320. FAX: 942 354110. La atención urgente 24h. se presta a través del 062 (Se tendrán en cuenta los teléfonos de la Guardia Civil de cada zona)- Policía Local: Cuando se disponga de este servicio en el Ayuntamiento
RECURSOS COMUNITARIOS ESPECIFICOS
<ul style="list-style-type: none">- Centro de Información y Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria. (Dirección General de Igualdad y Mujer). Tel.: 942 214141 Área de trabajo específica sobre agresión sexual, abuso sexual y acoso sexual (Equipo Multidisciplinar: trabajo social, psicología, derecho, sexología y psiquiatría).- Subdirección de Atención a la infancia, adolescencia y familia del Gobierno de Cantabria. SIAIF (ICASS). Tel: 942 200010 Área de trabajo específica con menores que tienen incoado expediente de protección con sospecha o confirmación de agresión sexual o/y abuso sexual.- Servicios Sociales de Atención Primaria Municipales- CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales). Tel.: 942 219500.
RECURSOS COMUNITARIOS GENERALES
<ul style="list-style-type: none">- Dirección General de Igualdad y Mujer. Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Gobierno de Cantabria. Tel.: 942 207295- Fiscalía de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Tel: 942-357105- Fiscalía Sección Territorial Torrelavega. Tel: 942-881127- Fiscalía Sección Territorial de Laredo: Tel: 942 604 003- Unidad de valoración Forense Integral Tel: 942-357114 Exten: 40927- Oficina de Asistencia a las Víctimas de delitos violentos. Tel: 942-357145- Colegio de Abogados/as de Cantabria. Tel.: 942 364700- Intérprete de lenguaje de signos para mujeres sordas Tel: 942 23 52 32
RECURSOS DE ÁMBITO NACIONAL
<ul style="list-style-type: none">- Información contra el maltrato (24 h): 016 (no deja huella en la marcación)- Teléfono de Información a la Mujer: 900 191 010- Dispositivo telefónico para mujeres sordas: 900 152 152

BIBLIOGRAFIA

- **A. Castelló, F Francès y F Verdú.** Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. *Cuad Med Forense* 2009 15(55):17-35 Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/107-2015-03-24-S8%20B.pdf>
- **Amnistía Internacional. Sección Española.** *Una vida sin violencia para mujeres y niñas. Las otras víctimas de la violencia de género: Violencia sexual y trata de personas.* 2009 Disponible en: <http://es.amnesty.org/en/campaigns/stop-violence-against-women>
- **Bani-Sadr F, Teissiere F, Curie I, Bernard I, Melchior JC, Brion F, Durigon M, Perrone C, De Truchis P.** *Anti-infection prophylaxis after sexual assault. Experience of the Raymond Poincare-Garches Hospital.* *Presse Med* 2001; 30: 253-8.
- **BOE. Orden JUS/1291/2010,** por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Artículo 35. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>
- **C. García-Caballero, A. Cruz-Landeira y Ó. Quintela-Jorge.** Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid) durante los años 2010, 2011 y 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2013.07.003>
- **C.A.V.A.S.** *Plan de coordinación para la asistencia inmediata a víctimas de agresiones sexuales.* Santander. 2000.
- **Cagigas Arriazu A.** *Una década trabajando en la erradicación de la violencia de género en Cantabria (1993-2003).* Santander, Asociación "Consuelo Berges". 2004.
- **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Sexually transmitted Diseases treatment guidelines 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
- **Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Hospital Clínico San Carlos. Comisión contra la Violencia.** *Guía de Detección Clínica de la sumisión química.* 2016
- **Cruz Landeira A, Quintela Jorge O, López Rivadulla M.** *Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico.* *Med Clin (Barc)* 2008;131(20):783-9 Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13130017&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=124&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v131n20a13130017pdf001.pdf
- **De Miguel JR.** *Agresión sexual y violación.* En Usandizaga JA y de la Fuente P. *Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen 2 (2ª ed),* Mc Graw-Hill Interamericana;2004:595-601.
- **De Miguel JR; Toca ML; Esteban V; Valdor C:** *La agresión sexual y violación como consulta ginecológica de urgencias: estudio 1986-1988.* *Toko-Gin Pract.* 1990. 49.3:138-144 Disponible en : http://www.em-consulte.com/showarticlefile/114946/pdf_58664.pdf
- **Fong C.** *Post-exposure prophylaxis for HIV infection after sexual assault: when is it indicated?* *Emerg Med J* 2001; 18:242-5.
- **Gallardo S, García Pérez M, Martel Santiago CR, Gutiérrez García L, Pérez Matos, C, Valle Morales L.** *Agresión Sexual.* XXII Congreso Regional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias. Junio 2012 Santa Cruz de Tenerife
- **García-Moreno C et al.** *Estudio multipaís de la sobre salud de la mujer y violencia doméstica.* Ginebra, OMS. 2005. Disponible en: <http://www.who.int/gender>

- **García-Repetto R, Soria ML.** *Sumisión Química: reto para el toxicólogo forense.* Rev Esp Med Legal. 2011;37(3):105-112. Disponible en:
- **Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad.** *Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales.* 2007 Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloAgresionesSexuales.pdf>
- **Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad.** *Vacunaciones.* Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=vacunaciones>
- **González Fernández J, Pardo Fernández E.** *El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual.* 2007 Disponible en: <http://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>
- **Gosset D, Hedouin V.** *Sexual assaults.* Rev Prat 2002; 52:734-8.
- **Gutiérrez Rumayor B, Gutiérrez Camus M.** *17 Años de asistencia a víctimas de agresiones sexuales en Cantabria (1987-2003).* CAVAS. 2005
- **Hospital de Basurto-Instituto Vasco de Medicina Legal de Vizcaya.** *Protocolo de actuación ante las agresiones sexuales.* Diciembre 2009 Disponible en: <http://svgo.es/sites/default/files/Agresiones%20sexuales.pdf>
- **Krug, E. Dahlberg, L. Mercy, J. Zwi, A. Lozano, R. eds.** *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Ginebra: OMS. 2002. Publicación científica y técnica nº 588. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
- **Lete A.** *Acuerdo interinstitucional para la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales. Protocolo de actuación.* Pamplona, Instituto Navarro de la Mujer, 2002.
- **Ley Orgánica 1/2015,** de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal; BOE número 77 de 31/03/2015
- **Linet T, Nizard J.** *Constats de violences sexuelles: redaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique.* Masson. Paris. J Gynecol Obstret Biol Reprod 2004; 33: 99-109.
- **Ministerio de Justicia.** *Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación.* Madrid 2012 Disponible en: https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Instrucciones%20sumisi%C3%B3n%20qu%C3%ADmica.pdf?idFile=6ea7d401-a787-4bf3-a783-f49953e718c9
- **Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.** Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.* 2012. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/protocolos/home.htm>
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades.** *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016* Disponible en: <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Plan%20de%20Igualdad/PLAN%20ESTRATEGICO%20IGUALDAD%20OPORTUNIDADES%202014-2016.pdf>
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.** *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015.* Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuest a2015/home.htm>.
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Estadísticas sobre "Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales".* Disponible en : www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta

- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Cualitativo sobre la relación entre el consumo de drogas y los abusos sexuales en espacios de ocio nocturno. Informe Técnico. Disponible en http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2015_FSYC._Informe-Noctambulas.pdf
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre el SIDA.** *Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Actualización marzo 2015* Disponible en: http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/borrador/2015/gesida-guiasclinicas-2015-BR-Profilaxis_VIH_VHB_VHC.pdf
- **Servicio Canario de Salud.** Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. *Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria.2015* Disponible en: www.gobiernodecanarias.org/.../export/.../GuiaAtencionViolencia11.pdf.
- **U.S. Department of Health and Human Services.** Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015
- **Workowski Kimberly A, Berman Stuart.** *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010.* Morbidity and mortality weekly report. December 17, 2010/ Vol 59 / nº RR-12. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5912.pdf>.
- **Xifró A, Barbería E, Pujol A, Arroyo A, Bertomeu A.** *Sumisión Química: guía de actuación médico-forense.* Revi Esp Med Legal 2013;39 (1):32-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.11.003>