

# **TRABAJO FIN DE GRADO**

## **MEDICINA**



### **Comparación del porcentaje de consultas ambulatorias en psiquiatría de pacientes víctimas de abuso sexual atendidas mediante el código VISEM por psiquiatra o médico no especialista en psiquiatría.**

Nombre del Alumno: Ignacio Nacenta Fernández

Servicio del Tutor: Psiquiatría

Nombre del Tutor Clínico: Diana Batet Sánchez

Nombre del Tutor Metodológico: Emilia Condes Moreno

Hospital: Hospital Universitario de Getafe

Se lo agradezco a mi familia, amigos y la cerveza fresca posterior a la biblioteca.

## Índice

1. Resumen y palabras clave .....	1
2. Abstract and keywords.....	2
3. Introducción.....	3
4. Hipótesis y objetivos.....	6
5. Metodología.....	7
a) Diseño.....	7
b) Población de estudio.....	7
c) Cálculo del tamaño muestral.....	7
d) Variables .....	8
e) Recogida de datos.....	9
f) Análisis estadístico .....	10
6. Aspectos éticos y legales.....	12
7. Resultados .....	13
8. Discusión.....	17
9. Conclusión.....	21
10. Bibliografía .....	22
Anexo I. Carta de aprobación del CEIm. ....	I
Anexo II. Tablas 1, 2 y 3.....	III

## 1. Resumen y palabras clave

- Introducción y objetivo principal: Las agresiones sexuales son un problema de salud pública con graves consecuencias a nivel tanto clínico como mental. Para hacerle frente la Comunidad de Madrid introdujo del 2022 el código VISEM que protocoliza la atención a estas pacientes en urgencias. Este trabajo busco analizar principalmente si la atención en urgencias por parte de un psiquiatra disminuye la necesidad de consultas ambulatorias psiquiátricas posteriores.
- Metodología: Se diseñó un estudio analítico, longitudinal y retrospectivo en el Hospital Universitario de Getafe, incluyendo a mujeres mayores de 16 años atendidas bajo el protocolo VISEM entre julio de 2022 y noviembre de 2024. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas mediante revisión de historia clínica electrónica. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y multivariante.
- Resultados: Se recogió la historia de 62 pacientes con una mediana de edad de 24 años. El 35,5% fueron atendidas por un psiquiatra en urgencias. El 38,7% requirió atención ambulatoria posterior por psiquiatría. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ser atendida por un psiquiatra en urgencias y requerir consulta posterior, aunque se observó una posible tendencia a menor seguimiento ambulatorio en este grupo.
- Discusión: Aunque no se encontraron relaciones estadísticamente significativas, se teoriza que esto puede ser por el pequeño tamaño muestral. La literatura apoya la idea de que una atención temprana por un profesional formado en primeros auxilios psicológicos reduce el impacto a nivel de salud mental en estas pacientes.
- Conclusiones: No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos comparando pacientes que habían sido atendidas por un psiquiatra en VISEM con las que no a la hora de necesitar consulta ambulatoria. Sin embargo, las diferencias numéricas entre ambos grupos podrían indicar una posible tendencia que no puede demostrarse debido al insuficiente tamaño muestral.
- Palabras clave: Violencia sexual, atención psiquiátrica, urgencias hospitalarias, código VISEM, salud mental, agresión sexual.

## 2. Abstract and keywords

- Introduction and main objective: Sexual assaults are a public health problem with serious clinical and mental consequences. In order to address this problem, the Community of Madrid introduced the VISEM code in 2022, which establishes a protocol for the care of these patients in the emergency department. The main aim of this study was to analyze whether emergency care by a psychiatrist reduces the need for subsequent psychiatric outpatient consultations.
- Methodology: An analytical, longitudinal and retrospective study was designed in the Hospital Universitario de Getafe, including women over 16 years of age attended under the VISEM protocol between July 2022 and November 2024. Sociodemographic and clinical variables were collected by reviewing electronic medical records. Descriptive, bivariate and multivariate analysis was performed.
- Results: The history of 62 patients with a median age of 24 years was collected. Thirty-five point five percent were seen by a psychiatrist in the emergency department. 38.7% required subsequent outpatient care by a psychiatrist. No statistically significant differences were found between being seen by a psychiatrist in the emergency department and requiring subsequent consultation, although there was a possible trend towards less outpatient follow-up in this group.
- Discussion: Although no statistically significant relationships were found, it is theorized that this may be due to the small sample size. The literature supports the idea that early care reduces the psychological impact on these patients
- Conclusions: No statistically significant results were obtained comparing patients who had been seen by a psychiatrist in VISEM with those who had not in terms of needing outpatient consultation. However, the numerical differences between the two groups could indicate a possible trend that cannot be demonstrated due to the insufficient sample size.
- Key words: sexual violence, psychiatric care, hospital emergency department, VISEM code, mental health, sexual aggression.

### **3. Introducción**

La OMS plantea la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (1) La legislación española, a grandes rasgos, diferencia dos grandes grupos de violencia sexual: la agresión sexual, que son actos de contenido sexual que se llevan a cabo sin consentimiento, empleándose violencia, intimidación o abuso, y el acoso sexual, solicitud de favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, que provoque a la mujer una situación objetivamente y gravemente intimidatoria, hostil o humillante. Si bien también se contemplan otros tipos de violencia sexual, como el matrimonio forzado, la mutilación genital femenina, la trata de personas o la inducción a la prostitución, etc. (2)

Los principales grupos de riesgo para padecer este tipo de violencia son mujeres y colectivos vulnerables (niños, colectivo LGTBI+, colectivos discriminados por raza y/o etnia, y personas con discapacidad física y/o intelectual). (3)(4) Este tipo de violencia ha demostrado ser una crisis a nivel global, de difícil medición y prevalencias extremadamente variables según el país. En EE. UU., en 2022, un 0,11% del total de la población sufrió una violación o un asalto sexual, sin tener en consideración otras formas de abuso o violencia sexual ni a menores de 12 años, un porcentaje prácticamente igual al de los robos. (5) A nivel europeo, la última encuesta para ver la magnitud del problema fue realizada en 2012, arrojando resultados tan alarmantes como que un 11% de las mujeres, desde los 15 años, han sufrido en algún momento violencia sexual, y un 5% han sido violadas. (6) Estos porcentajes variaban ostensiblemente entre países, siendo los más altos en Finlandia, Dinamarca y Letonia, llegando a un 30%, con otros, como Croacia, Austria o Eslovenia, en torno al 13%. (6) Las razones que dificultan su medición son múltiples y variadas: las diferentes percepciones que tienen distintos países y culturas, ya no solo a nivel legal sino social, de lo que constituye violencia sexual difiere radicalmente. Si bien España entiende como violencia sexual toda aquella realizada sin consentimiento, independientemente de la relación entre agresor-víctima, otros países como India no recogen en su código penal como violación ningún acto forzado cuando es realizado por su marido (7), incluso en ciertos países se puede evitar el enjuiciamiento

por violación si el perpetrador se casa con la víctima como es el caso de Costa de Marfil (8). Difícilmente podremos esperar en estos países estadísticas oficiales fiables sobre violencia sexual y un contexto social que favorezcan estudios sólidos sobre el problema. Incluso dentro de un mismo país, diversos sectores van a percibir la violencia sexual de manera diferente, como puso de manifiesto la encuesta de 2018 sobre violencia sexual en España, que mostraba que personas más jóvenes con mayor nivel de formación tendían a estar más concienciadas del problema, mostrando un menor grado de tolerancia frente a la violencia sexual (9). Esto refleja otra problemática más a la hora de recoger estos datos, la falta de conciencia social sobre el problema, ya que, si alguien desconoce que se está abusando de ella, normalizando comportamientos agresivos o violentos, dificultosamente los denunciará o responderá afirmativamente a encuestas que busquen recoger datos sobre violencia sexual (problemática a la que se enfrentan también los estudios sobre violencia de género) (10). A estas complicaciones inherentes a la violencia sexual hay que añadirle que vivimos en el marco de una sociedad machista, que durante mucho tiempo ha ignorado la situación en el mejor de los casos, o directamente lo ha ocultado en el peor de ellos. Todo esto ha provocado que no se hayan hecho estudios para descubrir la incidencia y la prevalencia de este problema social hasta hace poco, y que la literatura existente en las consecuencias del abuso sexual a nivel psiquiátrico en población adulta sea insuficiente.

En España, la macroencuesta de 2019 sobre violencia de género reveló datos alarmantes, como que un 13,7% de las mujeres mayores de 16 años habían sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, además de que un 1,8% lo había sufrido en el último año. Asimismo, solo un 32,1% de las mujeres víctimas cuyo perpetrador era su pareja o expareja denunciaron, y en el caso de que el perpetrador fuera un desconocido, denunciaron un 11,7%. (11) En la Comunidad de Madrid la prevalencia fue prácticamente igual a la del resto de España, según datos de esta encuesta. Dentro de esta se valoró también el porcentaje de personas que acababan requiriendo ingreso y atención sin ingreso por un especialista en psicología o psiquiatría. A nivel de hospitalización, un 12,37% de las mujeres víctimas de abuso sexual acabaron requiriendo ingreso en algún momento de su vida, mientras que un 17,68% solicitaron asistencia de un especialista en psiquiatría o psicología, pero no requirieron ingreso. (11). A esto hay que sumarle la alta prevalencia con las graves consecuencias tanto físicas (aumento de enfermedades de transmisión sexual, aumento de enfermedades ginecológicas y embarazos no deseados,

etc.) como psiquiátricas (12). A nivel psiquiátrico la violencia sexual se ha asociado a diversos problemas de salud mental como depresión, ideación suicida, PTSD o abuso de sustancias, no se ha encontrado esa asociación con la aparición de clínica psicótica (13). Uno de los mayores factores a la hora de tener en cuenta en sus repercusiones es la relación víctima-agresor, ya que aquellas personas que sufrieron violencia sexual por parte de su pareja tenían mayor riesgo de presentar una de estas enfermedades mentales (14), además de que era más probable que no acudieran a un servicio de urgencias (15). Dentro de este grupo, las personas en mayor riesgo eran aquellas que presentaban previamente abuso de sustancias, ideación autolítica previa o antecedentes de enfermedad psiquiátrica (15). Por su alta prevalencia y sus consecuencias a nivel de salud la Comunidad de Madrid instauró en julio de 2022 un código para protocolizar la atención a las víctimas de abuso sexual en urgencias (16).

El código se activa cuando se cumplen tres requisitos: mujer de 16 años o más, víctima de una agresión sexual en las 72 horas previas (10 días o menos si hay penetración vaginal) y si existe consentimiento por parte de la paciente para la activación del código. Una vez activado, se toman medidas tanto clínicas asistenciales como medicolegales, entre las que se encuentra una valoración del estado psicológico por el servicio de urgencias y en caso de que lo consideren necesario, por el equipo de guardia de psiquiatría, explorando diversas emociones intensas que pueda estar padeciendo la paciente, como estado de shock, sintomatología postraumática, ansioso-depresiva, síntomas disociativos y otros posibles síntomas de alarma.

Debido a la reciente implantación del protocolo, no hay estudios que hayan intentado caracterizar clínicamente a las pacientes ni su evolución desde una perspectiva psiquiátrica. Además, también hay una carencia a la hora de comparar a las pacientes atendidas por psiquiatría, una vez activado el código VISEM, con las que no fueron atendidas por psiquiatría, también activado ese código VISEM. Debido a esto, con este TFG se busca paliar las carencias de conocimiento en esa área.

#### **4. Hipótesis y objetivos**

El porcentaje de pacientes que requieren atención psiquiátrica especializada ambulatoria posterior a un abuso sexual es menor cuando la víctima recibe atención psiquiátrica en urgencias dentro del protocolo VISEM frente a aquellas que no.

Objetivo principal: Comparar el porcentaje de pacientes que recibieron atención por un especialista en psiquiatría con los que no recibieron atención por un especialista en psiquiatría tras un abuso sexual dentro del protocolo VISEM a la hora de necesitar atención ambulatoria psiquiátrica.

Objetivos secundarios:

- Descripción de las características socioeconómicas de los pacientes
- Descripción de las características clínicas del paciente víctima de abuso sexual atendido por el código VISEM.
- Calcular el porcentaje de víctimas de abuso sexual atendidas mediante código VISEM que requirieron una o más consultas del servicio de psiquiatría posterior a ser atendida por el código.
- Comparar la aparición de enfermedad psiquiátrica entre las pacientes que recibieron atención por un especialista en psiquiatría con las que no recibieron atención por un especialista en psiquiatría.
- Generar un algoritmo predictivo que permita detectar a los pacientes que requerirán una mayor atención por el servicio de psiquiatría.
- Calcular la aparición de enfermedad psiquiátrica tras el evento y su posible asociación al abuso sexual.

## **5. Metodología**

### **a) Diseño**

Para cumplir con los objetivos previamente descritos se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo

### **b) Población de estudio**

Se estudio a mujeres mayores de 16 años que acudieron entre el 1 de julio de 2022 y el 1 de noviembre de 2024 al servicio de urgencias del hospital de Getafe por sospecha de abuso sexual atendidas bajo el código VISEM.

#### CRITERIO DE INCLUSIÓN

Mujer, ya sea cis o trans acreditada, mayor de 16 años víctima de un abuso sexual atendida en urgencias mediante el protocolo VISEM

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Hombre
- Mujer trans no acreditada o que no pueda acreditar que está en proceso de acreditación
- Menor de 16 años
- Paciente víctima de abuso sexual atendida fuera del protocolo del código VISEM
- Paciente víctima de acoso sexual

### **c) Cálculo del tamaño muestral**

Previamente a la introducción del código VISEM el 24,73% de las víctimas de abuso sexual han requerido atención psiquiátrica o psicológica en los últimos 12 meses (11). Con este dato presuponemos el porcentaje del grupo atendido por médicos no especialistas en psiquiatría. En un estudio realizado en la comunidad valenciana en un hospital de referencia se observó que tras la implementación de un protocolo específico para pacientes agredidas sexualmente la derivación a atención psicológica especializada fue del 12.5% (17). Por tanto, se estima que requerirá atención posterior psiquiátrica ambulatoria el 15% de las pacientes atendidas por un especialista en psiquiatría. Esto implica que necesitaremos una N total de 552, 276 atendidas por médicos especialistas en psiquiatría y 276 por médicos no especialistas en psiquiatría, con una precisión del 5%, una confianza del 95% y una reposición del 10%. Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado la calculadora de tamaño muestral granmo (18).

#### **d) Variables**

Para el presente TFG se han recogido diversas variables para obtener una visión global del paciente, que las podríamos clasificar en dos grandes grupos, sociodemográficas y clínicas.

##### Variables sociodemográficas:

- Edad (años): Recogida como variable continua
- Lugar de nacimiento
- Porcentaje de copago en farmacia (TSI): En España según tu renta media anual has de pagar un porcentaje diferente del precio de medicamento. Se dividen en varios grupos, pero los relevantes para el estudio son TSI 001, que están exentos del copago y pertenecen a ese grupo pensionistas y personas recipientes del ingreso mínimo vital, TSI 002 para rentas menores de 18.000 euros anuales, TSI 003 para rentas entre 18.000-100.000 euros anuales y TSI 004, para rentas mayores de 100.000 euros anuales. Esta variable da una idea grosso modo del poder adquisitivo de las pacientes.
- Discapacidad física/intelectual acreditada: Se considera variable dicotómica (Si/No).
- Relación con el agresor: Se clasifica en pareja, jefe, amigo, conocido, desconocido, expareja, padre y profesor.

##### Variables clínicas

- Consulta a un especialista en psiquiatría posterior a esa primera atención en el código VISEM: Se considera variable dicotómica (Si/No).
- Atendido por especialista de psiquiatría durante el código VISEM: Se considera variable dicotómica (Si/No).
- Presencia de lesiones a causa del episodio: Se considera variable dicotómica (Si/No).
- Tipo de penetración ejercida: Podrá ser vaginal, oral y anal pudiendo presentar la paciente cualquiera de las combinaciones de las tres, recogándose como desconocida cuando era una sumisión química.
- Aparición de enfermedad psiquiátrica posterior al evento NO presente anteriormente: Se considera variable dicotómica (Si/No).
- Comportamientos autolesivos: Se considera variable dicotómica (Si/No). La presencia de ideación autolesiva sin ser llevada al acto no se considerará como comportamiento autolesivo.

- Ideas autolíticas: Se considera variable dicotómica (Si/No). Se considera que aquella paciente que haya tenido alguna tentativa autolítica posteriormente a la atención dentro del código VISEM también contará como ideas autolíticas. Es importante aclarar que la ideación autolítica es un síntoma de diversas enfermedades psiquiátricas, que incluso puede aparecer sin una enfermedad psiquiátrica subyacente.
- Presencia de infección de transmisión sexual como consecuencia del episodio: Se considera variable dicotómica (Si/No). No se diferencia entre los distintos tipos de ITS
- Presencia de embarazo o test de embarazo positivo tras episodio: Se considera variable dicotómica (Si/No).

#### **e) Recogida de datos**

Este estudio retrospectivo se ha llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas electrónicas de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Getafe en urgencias entre el 1 de julio de 2022 y el 1 de noviembre de 2024.

Los datos fueron obtenidos a partir del sistema de gestión hospitalaria HIS, garantizando la veracidad y trazabilidad de la información. La selección de los pacientes se realizó a partir del servicio de Psiquiatría, considerando aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Además, se utilizaron bases de datos existentes dentro del servicio de Ginecología y Psiquiatría del Hospital Universitario de Getafe, las cuales fueron depuradas y filtradas para incluir únicamente aquellos pacientes aptos para el análisis.

El uso de la base de datos se realizó cumpliendo estrictamente con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, incluyendo el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD). Los datos fueron manejados exclusivamente por los investigadores del estudio, con acceso restringido y bajo protocolos de confidencialidad establecidos por el comité ético del centro.

La base de datos utilizada en este estudio fue seudonimizada, eliminando cualquier información que permitiera la identificación directa de los pacientes, tales como nombre, número de historia clínica o cualquier otro dato personal identificativo. Cada

paciente recibió un código único que garantizó el anonimato durante el análisis de los datos.

#### **f) Análisis estadístico**

El análisis estadístico se estructuró en tres fases: descriptivo, bivariado y multivariante, con el objetivo de caracterizar la muestra, explorar asociaciones y determinar si la atención en urgencias por el servicio de psiquiatría reducía la necesidad de atención ambulatoria posterior por psiquiatría. El análisis multivariante se realizó con la intención de generar un perfil clínico que permitiera identificar a las pacientes que más atención debían requerir por el servicio de Psiquiatría.

##### Análisis descriptivo:

Se describió las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes.

- Las variables cualitativas (como discapacidad, presencia de agresión, aparición de enfermedad psiquiátrica, etc.) se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.
- Las variables cuantitativas (como edad) se expresaron como mediana y rango intercuartílico (P25–P75), dado que no seguían una distribución normal.
- Se realizó una descripción general de la muestra y se detallaron los datos según la variable de resultado: consulta a un especialista en psiquiatría posterior a esa primera atención en el código VISEM (Si/No).

##### Análisis bivariado

Se analizó la asociación entre atendida por especialista de psiquiatría durante el código VISEM y consulta a un especialista en psiquiatría posterior a esa primera atención en el código VISEM mediante el test de chi-cuadrado.

Se analizó la asociación entre las diferentes variables independientes y la variable resultado, consulta a un especialista en psiquiatría posterior a esa primera atención en el código VISEM:

- Para las variables cualitativas, se utilizó el test de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher, según correspondiera.
- Para las variables cuantitativas se utilizó la U de Mann-Whitney ya que no se cumplía la normalidad.

También se realizó un análisis secundario excluyendo a las pacientes que eran seguidas por psiquiatría previamente para intentar controlar posibles factores de confusión. Además, se realizó otro en el que para obtener una mayor potencia estadística se recodifico la variable consulta posterior en una dicotómica (acudió a consulta/ no acudió a consulta)

### Análisis multivariante

Finalmente, se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística binaria, con la variable dependiente consulta a un especialista en psiquiatría posterior a esa primera atención en el código VISEM y como variable independiente principal atendido por especialista de psiquiatría durante el código VISEM.

Además, se ajustó el modelo con variables que resultaron significativas o cuya relevancia hayan estado descritas en la literatura anteriormente. Estas variables fueron:

- Edad
- Lugar de procedencia
- Discapacidad
- Porcentaje de copago.
- Relación con el agresor
- Presencia de lesiones
- Tipo de penetración
- Presencia de ITS

La variable relación con el agresor se recodificó como una variable dicotómica (lo conocía previamente: sí/no), y lugar de procedencia se simplificó en dos categorías (española/extranjera), con el objetivo de facilitar el análisis, evitar categorías con pocos casos y mejorar la potencia del modelo.

### GENERALIDADES

El análisis se realizó con el programa JAMOVI y se estableció un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

## **6. Aspectos éticos y legales**

Este estudio es de carácter observacional y retrospectivo, por lo que se solicitó al Comité de Ética del Hospital Universitario de Getafe la exención del consentimiento informado, al no suponer ningún riesgo para los sujetos participantes ni intervención directa sobre ellos.

El proyecto ha sido aprobado por dicho Comité de Ética, a fecha 18 de diciembre de 2024 y con el código A11/24 y cumple con los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki, el Convenio de Oviedo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

Asimismo, el tratamiento de los datos personales se ha realizado conforme a la normativa vigente, garantizando la confidencialidad y anonimato de los pacientes, de acuerdo con:

- la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales,
- el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo,
- el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la anterior ley,

y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

## 7. Resultados

En el estudio se incluyeron 62 pacientes con una mediana de edad de 24 años (IQR 20-31), siendo el 56.5% (IC 95% 43.3% – 69.0%) nacidas en España. El porcentaje de copago de farmacia de 46 pacientes (74.2%, IC 95% 63.4% - 85.0%) fue del 30%, lo que equivale a una renta media de 18.000-100.000 euros/año. Cuando acudieron a urgencias fueron asistidas por un psiquiatra 22 pacientes (35.5%, IC 95% 23.6% - 47.4%), mientras que 40 pacientes (64.5%, IC 95% 52.6% - 76.4%) no recibieron esa atención. Presentaban lesiones asociadas a la agresión 23 pacientes (37.1%, IC 95% 25.1% - 49.1%), y en el 37.1% (IC 95% 25.1% - 49.1%) el agresor fue un conocido. La penetración más común fue la vaginal, presentándola 41 pacientes (66.1%, IC 95% 54.3% - 77.9%). Acabaron requiriendo consulta posterior ambulatoria en psiquiatría 24 pacientes (38.7%, IC 95% 26.6% - 50.8%), aunque 11 de ellas (17.7% del total, 45.9% de las que necesitaron consulta ambulatoria) ya estaban siendo atendidas previamente por psiquiatría. Acabaron desarrollando una patología psiquiátrica 12 pacientes (19.4%, IC 95% 9.5% - 29.2%), teniendo ideación autolítica 14 pacientes (22.6%, IC 95% 12.2% - 33.0%) y comportamientos autolesivos 10 pacientes (16.1%, IC 95% 7.0% - 25.3%). Para ver todas las variables descriptivas ver tabla 1 (completa en anexo II).

Tabla 1. Variables descriptivas de la muestra de la muestra

VARIABLES INDEPENDIENTES	Categorías	Mediana	Total	Frecuencia (IC 95%)
Edad	Edad de la paciente cuando acude a urgencias	24 (IQR 20-31)		
Relación con el agresor	Conocido		23	37.1% (25.1% - 49.1%)
	Desconocido		17	27.4% (16.3% - 38.5%)
	Amigo		9	14.5% (5.7% - 23.3%)
Atendida por psiquiatra	No		40	64.5% (52.6% - 76.4%)
	Si		22	35.5% (23.6% - 47.4%)
Consulta ambulatoria posterior	No		37	59.7% (47.5% - 71.9%)
	Si		13	21% (10.8% - 31.1%)
	No (Seguida previamente)		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Si (Seguida previamente)		11	17.7% (8.2% - 27.3%)
Tipo de penetración	Oral		17	27.4% (16.3% - 38.5%)
	Vaginal		41	66.1% (54.3% - 77.9%)
	Anal		10	16.1% (7.0% - 25.3%)
	Desconocido		14	22.6% (12.2% - 33.0%)
Aparición enfermedad psiquiátrica	No		50	80.6% (70.8% - 90.5%)
	Si		12	19.4% (9.5% - 29.2%)

### Resultados del objetivo principal:

De las 62 pacientes del TFG, acabaron requiriendo consulta ambulatoria posterior por psiquiatría 24 pacientes (38.7%), de las cuales 10 pacientes (41.7%) fueron atendidas por psiquiatría durante el código VISEM. No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p=0.419$ ).

Si ahondamos un poco más, dividiendo a las personas que requieren consulta por psiquiatría y diferenciamos además si estaban previamente yendo ya a consultas de psiquiatría observamos que, de esas 10 pacientes, 4 (40%) no estaban en seguimiento por psiquiatría, en cambio, en el grupo que no fue atendido por psiquiatría que luego requirió consulta (14 pacientes), 9 de ellas (64.3%) no estaban en seguimiento por psiquiatría ( $p=0.238$ ). El 54.2% de las pacientes que requirieron consulta posteriormente pertenecieron al grupo TSI 3 ( $p= 0.015$ ), aunque es digno de mencionar que las 4 pacientes del grupo TSI 4 (renta superior a 100.000 anuales) acabó consultando en psiquiatría. De las pacientes que requirieron consulta ambulatoria posterior por psiquiatría, 16 pacientes (66.7%) fueron agredidas por alguien con quien mantenían algún tipo de relación ( $p= 0.407$ ). Si ahondamos en el tipo de relación, el 50% fueron conocidos ( $p=0.588$ ).

Respecto a las características de la agresión y su asociación a la necesidad de consulta de psiquiatría posteriormente, se observó que 11 pacientes (47.8%) presentaron lesiones ( $p=0.258$ ). Asimismo, se encontró que de las 6 pacientes que sufrieron penetración oral, anal y vaginal, 5 pacientes (83.3%) requirieron consulta posterior por psiquiatría ( $p= 0.037$ ). De las personas que sufrieron penetración oral, 17 pacientes, 10 pacientes (58.8%) requirieron atención por psiquiatría posteriormente ( $p= 0.119$ ). El 43.9% de las pacientes que sufrieron penetración vaginal necesitaron de consulta posterior por psiquiatría ( $p= 0.959$ ), mientras que en el caso de penetración anal el porcentaje descendió a 30% ( $p=0.325$ ). Para más asociaciones que se estudiaron ver tabla 2 (tabla completa en el anexo II).

Tabla 2. Relación consulta posterior ambulatoria con diversas variables

VARIABLES INDEPENDIENTES	CATEGORÍAS	No	Si	No (Previo seguimiento)	Si (Previo seguimiento)	Valor p
Porcentaje copago	TSI 001	3	2	1	3	0.034
	TSI 002	1	1	0	1	
	TSI 003	33	8	0	5	
	TSI 004	0	2	0	2	
Relación con el agresor	Conocido	15	4	0	4	0.825
	Desconocido	9	4	0	4	
	Amigo	6	1	1	1	
Atendida por psiquiatra	No	26	9	0	5	0.238
	Si	11	4	1	6	
Lesiones por episodio	No	25	5	1	8	0.194
	Si	12	8	0	3	
Tipo de penetración	Oral	7	5	0	5	0.366
	Vaginal	22	10	1	8	0.958
	Anal	7	1	0	2	0.573
	Desconocido	11	1	0	2	0.370
ITS	No	29	11	1	11	0.371
	Si	8	2	0	0	

Si excluimos a las pacientes que estaban en seguimiento por psiquiatría, observamos que 4 pacientes que requirieron consulta posterior (30.8%) fueron atendidas por el servicio de psiquiatría ( $p= 0.944$ ).

Tras la recodificar la variable consulta posterior en dicotómica se observó que de las 24 pacientes que acudieron a consulta, 10 fueron atendidas por un psiquiatra durante el código VISEM ( $p= 0.419$ ). La única variable con la que se encontró una diferencia estadísticamente significativa de nuevo fue el grupo de copago al que pertenecía, siendo el más numerosos el TSI 003, ya que 13 pacientes acabaron requiriendo consulta ( $p=0.015$ ). Asimismo, se observó que el mismo número de pacientes requirieron consulta posteriormente por psiquiatría ya fuera el agresor un conocido o un desconocido ( $p=0.588$ ). Si bien no se encontró una asociación estadísticamente significativa con ningún tipo de penetración se observó de las 6 pacientes que habían sufrido las tres al mismo tiempo, 5 requirieron consulta posterior con psiquiatría ( $p= 0.037$ ). Para más asociaciones estudiadas ver tabla 3 (tabla completa en Anexo II).

Tabla 3. Relación de la consulta posterior ambulatoria recodificada en dicotómica SI/NO con diversas variables.

VARIABLES INDEPENDIENTES	CATEGORÍAS	NO	SI	VALOR P
Atendida por psiquiatra	No	26	14	0.419
	Si	12	10	
Porcentaje copago	TSI 001	4	5	0.015
	TSI 002	1	2	
	TSI 003	33	13	
	TSI 004	0	4	
Relación con el agresor	Conocido	9	8	0.588
	Desconocido	9	8	
	Amigo	7	2	
Tipo de penetración	Oral	7	10	0.119
	Vaginal	23	18	0.959
	Anal	7	3	0.325
	Desconocido	11	3	0.131

Entre las 12 pacientes que desarrollaron una enfermedad psiquiátrica, 4 (33.3%) habían sido valoradas por un psiquiatra en urgencias ( $p = 0.862$ ). El 66.7% tenía algún tipo de relación con el agresor, siendo las más frecuentes "conocido" y "amigo" ( $p = 0.609$ ). Ninguna de ellas había sido víctima de sumisión química ( $p = 0.037$ ). La forma de agresión más común entre quienes desarrollaron enfermedad psiquiátrica fue la penetración vaginal ( $n = 8$ ; 66.7%) ( $p = 0.037$ ). Asimismo, el 71.4% ( $n = 10$ ) de las pacientes con ideación autolítica habían sido víctimas de penetración vaginal ( $p = 0.078$ ). Se realizó una regresión logística binaria, con la variable resultado consulta a un especialista en psiquiatría posterior a esa primera atención en el código VISEM, y con las variables anteriores propiamente dichas. No se obtuvo ningún resultado estadísticamente significativo.

## 8. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue determinar si existía una diferencia a la hora de necesitar posteriormente una consulta por psiquiatría tras una agresión sexual si la paciente es atendida en urgencias por un psiquiatra o por otro médico especialista bajo el código VISEM. Los resultados obtenidos nos indican, a priori, que no existe diferencia en la necesidad posterior de esa consulta ambulatoria por psiquiatría.

Esto nos rechaza nuestra hipótesis, ya que planteábamos que era esperable encontrar una disminución del número de consultas ambulatorias si las pacientes eran atendidas por psiquiatras en el servicio de urgencias. Aunque, al realizar el análisis excluyendo a las pacientes que ya estaban previamente en seguimiento por psiquiatría la diferencia no alcanzó a ser estadísticamente significativa, sí que se observó una tendencia a disminuir la necesidad de seguimiento ambulatorio si habían sido atendidas por psiquiatras en urgencias, lo que podría sugerir una tendencia real que no se ha podido demostrar debido al tamaño limitado de la muestra, más que a la falta de relación entre ambas variables.

En la literatura, si bien no hay estudios directamente asociados en al VISEM, en Reino Unido existen unos centros de atención temprana a víctimas de abuso sexual (SARCs por sus siglas en inglés) tanto a nivel clínico como forense. Un estudio realizado a nivel nacional con este tipo de centros demostró que la atención psicológica precoz reducía las comorbilidades psiquiátricas y la probabilidad de suicidio (19). En EE. UU. la implementación de enfermeras especializadas en agresión sexual (SANE por sus siglas en inglés) dio lugar a una reducción de ITS, embarazos no deseados y un aumento de la atención psicológica temprana (20). En la misma línea, un estudio llevado a cabo en un hospital terciario de la Comunidad Valenciana analizó qué cambios se producían tras implantar un protocolo específico para víctimas de agresión sexual atendidas en urgencias. Entre sus resultados, destacaron el aumento en la derivación a atención psicológica especializada temprana (pasando del 0% al 12,5%) y una mejora significativa en la administración de profilaxis para ITS y embarazo. (17). Otros estudios centrados en eventos vitales traumáticos han demostrado que una intervención psicológica temprana podría tener efectos beneficiosos sobre la salud mental de estas personas (21, 22). Esto apoya la idea de que una atención temprana psicológica o psiquiátrica es necesaria en urgencias, ya que va a reducir las consecuencias a largo plazo en este tipo de pacientes, aunque en nuestro estudio no se demostró parece ser más consecuencia del tamaño muestral que de la ausencia de correlación. También la literatura parece indicar la necesidad de que sean profesionales formados específicamente para esa situación, más

que un psiquiatra u otro médico especialista, por tanto, sería aconsejable que los hospitales incluyesen programas de formación específicos para aquellos profesionales que atienden a personas que han sufrido una agresión sexual.

Respecto a la aparición de enfermedades psiquiátricas el estudio únicamente encontró una relación estadísticamente significativa con la penetración vaginal, y no con otros tipos de penetración y tipo de agresor. Respecto a lo primero, diversos estudios han puesto de manifiesto que muchas veces las consecuencias no vienen necesariamente dadas por la violencia o características del acto en sí, sino por como la paciente lo vive de manera subjetiva (23, 24), por lo que iría acorde con los resultados dados por el TFG. Por tanto, no tendría mucho sentido hablar de la severidad de una agresión sexual, ya que la severidad de esta dependerá de la gravedad con la que la haya vivido esa paciente. Respecto a la segundo, aunque no se encontró una diferencia significativa esto parece ser más bien causado por un tamaño muestral insuficiente puesto que diversos estudios han encontrado estado asociación, además de una manera fuerte (14, 25, 26, 27). La asociación encontrada entre la persona que comete la agresión y los efectos a nivel de salud mental parecen tener una relación directa, a más cercanía, mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, pudiendo ser esto por dos razones principalmente: si el perpetrador es alguien cercano se derriban nuestros esquemas intrínsecos de las relaciones sociales, al pasar el cuidador o persona querida a ser el agresor, lo cual provoca una subversión de los roles asociados a estas personas, generando en la víctima de manera inconsciente una asociación intrínseca entre el ser amado y el abuso sexual. La segunda razón es que una víctima de abuso sexual ya sea por parte de una pareja o de un familiar va a tardar mucho más en denunciar y pedir ayuda, si es que acaba haciéndolo, lo cual favorece una continuación de esas dinámicas de violencia contra la mujer que las sufre, además de experimentar posteriormente un mayor rechazo o incompreensión por su círculo social cercano, lo cual agrava su situación y entorpece que pueda acceder a medidas psicoterapéuticas que la puedan ayudar.

Por último, ninguna paciente se quedó embarazada y un porcentaje bajo tuvo una ITS, esto es debido a las altas tasas de profilaxis para ITS y embarazo en urgencias bajo el código VISEM. Cualquier medida que reduzca la incidencia de estos eventos en mujeres víctimas de una agresión sexual solo puede tener un efecto beneficioso sobre su salud mental, ya que reducen a largo plazo las consecuencias físicas de la agresión. Además, las mujeres que se embarazan tras una agresión sexual tienden a tener embarazos con más

complicaciones, peor atención médica, peor salud mental y física, y menor apoyo social (28).

Este TFG presenta varias fortalezas ya que primeramente aborda un problema de gran relevancia clínica y social, por su gravedad sobre las personas que lo sufren, así como el atentado que la agresión sexual supone a los derechos humanos. Además, lo hace en un área novedosa donde no hay mucha literatura como es el código VISEM. Es importante estudios que observen la eficacia de estos protocolos y las consecuencias de ellos, cosa que este TFG intenta hacer. Además, si bien presenta un tamaño muestral escaso, el diseño metodológico es más fuerte a la hora de encontrar asociaciones que uno puramente descriptivo. Otra fortaleza es que se incluyó una gran amplitud de variables que permitió caracterizar detalladamente a las pacientes, aportando una visión más global sobre ellas. Con todo ello el TFG presenta dos grandes limitaciones: el tamaño muestral no es suficiente para obtener resultados estadísticamente significativos. Esto ha provocado que no se puedan observar diferencias que probablemente con tamaños muestrales superiores aparecerían. Al mismo tiempo, al ser tan pequeño el tamaño muestral, no se ha podido cumplir con el objetivo secundario de generar un perfil clínico que permita detectar a las pacientes que requerirán una mayor atención por el servicio de psiquiatría, ya que no se ha podido hacer un análisis estadístico multivariante suficientemente robusto. El segundo gran limitante ha sido la duración del estudio, pues al haber recogido datos de dos años únicamente, no se ha podido realizar un estudio a largo plazo, limitación más importante aún en enfermedades mentales que tienden a tener sintomatología larvada que se acaba expresando a lo largo del tiempo. Muchas pacientes que no habían requerido consulta cuando se recogieron los datos, sí que podrían necesitarla más adelante. Otra limitación es que la muestra solo perteneció al Hospital Universitario de Getafe.

Este TFG presenta diversos sesgos: puede haber un sesgo de selección, ya que solo se recogió la muestra de un único hospital. Además, una parte importante de la población que sufre abuso sexual no lo denuncia, por lo que podría ser que las pacientes que acuden a urgencias y activan el código VISEM pueden presentar ciertas características que las predispongan a ciertas variables. Otro sesgo que se va a poder observar es un sesgo de diagnóstico ya que si bien existen unos criterios diagnósticos estandarizados recogidos en el DSM-V y CIE 11, con test que apoyen la orientación clínica y que exigen la presencia de ciertos síntomas y signos para el diagnóstico de estas enfermedades, no hay pruebas biológicas específicas que objetiven estos diagnósticos. A esto se le suma que el diagnóstico psiquiátrico se pueda ver modificado longitudinalmente con la evolución de

la relación médico paciente y la propia evolución del paciente. Además, hay que tener en cuenta que a pesar de los esfuerzos por parte del CIE 11 y del DSM-V por estandarizar sus criterios existen ligeras diferencias entre ambas. Asimismo, se puede observar un sesgo de confusión al no haber excluido a las pacientes con antecedentes psiquiátricos se han podido ver influenciados por esto. Como ya hemos mencionado antes un tiempo de duración corto ha podido llevar a un sesgo temporal, dejando fuera consecuencias psiquiátricas que pueden aparecer más tarde. Para paliar en un futuro estos sesgos se recomienda estudios longitudinales con mayor duración y mayor tamaño muestral en diferentes poblaciones.

El principal aporte del estudio es explorar la asociación entre la atención por un psiquiatra durante el código VISEM y la necesidad de consulta ambulatoria posteriormente, para poder sacar conclusiones sobre la eficacia del mismo y si requiriera algún cambio.

Este trabajo se alinea con el objetivo de desarrollo sostenible (ODS) 3, que busca mejorar la salud y bienestar de todos por varias razones:

- Promociona la salud mental y el bienestar emocional al buscar estrategias para reducir las consecuencias negativas del abuso sexual.
- Fortalece los servicios sanitarios al estudiar protocolos dentro de ellos, más específicamente el código VISEM.
- Reduce el impacto de la violencia de género ya que busca mejorar estrategias sanitarias para la atención integral a mujeres víctimas de abuso sexual.

Es importante que futuras investigaciones contengan cohortes más grandes con un mayor tamaño muestral, siendo multicéntrico y con una duración en el tiempo mayor lo que permitiría en generar asociaciones más fuertes y robustas. Además, si se observase su éxito en diversos centros de Madrid se podría intentar extrapolar a diversas comunidades autónomas que actualmente no tienen protocolos parecidos. Sumado a eso, si se obtienen relaciones más fuertes se podrán generar algoritmos predictivos de pacientes en mayor riesgo de padecer una enfermedad mental, pudiendo individualizar aún más la atención. El TFG, aunque no ha conseguido demostrar asociaciones estadísticamente significativas hace hincapié en tres cosas: una atención temprana en forma de primeros auxilios psicológicos, formación específica del profesional sanitario que atienda estas pacientes y una atención integral y personalizada de la paciente por la subjetividad y variabilidad interindividual.

## **9. Conclusión**

No se demostró una relación estadísticamente significativa entre la atención por un psiquiatra durante el código VISEM y una menor necesidad de consulta ambulatoria en este servicio, pero la tendencia de los datos parece indicar que fue más relacionado con un tamaño muestral bajo que con una ausencia de relación.

Se observó que el 38.7% de las pacientes atendidas bajo el código VISEM acabaron requiriendo posteriormente atención ambulatoria psiquiátrica y que un 19.4 % acabó desarrollando una enfermedad psiquiátrica, encontrándose una asociación entre penetración vaginal y el desarrollo de enfermedades psiquiátricas.

No se pudo generar el algoritmo/perfil clínico debido al tamaño muestral bajo y las insuficientes asociaciones.

## 10. Bibliografía

1. Krug, Etienne G., Dahlberg, Linda L., Mercy, James A., Zwi, Anthony B., Lozano, Rafael. et al. (2002). World report on violence and health. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42495>
2. Boletín Oficial del Estado (BOE). (2022). Título de la ley o acto normativo, número de identificación BOE-A-2022-14630. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630> Accedido el 13/11/2023.
3. Tomsa R, Gutu S, Cojocaru D, Gutiérrez-Bermejo B, Flores N, Jenaro C. Prevalence of Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 18;18(4):1980. doi: 10.3390/ijerph18041980. PMID: 33670753; PMCID: PMC7921934.
4. Sanz-Barbero B, Saurina C, Serra L, et al. Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study in Spain *BMJ Open* 2021;11:e055227. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055227
5. Bureau of Justice Statistics. (s.f.). Criminal Victimization, 2022. <https://bjs.ojp.gov/document/cv22.pdf>. Accedido el [13/11/2023].
6. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA). (2014). Main results of the violence against women survey. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf) . Accedido el [13/11/2023].
7. India. Indian Penal Code, Section 375 [Internet]. New Delhi: Government of India; 1860 [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://www.indiacode.nic.in/repealedfileopen?filename=A1860-45.pdf>
8. Equality Now. Barriers to justice: rape in Africa, law, practice and access to justice [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://www.equalitynow.org/resource/barriers-to-justice-rape-in-africa/>
9. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Percepción social de la violencia sexual [Internet]. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad; 2018 [cited 2025 Apr 20]. Available from:

[https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Libro\\_25\\_Violencia\\_Sexual.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Libro_25_Violencia_Sexual.pdf)

10. del Carmen Herrera, M.; Herrera, A.; Expósito, F. To Confront versus Not to Confront: Women's Perception of Sexual Harassment. *Eur. J. Psychol. Appl. Leg. Context* 2018, 10, 1–7.
11. Ministerio de Igualdad. Estudio sobre la violencia de género contra la mujer: Macroencuesta de violencia de género 2019. Gobierno de España; 2019. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta\\_2019\\_estudio\\_investigacion.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf) . Accedido el [13/11/2023].
12. Farahi N, McEachern M. Sexual Assault of Women. *Am Fam Physician*. 2021 Feb 1;103(3):168-176. PMID: 33507052.
13. Barker, L.C.; Stewart, D.E.; Vigod, S.N. Intimate Partner Sexual Violence: An Often Overlooked Problem. *J. Women's Health* 2019, 28, 363–374
14. Temple, J.R.; Weston, R.; Rodriguez, B.F.; Marshall, L.L. Differing Effects of Partner and Nonpartner Sexual Assault on Women's Mental Health. *Violence Against Women* 2007, 13, 285–297.
15. García-Pérez S, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J. Relationship between Sexual Violence and the Health of Spanish Women-A National Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 14;20(4):3365. doi: 10.3390/ijerph20043365. PMID: 36834058; PMCID: PMC9965326.
16. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid (Protocolo Código VISEM) [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2023 [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051075.pdf>
17. Monzó-Miralles A, Couchoud-Falcó A. Resultados de la implantación de un protocolo de atención a víctimas de agresiones sexuales en urgencias de un hospital terciario de referencia: e202111188. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 30 de noviembre de 2021 [citado 5 de mayo de 2025];95:13 páginas. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/503>

18. GRANMO: Calculadora del tamaño muestral [Internet]. Barcelona: Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; [citado 2024 Sep 30]. Disponible en: <https://www.datarus.eu/aplicaciones/granmo/>
19. O'Doherty LJ, Carter G, Sleath E, Brown K, Brown S, Lutman-White E, et al. Health and wellbeing of sexual abuse survivors attending sexual assault referral centres in England: the MESARCH mixed-methods evaluation. *Health Soc Care Deliv Res* 2024;12(35). <https://doi.org/10.3310/CTGF3870>
20. Hollender M, Almirol E, Meyer M, Bearden H, Stanford KA. Sexual Assault Nurse Examiners Lead to Improved Uptake of Services: A Cross-Sectional Study. *West J Emerg Med*. 2023 Sep;24(5):974-982. doi: 10.5811/westjem.59514. PMID: 37788040; PMCID: PMC10527845.
21. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Lewis CE, Bisson JI. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Dec 6;10(1):1695486. doi: 10.1080/20008198.2019.1695486. PMID: 31853332; PMCID: PMC6913678.
22. O'Donnell, M.L., Lau, W., Tipping, S., Holmes, A.C.N., Ellen, S., Judson, R., Varker, T., Elliot, P., Bryant, R.A., Creamer, M.C. and Forbes, D. (2012), Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury†. *J. Traum. Stress*, 25: 125-133. <https://doi.org/10.1002/jts.21677>
23. Kim K, Ryou B, Choi J, Kim JW. Profile Analysis of Sexual Assault Experiences among Adult Women and Their Implications for Mental Health. *Psychiatry Investig*. 2021 Apr;18(4):312-323. doi: 10.30773/pi.2020.0141. Epub 2021 Apr 25. PMID: 33951778; PMCID: PMC8103022.
24. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:27-37
25. Dokkedahl, S.B., Kirubakaran, R., Bech-Hansen, D. et al. The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: a systematic review with meta-analyses. *Syst Rev* 11, 163 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02025-z>

26. Ireland JL, Birch P, Kolstee J, Ritchie A. Partner abuse and its association with emotional distress: a study exploring LGBTI relationships. *Int J Law Psychiatr.* 2017;54:107–17.
27. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1157–63.
28. Lissmann, R., Lokot, M. & Marston, C. Understanding the lived experience of pregnancy and birth for survivors of rape and sexual assault. *BMC Pregnancy Childbirth* 23, 796 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06085->

## Anexo I. Carta de aprobación del CEIm.



### INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

D. **Óscar Peñuelas Rodríguez**, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de Getafe

CERTIFICA:

Que ha sido revisada la documentación presentada por el Investigador principal D. Ignacio Nacenta Fernández, alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad Europea de Madrid, en la que se incluyen los cambios solicitados en el informe favorable condicionado, emitido por el CEIm de este Hospital, en la reunión que tuvo lugar el día jueves, 28 de noviembre de 2024 (A11/24), en relación a la evaluación del Trabajo fin de Grado titulado: **“Comparación del porcentaje de consultas ambulatorias en psiquiatría de pacientes víctimas de abuso sexual atendidas mediante el código VISEM por psiquiatra o médico no especialista en psiquiatría”**.

- **Protocolo:** Versión 2.0, 17/12/2024

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.

Por ello, este Comité emite **Informe Favorable** sobre la realización de dicho Trabajo fin de Grado a, D. Ignacio Nacenta Fernández, alumno del Grado Medicina de la Universidad Europea de Madrid, como Investigador principal y cuya tutora es la Dra. Diana Batet Sánchez, del Servicio de Psiquiatría de nuestro centro.

Lo que firmo en Getafe, a 18 de diciembre de 2024.

Fdo.: D. Óscar Peñuelas Rodríguez  
Presidente del CEIm  
Hospital Universitario de Getafe

D. Óscar Peñuelas Rodríguez, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario de Getafe.

**HACE CONSTAR QUE:**

Que la composición del CEIm, en la reunión en la que ha sido evaluado el Trabajo fin de Grado titulado: **“Comparación del porcentaje de consultas ambulatorias en psiquiatría de pacientes víctimas de abuso sexual atendidas mediante el código VISEM por psiquiatra o médico no especialista en psiquiatría”**. Versión 2.0, 17/12/2024

Es la siguiente:

Presidente	D. Óscar Peñuelas Rodríguez
Vicepresidenta	Dña. M <sup>a</sup> Teresa Ramírez López
Secretaria Técnica	Dña. Isabel Sánchez Muñoz
Vocales	<p>Dña. Rocío Álvarez Nido</p> <p>Dña. Mercedes M. Cavanagh</p> <p>Dña. Marina Carbonero García</p> <p>Dña. Ana Isabel Castillo Varón</p> <p>Dña. Patricia Cuenca Gómez</p> <p>Dña. Irene Cuadrado Pérez</p> <p>Dña. M<sup>a</sup> Concepción García Escudero</p> <p>Dña. Marta González Bocanegra</p> <p>Dña. Olga Laosa Zafra</p> <p>Dña. Teresa Molina García</p> <p>D. Alfonso Monereo Alonso</p> <p>Dña. Rocío Queipo Matas</p> <p>D. Javier Sánchez-Rubio Ferrández</p> <p>Dña. Ana Rosa Solórzano Martín</p>

## Anexo II. Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1. Variables descriptivas de la muestra de la muestra.

VARIABLES INDEPENDIENTES	CATEGORÍAS	MEDIANA	TOTAL	FRECUENCIA (IC DEL 95%)
Edad	Edad de la paciente cuando acude a urgencias	24 (IQR 20-31)		
Porcentaje copago	TSI 001		9	14.5% (5.8% - 23.2%)
	TSI 002		3	4.8% (0.0% - 10.1%)
	TSI 003		46	74.2% (63.4% - 85.0%)
	TSI 004		4	6.5% (0.3% - 12.7%)
Procedencia	España		35	56.5% (43.3% - 69.0%)
	Colombia		8	12.9% (4.4% - 21.4%)
	Venezuela		4	6.5% (0.2% - 12.8%)
	Ecuador		2	3.2% (0.0% - 7.6%)
	Rusia		2	3.2% (0.0% - 7.6%)
	Perú		2	3.2% (0.0% - 7.6%)
	Polonia		2	3.2% (0.0% - 7.6%)
	Paraguay		2	3.2% (0.0% - 7.6%)
	Francia		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Honduras		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Hungría		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Marruecos		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Portugal		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
Discapacidad	No		59	95.2% (89.9% - 100%)
	Si		3	4.8% (0% - 10.1%)
Relación con el agresor	Conocido		23	37.1% (25.1% - 49.1%)
	Desconocido		17	27.4% (16.3% - 38.5%)
	Amigo		9	14.5% (5.7% - 23.3%)
	Pareja		8	12.9% (4.6% - 21.2%)
	Ex - Pareja		2	3.2% (0.0% - 7.6%)
	Jefe		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Padre		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Profesor		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
Atendida por psiquiatra	No		40	64.5% (52.6% - 76.4%)
	Si		22	35.5% (23.6% - 47.4%)
Consulta ambulatoria posterior	No		37	59.7% (47.5% - 71.9%)
	Si		13	21% (10.8% - 31.1%)
	No (Seguida previamente)		1	1.6% (0.0% - 4.7%)
	Si (Seguida previamente)		11	17.7% (8.2% - 27.3%)

Lesiones por episodio	No		39	62.9% (50.9% - 74.9%)
	Si		23	37.1% (25.1% - 49.1%)
Tipo de penetración	Oral		17	27.4% (16.3% - 38.5%)
	Vaginal		41	66.1% (54.3% - 77.9%)
	Anal		10	16.1% (7.0% - 25.3%)
	Desconocido		14	22.6% (12.2% - 33.0%)
Aparición enfermedad psiquiátrica	No		50	80.6% (70.8% - 90.5%)
	Si		12	19.4% (9.5% - 29.2%)
Comportamientos autolesivos	No		52	83.9% (74.7% - 93.0%)
	Si		10	16.1% (7.0% - 25.3%)
Ideación autolítica	No		48	77.4% (67.0%, 87.8%)
	Si		14	22.6% (12.2% - 33.0%)
ITS	No		52	83.9% (74.7% - 93.0%)
	Si		10	16.1% (7.0% - 25.3%)
Embarazo	No		62	100%

Tabla 2. Relación de la consulta posterior ambulatoria dividida por seguimiento previo por psiquiatría con diversas variables.

Variables independientes	Categorías	No	Si	No (Previo seguimiento)	Si (Previo seguimiento)	Valor p
Porcentaje copago	TSI 001	3	2	1	3	0.034
	TSI 002	1	1	0	1	
	TSI 003	33	8	0	5	
	TSI 004	0	2	0	2	
Procedencia	España	20	7	1	7	0.992
	Colombia	3	3	0	2	
	Venezuela	4	0	0	0	
	Ecuador	1	0	0	1	
	Rusia	1	0	0	1	
	Perú	1	1	0	0	
	Polonia	2	0	0	0	
	Paraguay	1	1	0	0	
	Francia	0	1	0	0	
	Honduras	1	0	0	0	
	Hungría	1	0	0	0	
	Marruecos	1	0	0	0	
	Portugal	1	0	0	0	
Discapacidad	No	35	13	1	10	0.760
	Si	2	0	0	1	
Relación con el agresor	Conocido	15	4	0	4	0.825
	Desconocido	9	4	0	4	
	Amigo	6	1	1	1	
	Pareja	3	4	0	1	
	Ex – Pareja	1	0	0	1	
	Jefe	1	0	0	0	
	Padre	1	0	0	0	
	Profesor	1	0	0	0	
Atendida por psiquiatra	No	26	9	0	5	0.238
	Si	11	4	1	6	
Lesiones por episodio	No	25	5	1	8	0.194
	Si	12	8	0	3	
Tipo de penetración	Oral	7	5	0	5	0.366
	Vaginal	22	10	1	8	0.958
	Anal	7	1	0	2	0.573
	Desconocido	11	1	0	2	0.370
ITS	No	29	11	1	11	0.371
	Si	8	2	0	0	

Tabla 3. Relación de la consulta posterior ambulatoria recodificada en dicotómica SI/NO con diversas variables.

VARIABLES INDEPENDIENTES	CATEGORÍAS	NO	SI	VALOR P
Atendida por psiquiatra	No	26	14	0.419
	Si	12	10	
Procendencia	España	21	14	0.593
	Colombia	3	5	
	Venezuela	4	0	
	Ecuador	1	1	
	Rusia	1	1	
	Perú	1	1	
	Polonia	2	0	
	Paraguay	1	1	
	Francia	0	1	
	Honduras	1	0	
	Hungría	1	0	
	Marruecos	1	0	
	Portugal	1	0	
	Porcentaje copago	TSI 001	4	
TSI 002		1	2	
TSI 003		33	13	
TSI 004		0	4	
Discapacidad	No	36	23	0.845
	Si	2	1	
Relación con el agresor	Conocido	9	8	0.588
	Desconocido	9	8	
	Amigo	7	2	
	Pareja	3	5	
	Ex – Pareja	1	1	
	Profesor	1	0	
	Jefe	1	0	
	Padre	1	0	
Lesiones por episodio	No	26	13	0.258
	Si	12	11	
Tipo de penetración	Oral	7	10	0.119
	Vaginal	23	18	0.959
	Anal	7	3	0.325
	Desconocido	11	3	0.131
ITS	No	30	22	0.185
	Si	8	2	

