

MALTRATO PSICOLÓGICO EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. EVALUACIÓN MÉDICO-LEGAL Y FORENSE

Mercedes Martínez-León, María Jesús Iruirtia, M^a Teresa Crespo,
M^a Inmaculada Calleja, Camino Martínez-León y Daniel Queipo
Universidad de Valladolid (España)

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), declara la erradicación de la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública. Esta violencia causa serias secuelas físicas, psicológicas y sociales a estas mujeres y a sus familias. El objetivo de este artículo es destacar la importancia que tiene la evaluación médico-legal del maltrato y abuso psicológico en las víctimas por violencia de género, así como el cambio que acontece en la metodología del diagnóstico y del reconocimiento de la víctima dependiendo del ámbito donde se realice. La huella psíquica no sólo es clave para los casos de violencia psicológica a los que se refiere la Ley 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, también puede ser una secuela en los actos de violencia física, amenazas, coacciones o privación de la libertad (Mestre y Samper, 2008). En consecuencia, se considera que la huella psíquica no se ha tomado en su justa medida como prueba de cargo. Es preciso llevar a cabo una respuesta integral desde la medicina forense, a través del equipo de valoración forense en el que participan diferentes profesionales. Por lo que, los psicólogos forenses pueden desempeñar un rol fundamental en la valoración de la lesión mental o el sufrimiento emocional asociados al maltrato. PALABRAS CLAVE: *violencia de género, maltrato psicológico, evaluación forense.*

Abstract

In 1996 the World Health Organization (WHO) declared the eradication of the violence against women a priority for public health. This violence causes serious consequences, not only physical but also psychological and social, to women and their families. The purpose of this paper is to highlight the importance of a medico-legal assessment of the psychological ill-treatment and abuse in the victims of gender violence, together with the changes in diagnostic method and victim identification depending on the environment. The mental imprint is both

the key to cases of psychological violence referred to in the Organic Act 1/2004 on integrated protective measures against gender violence, and also a consequence in the acts of physical violence, threats, coercion or freedom deprivation. In view of this, the mental imprint seems to have been insufficiently considered as proof of charge. It is necessary to develop a comprehensive forensic assessment including forensic psychologists to assess the mental injury and the emotional suffering associated with ill-treatment and abuse.

KEY WORDS: *gender violence, psychological abuse, forensic assessment.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996), define violencia familiar o doméstica como: "malos tratos o agresiones físicas, psíquicas o psicológicas, sexuales o de otro tipo, infligidas por personas del ámbito familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables: niños, mujeres y ancianos" (87-121). No toda la violencia que ocurre en el ámbito doméstico es contra las mujeres".

Sin embargo, la OMS define como violencia de género: "Comprende la violencia física, sexual y psíquica incluidas las amenazas, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer. Violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación y las relaciones de dominio de los hombres sobre las mujeres" (87-121). No toda la violencia contra las mujeres ocurre en el ámbito familiar o doméstico.

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de una cultura de violencia para resolver los conflictos. La OMS, en 1996, declaró la erradicación de la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública. *American Collage of Emergency Psysicians* (ACEP) (1995), define a la violencia de género como parte de un patrón de comportamiento de coacción utilizado para establecer y mantener el poder y control sobre la persona con la que mantiene una relación íntima o conyugal. Estos comportamientos incluirían amenazas o maltrato físico o sexual, abuso psicológico, aislamiento social, privación o intimidación.

El maltrato a la mujer tiene historia y su lucha por reivindicar un lugar digno en la sociedad también. Lucha que viene desde antiguo y que le ha costado y le cuesta aún en muchas ocasiones su propia vida, según datos del Instituto de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social, en el año 2009, fueron 55 las mujeres asesinadas a manos de sus parejas o exparejas, 20 mujeres menos que en el año 2008 que fueron 75 las mujeres asesinadas.

Los malos tratos contra las mujeres han dejado últimamente de ser un asunto privado y empieza a verse como un problema de salud pública por instituciones como la OMS o la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Este reconocimiento de los malos tratos como un problema de salud es imprescindible para avanzar en la búsqueda de soluciones. Esta violencia causa serias secuelas físicas, psicológicas y sociales a estas mujeres y a sus familias. Se manifiesta como una continua y debilitante experiencia de abuso, asociada a un creciente aislamiento del mundo exterior

y a la limitación personal y de accesibilidad a los recursos. En este artículo me voy a referir exclusivamente a la violencia o los malos tratos de pareja en el que la víctima es la mujer y el agresor es el hombre, no de otro tipo de violencia que también comprende el concepto de violencia de género de la OMS, como pueden ser: el acoso laboral (*mobbing*), la publicidad sexista u otro tipo de discriminación laboral, que podría ser motivo de otro artículo, no de este.

Los malos tratos en la pareja han experimentado en los últimos años cambios importantes debidos a la atención que los poderes públicos han dedicado al problema y a las víctimas:

- *Cambios legislativos*. Resaltamos fundamentalmente entre otros reformas, por su mayor importancia: la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de protección integral contra la violencia de género (BOE nº 313, de 29 de diciembre de 2004) por esta Ley se crean, los Juzgados de Violencia contra la Mujer y las Unidades de Valoración Forense Integral formado por diferentes profesionales: médico forense, psicólogo y trabajador social. Y la Ley 27/2003 de 31 de Julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica (BOE nº 183, de 1 de agosto de 2003).
- *Ayudas sociales y económicas* dirigidas a sostener desde el Instituto de la Mujer, Casas de Acogida, Centros de Formación y diversos programas a través de los cuales las mujeres víctimas de violencia familiar puedan adquirir la formación suficiente para valerse por sí mismas e integrarse en un mercado laboral que permita su independencia económica.
- *Campañas de sensibilización y formación de los cuerpos de seguridad del Estado, policía nacional, guardia civil y policía local*, para identificar los casos de maltrato, recibir y atender a la víctimas y que realicen correctamente todos los trámites administrativos y judiciales adecuados, al objeto de proporcionar desde el primer momento la mayor seguridad a las víctimas y las pruebas necesarias para poner la denuncia y sostener judicialmente el delito.
- *Sensibilización del personal sanitario*, especialmente los médicos de atención primaria, pediatras y médicos forenses, al objeto de detectar la patología psicosomática que acompaña a situaciones de violencia familiar, atender a la víctimas, desde la perspectiva médica, y hacer “el parte de lesiones” tanto de daños físicos como de cuadros psíquicos consecutivos al maltrato; en muchas ocasiones este parte servirá para sostener la denuncia y facilitar el juicio rápido.
- *Tema educativo*, eliminando del material escolar los sesgos sexistas, e introduciendo modelos de relación de igualdad y respeto entre niños y niñas. Introducir en las etapas infantil y juvenil modelos de educación en el propio conocimiento personal: al objeto de reconocer las emociones y necesidades afectivas, para saber después transmitir las relaciones interpersonales, facilitando así el mutuo conocimiento y la aceptación mutua.

Estas nuevas medidas legislativas y sociales se han mostrado útiles para animar a las mujeres a denunciar su situación llevando a un mejor conocimiento del problema y al aumento de denuncias (116% han crecido las denuncias desde 2004).

Aunque todavía se acepta que se desconoce la magnitud real del problema, ya que se estima que las denuncias sólo equivalen al 10% de los casos reales existentes (no se denuncian el 90%) constitutivos de maltrato familiar o doméstico.

Prevalencia y sociodemografía

Medir la prevalencia real resulta muy difícil, ya que los datos disponibles suelen subestimar su magnitud. La escasa notificación de los casos es la principal causa, estimándose que sólo se diagnostican entre un 5-15% de todos ellos. Para la Comisión de Malos Tratos del Congreso de los Diputados español, sólo el 5% de las agresiones se denuncian.

La violencia de género ha sido declarada por la ONU como "*el crimen encubierto más frecuente del mundo*". Además es la primera causa de muerte de mujeres de edades comprendidas entre 16 y 44 años en el mundo por encima del cáncer y los accidentes de tráfico. La elevada incidencia de la Violencia contra las mujeres, dos millones de mujeres (12%) y las consecuencias negativas que ocasiona en su salud física y psicológica ponen de manifiesto el grave problema social y de salud que la sociedad se enfrenta (*World Health Organization [WHO], 1998*).

Según datos de la OMS, en su "Informe Mundial Violencia y Salud" (Krug *et al.*, 2002) los agresores o maltratadores son en su inmensa mayoría, miembros de su propia familia:

- Entre un 40% y un 70% de las mujeres víctimas de asesinato perecen a manos de sus parejas o ex parejas.
- Sólo un 4% de los hombres muere en manos de sus parejas o ex parejas.
- Entre un 10-69% de las mujeres ha sido alguna vez agredida por su compañero sentimental en algún momento de su vida.
- Del 3-52% de las mujeres que fueron encuestadas en diferentes países del mundo declararon haber sido maltratadas en los últimos doce meses.

Este informe mundial es un llamamiento, por parte de la OMS, para que se adopten medidas para combatir la violencia como un problema sanitario, y en especial, la violencia de género.

El Consejo de Europa en su informe "Estudio sobre medidas y acciones adoptadas por los Estados miembros del Consejo de Europa" (2006), refleja que el 20-25% de las mujeres de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia física a lo largo de su vida.

De acuerdo con documentos elaborados por la ONU, el Consejo de Europa, el Parlamento Europeo, Amnistía Internacional o el Senado Español, se trata de un fenómeno notablemente extendido y endémico en todos los países y esta violencia

de género afecta a todos los estratos sociales sin excepción, no es exclusiva de los países pobres y que compromete el desarrollo futuro de los individuos inmersos en un ambiente conflictivo:

- En Estados Unidos, cada 15 segundos una mujer recibe una paliza a manos de su pareja y se viola a una mujer cada 90 segundos.
- En Rumania, con 147 casos en 2000 lidera la clasificación mundial y con una prevalencia de 12,93%.
- En Francia, se calcula de 1.500.000 de francesas son regularmente maltratadas y 25.000 mujeres son violadas cada año, pero el 69% no se atreve a hablar de este problema tan íntimo.
- En Alemania, 40.000 mujeres afectadas al año requieren algún tipo de protección.
- En Italia, la palabra violencia se asocia más a la camorra, hay menos asesinatos que en otros países, debido a que la mujer italiana es más sumisa que el resto de las europeas, son muy frecuentes las humillaciones y vejaciones.
- En el Reino Unido, se cobra anualmente la vida como media de más de 150 mujeres, la policía recibe una denuncia por minuto sobre malos tratos, una de cada 4 mujeres es objeto de violencia una vez en la vida.
- En Rusia, 36.000 mujeres reciben palizas diarias de sus parejas.
- En Suecia, una mujer asesinada cada semana
- En Suiza, uno de los países con más malos niveles de vida, 40 mujeres muertas cada año por violencia de género.
- En España, décimo país de la Unión Europea en asesinatos de mujeres en el hogar y quinto en maltrato, por detrás de algunos países más avanzados como Finlandia, Dinamarca, Reino Unido, Alemania o Suecia. La macroencuesta del Instituto de la Mujer realizada en el 2006 (cuya muestra son más de 20.000 mujeres de edad) cifra el número de mujeres que sufren malos tratos en un 9,6%.

Evaluación

Dentro del contexto de una relación de pareja se han establecido tres tipos diferentes de violencia: física, psicológica y sexual (Labrador, Paz, De Luis y Fernández, 2004; Ruiz, Mata y Plazaola, 2006).

En lo que se refiere a la evolución psicológica de la violencia es un proceso cíclico que se desarrolla en tres fases: acumulación de tensiones, episodio agudo y manipulación afectiva. Cada nuevo ciclo, además de un aumento en la violencia significa una pérdida de energía de la víctima y cada vez es más difícil romper el círculo vicioso que se establece. Llegados a este punto es imprescindible una intervención exterior para acabar con la situación (Walker, 1984).

En el entretenimiento de este ciclo hay un factor muy importante que es la negación que, a sí mismo, se hace el autor del maltrato por medio de tres mecanismos: *minimizar* el daño causado (haces una montaña de nada, eso no tiene importancia), *racionalizar*, intentando convencerse de que la conducta es aceptable (ella

es feliz así, esto no tiene importancia) y *justificar* (no me quedó más remedio, me provocó, nadie hubiera aguantado lo que yo...). (Echeburúa, 1996).

Por lo que se refiere a la víctima, soporta esta situación por diversas razones: cree en el poder transformador del amor, no reconoce que se ha establecido la violencia como modelo de convivencia, está convencida que no puede dejar al agresor (por trabajo, dependencia económica, etc.), se siente aislada del resto de la familia o incluso existe el temor a que si lo abandona las consecuencias serán peores y se ampliarán a los hijos.

Se habla, una vez cerrado el ciclo, de niveles de gravedad, siendo los criterios que se manejan para determinarla los siguientes: tipo de conducta agresiva, intencionalidad por parte del autor, medios utilizados, elementos acompañantes (amenazas, intimidación), evolución de la conducta agresiva, consecuencias físicas y psíquicas de la violencia, riesgo de autolesiones.

Un hecho a destacar es que la violencia engendra violencia. Un porcentaje elevado de futuros maltratadores lo han sido anteriormente o han sido testigos de estas conductas violentas que han sido aprendidas durante los periodos de desarrollo y maduración del individuo, por lo que las repercusiones inmediatas y diferidas sobre los hijos pueden tener especial gravedad.

Desde el punto de vista del diagnóstico será totalmente diferente en función de cómo se plantee el reconocimiento de la víctima. Veamos cómo sería la actuación según el profesional que atiende.

Actuación por parte del médico asistencial

Nos referimos a la importancia del médico asistencial en el diagnóstico y detección de las situaciones de violencia. Más adelante señalaremos, cuales son los síntomas y signos que sirven para plantearse el diagnóstico y confirmarlo, realizando el adecuado diagnóstico diferencial. Una vez establecido el origen del cuadro, es obligación del médico emitir el correspondiente parte de lesiones y, cuando la situación lo requiera, tomar medidas que permitan la protección de la víctima de forma urgente.

Las situaciones se plantean de forma muy diferente en función de que el reconocimiento tenga lugar en un servicio de urgencia o, por el contrario, se lleve a cabo por parte de servicios de atención primaria o especializada lo que se debe por un lado a que los cuadros que se presentan van a ser diferentes (fundamentales situaciones agudas en el primer caso y cuadros establecidos o cronificados en el segundo) y, por otro, a que la relación existente con el médico es mucho más amplia en el caso de la atención primaria, lo que ofrece unas posibilidades de detección, diagnóstico e intervención más amplias.

En los casos de asistencia en los servicios de urgencia normalmente lo que se detectará serán las lesiones físicas agudas, "maltrato agudo", siendo una obligación legal según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal por parte de los profesionales sanitarios de denunciar, con la realización del "Parte de lesiones o protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos" para poner en conocimiento (en un máximo de 24 horas) si existe delito público a la autoridad judicial. El parte

de lesiones equivalen a una parte judicial y a la historia clínica. Se diferencia de una parte judicial en que tiene más apartados específicos como la valoración del estado emocional de la víctima o un dibujo anatómico para facilitar el registro de todas las lesiones. Constan de varias copias, una para la historia clínica, otra para la paciente y otra para el juzgado.

En los servicios de urgencias se realizará un/a:

- Atención preferente a la víctima y reconocimiento completo.
- Valoración precisa de las lesiones y daños de la agresión.
- Informe médico, documento esencial para la actuación judicial.
- Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección.

Muchas víctimas de malos tratos, entre un 11-30%, acuden a urgencias y por múltiples motivos no manifiestan el origen real de las lesiones. Estos motivos incumben tanto a la propia víctima como a los sanitarios. Las víctimas suelen experimentar vergüenza, inseguridad y miedo a denunciar, identificándose tres actitudes diferentes y bien definidas: la denuncia abierta de lo ocurrido, la no denuncia simulando el hecho y la no denuncia con mantenimiento de actitud pasiva y neutral.

El médico de familia es el profesional sanitario en mejores condiciones para identificar a tiempo un problema que afecta a un 12% de las mujeres españolas. El 90% de las mujeres maltratadas pasan por las consultas del Médico de familia en el año posterior a la agresión. El grado de sensibilidad y el estado de alerta de los profesionales de la salud condiciona profundamente la capacidad de intervención del sistema sanitario.

Por eso tiene mucha importancia el médico de familia en la detección, prevención y abordaje del maltrato crónico. "El médico puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda". Por ello es muy importante llamar la atención a la responsabilidad que los profesionales de la salud tienen a la hora de sospechar, detectar y notificar las agresiones por malos tratos.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, el diagnóstico en los servicios de atención primaria no es fácil pero es donde se van a detectar cuadros patológicos de difícil encuadre y que pueden poner al profesional de la medicina sobre la pista de estas situaciones. Existen una serie de signos y síntomas que pueden hacer sospechar que una mujer sufre malos tratos en la pareja. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos. (Salvador, Rivas y Sánchez, 2008).

INDICADORES DE SOSPECHA EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER

1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia
2. Antecedentes personales y de hábitos de vida
 - Lesiones frecuentes

- Abuso de alcohol u otras drogas
- Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos
- 3. Problemas ginecoobstétricos
 - Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)
 - Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos
 - Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
 - Historia de abortos repetidos
 - Hijos con bajo peso al nacer
 - Retraso en la solicitud de atención prenatal
- 4. Síntomas psicológicos frecuentes
 - Insomnio
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Trastorno de estrés postraumático
 - Intentos de suicidio
 - Baja autoestima
 - Agotamiento psíquico
 - Irritabilidad
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Labilidad emocional
- 5. Síntomas físicos frecuentes
 - Cefalea
 - Cervicalgia
 - Dolor crónico en general
 - Mareo
 - Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal)
 - Molestias pélvicas
 - Dificultades respiratorias
- 6. Utilización de servicios sanitarios
 - Existencia de periodos de altísima frecuencia y otros de abandono (largas ausencias)
 - Incumplimiento de citas o tratamientos
 - Uso repetitivo de los servicios de urgencias
 - Frecuentes hospitalizaciones
 - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía
- 7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer
 - Situaciones de cambio vital:
 - Embarazo (una encuesta realizada en el Reino Unido entre los años 2003-2005 reflejó que 19 mujeres embarazadas fueron asesinadas por sus parejas) y puerperio
 - Noviazgo
 - Separación

- Jubilación propia o de la pareja
 - Situaciones que aumentan la dependencia:
 - Aislamiento tanto familiar como social
 - Migración, tanto interna o nacional como extranjera
 - Enfermedad discapacitante
 - Dependencia física o económica
 - Dificultades laborales y desempleo
 - Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
 - Ausencia de habilidades sociales
 - Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia)
8. Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA

1. Características de las lesiones y problemas de salud
 - Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas
 - Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
 - Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos
 - Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
 - Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
 - Lesiones en genitales
 - Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas
 - Lesión típica: rotura de tímpano
 2. Actitud de la mujer
 - Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
 - Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza
 - Autoestima baja
 - Sentimientos de culpa
 - Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
 - Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
 - Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones
 - Falta de cuidado personal
 - Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
 - Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas
 - Busca constantemente su aprobación
 3. Actitud de la pareja
 - Solicita estar presente en toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos

- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional

Cuando el personal sanitario sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato, deberá confirmar o descartar la situación de violencia. Para ello es preciso realizar una entrevista clínica específica.

En muchas ocasiones somos conscientes de la falta de tiempo existente en las consultas de atención primaria, pero sí se aconseja incluir en la entrevista clínica “preguntas tentativas o facilitadoras” que ayuden a la mujer a revelar su situación.

PREGUNTAS PARA VALORAR LA SITUACIÓN Y TIPO DE VIOLENCIA

Violencia física

- ¿Su pareja le empuja o agarra?
- ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?

Violencia sexual

- ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?

Violencia psicológica

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?
- ¿Se pone celoso sin motivo?
- ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
- ¿Le culpa de todo lo que sucede?
- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuenta de los gastos?
- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?
- ¿Le amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?
- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?

Actuación por parte del médico legista

La medicina forense constituye uno de los eslabones de la larga cadena de la respuesta social y sanitaria frente a la violencia de género. El médico forense se enfrenta con la violencia de género una vez que ha sido denunciada. El médico Forense tras la denuncia con la colaboración de las Unidades o Equipos de Valoración Forense formado por diferentes profesionales: médico forense, psicólogo y trabajador social, debe de explorar a la víctima para hacer una valoración integral de sus lesiones y siempre que fuera posible debería explorar también al agresor. Es muy importante la función del equipo de valoración forense, ya que será el que asesore al Juez sobre la mejor manera de reparar el daño sufrido por la víctima.

Dentro de los aspectos forenses del maltrato son importantes: la detección y profundizar en el estudio de las víctimas por el posible papel que desempeñen en

el desencadenamiento de la agresión, así como por las secuelas, especialmente de tipo psicopatológico, que pueden sufrir y que requieren especial atención médica. Y también, la toma de medidas que eviten nuevas acciones violentas y la canalización hacia el tratamiento del problema.

El médico legista, en la exploración que realice, tiene como objetivos:

- a) Confirmar del diagnóstico, a efectos de que se pueda constatar la realidad del delito.
- b) Establecer la relación de causalidad entre el mecanismo supuesto y los hallazgos.
- c) Descartar los posibles casos de simulación.
- d) Valorar las consecuencias.
- e) Determinar la pertinencia de tomar determinadas medidas.

El juez y el Fiscal necesitan una información médica, cierta, precisa y completa sobre:

- La existencia del maltrato.
- Gravedad de las consecuencias.
- Riesgo de repetición o de intensificación.
- Descarte de posibles casos de simulación.
- De forma destacable, la valoración de la peligrosidad que el agresor representa para la víctima.

Quizá una de las cuestiones que más dificultad ofrece es la valoración de los daños. Si bien es cierto que la valoración de los daños físicos ofrece, normalmente, pocas dificultades, no se puede decir lo mismo de las consecuencias psíquicas sobre todo si se tiene en cuenta que, en estos casos, no están en relación directa con un traumatismo o lesión orgánica, sino que, se derivan y se relacionan con una situación de convivencia nociva y aniquilante, en la que el daño o la agresión física incluso puede ser leve o insignificante.

Para la valoración del daño psíquico han de tenerse en cuenta los siguientes factores:

1. La circunstancia origen del daño. En ocasiones es importante pero con mucha frecuencia es de poca intensidad, con bajo riesgo para la integridad física, aunque sí mantenida en el tiempo.
2. La apreciación subjetiva del caso o vivencia personal del hecho. Viene condicionada por la existencia de factores tales como el uso de armas, ensañamiento, repercusiones socioeconómicas que el hecho tenga para la víctima, los cambios de vida que en ésta determinen, etc.
3. La respuesta psíquica, tanto inmediata como tardía, que a menudo depende de factores como son la vulnerabilidad de la víctima, la personalidad previa, factores psicopatológicos, antecedentes psiquiátricos, la edad, etc.

Valoración médico-legal íntegra: exploración víctima/agresor/hijos

Consecuencias físicas

La variabilidad del patrón de la lesión que podemos encontrar es tan diversa, como diverso es el agente lesional y el mecanismo utilizado. Desgraciadamente, la primera y gran clasificación de las consecuencias que puede sufrir una víctima de agresión se encuentra en el rango entre la muerte y la supervivencia.

Clasificar las lesiones físicas por su trascendencia médico-forense significa hacer un repaso por todas las posibilidades traumatológicas posibles, desde simples contusiones y erosiones hasta heridas por diversos tipos de armas. (Lorente, M., 2008).

Las consecuencias suelen ser contusiones simples o complejas:

- Equimosis y hematomas.
- Heridas.
- Lesiones osteoarticulares leves o pequeñas.
- Luxaciones.
- Roturas viscerales.
- Derrames cavitarios.
- Erosiones.
- Excoriaciones.
- Heridas contusas.
- Arrancamientos.
- Aplastamientos.
- Mordeduras.
- Caídas.
- Precipitaciones secundarias a empujones con o sin solución de continuidad en la piel.
- Heridas por arma blanca y agresiones mixtas.

Aparecen ligadas a golpes con las manos u objetos romos y amenazas con armas diversas.

La gran mayoría de las lesiones se califican como erosiones, equimosis y hematomas, lesiones osteoarticulares leves o pequeñas, y heridas. Suelen ser contusiones diversas en diferentes grados evolutivos que indican habitualidad de la violencia. Normalmente este tipo de lesiones no requieren tratamiento médico y la media de días de curación es de 6.

Otras veces podemos encontrar:

- Heridas por armas blancas punzantes, cortantes, corto-punzantes, corto-contundentes (Ej. Tijeras). Es frecuente la presencia de "heridas defensivas" como consecuencia de la reacción natural de la víctima que intenta protegerse o desarmar al agresor ante un ataque, son cortes que se localizan en la cara palmar de las manos o en el borde cubital de los antebrazos.

- Quemaduras de distintos grados producidas sobre todo por agentes térmicos, pero también por cáusticos.
- Heridas por arma de fuego.
- Asfixias mecánicas: estrangulación a mano o a lazo, diversos tipos de sofocación, siendo quizá la más habitual la oclusión de orificios respiratorios.

La localización de las lesiones puede ser cualquiera, siendo tan frecuente encontrarlas en:

- Lugares fácilmente accesibles como la cabeza, la cara o los brazos.
- Lugares que pueden pasar fácilmente desapercibidos en la vida social de la víctima.
- La rotura del tímpano puede observarse tras traumatismos intensos sobre la cabeza.
- Únicamente se han descrito aquellas lesiones más frecuentemente observadas. Recordando lo manifestado anteriormente, el abanico de posibilidades es tan extenso y diverso, como medios y mecanismos lesivos utilizados.

En ocasiones, dependiendo del medio utilizado, cuando se emplean en la agresión armas, y de la localización de la lesión, cuando las lesiones cobran extrema gravedad, puede producirse la muerte. En estos casos suelen existir antecedentes de denuncias previas por lesiones leves, aunque no siempre es así.

Una situación especial es la que se plantea cuando además tiene lugar la agresión sexual, bien por medio de la aplicación de la propia violencia, bien a través de la intimidación. En estos casos se encontrarán también las lesiones características del tipo de agresión que dependerá de cual haya sido la circunstancia etiológica y de la vía de penetración (Fernández, J.M., 2010).

Consecuencias psicológicas

Para realizar un estudio psicológico-psiquiátrico completo de la víctima de violencia se utiliza una batería de pruebas, entre las que se pueden utilizar las siguientes:

- Cuestionarios de personalidad: "Factores de personalidad" (Cuestionario 16-PF de Catell, 1993), "Inventario multifásico de la personalidad, de Minnesota" (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2*; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989).
- Test proyectivos: Test de Rorschach para evaluar la personalidad (Rorschach, 1921), Test del Árbol (Koch, 1949).
- Test de inteligencia (cuando se presenta algún problema intelectual): Test de inteligencia Wais (*Wechsler Adults Intelligence Adults, WAIS-R*; Wais, 1981).
- Escalas de ansiedad: "Inventario de ansiedad estado-rasgo (*State Trait Anxiety Inventory, STAI*); Spielberger, 1970), "Escala de ansiedad de Hamilton" (*Anxiety Scale*; Hamilton, 1959)...

- Escalas de depresión: "Inventario de depresión de Beck" (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, 1985)...
- "Escalas de salud general" (*General Health Questionnaire*; Golberg, 1972) subescalas de síntomas somáticos de origen psíquico.

Secuelas psíquicas

La violencia psíquica puede ejercerse de múltiples formas y suele ser propia de una relación interpersonal problemática y viciada. La forma más frecuente son las agresiones verbales que suelen ser mutuas, con la frecuente utilización de los hijos y de sus afectos en contra del otro cónyuge (Arinero y Crespo, 2004). En relación con la clase social en la que se mueven los implicados, puede aparecer como un lenguaje lleno de insultos y amenazas (incluso para la vida), o bien como un lenguaje hiriente y agudamente agresivo. Suelen ser actos más o menos sutiles como despreciar las opiniones, faltar al respeto en la intimidad o públicamente, utilizar un lenguaje insultante, provocar celos, amenazar con el abandono, con el deterioro o enajenación de los bienes, con provocar lesiones personales o a seres queridos, etc.

La psicopatología relacionada con las agresiones se produce tanto por la violencia psíquica, como secundariamente al impacto emocional de la violencia física que se acompaña de una sensación cierta de peligro:

- Reacción psicógena originada por la forma en que el entorno familiar vivencia la situación de violencia y la respuesta que dé a la víctima.
- Daños psíquicos originados por la acción directa de un agente traumático sobre las estructuras encefálicas.
- También puede derivarse daño psíquico como secuela tras una auténtica agresión sexual o física, en la que la víctima experimente auténtica sensación de peligro o humillación.

Hay que considerar que lo más habitual es la existencia de agresiones mixtas (físicas y psíquicas) que obligan a una valoración muy minuciosa del daño psíquico que se puede producir en la víctima tanto a corto como a largo plazo. En ellas se mezcla el maltrato físico con la violencia verbal. En estos casos el médico debe valorar las lesiones físicas, así como el tratamiento indicado y la evolución, sin olvidar el daño psíquico presente ya en ese momento, derivado de la relación patológica, y el que puede sobrevenir en el futuro.

Entre los factores que más pueden influir en el establecimiento de un daño psíquico se encuentran la edad, la frecuencia, la intensidad y el tipo de agresión, el tiempo que se haya mantenido la situación, la actitud del agresor, la reacción del entorno social familiar e incluso la propia personalidad de la víctima.

Reacción de la víctima

Las secuelas psíquicas y/o psicológicas agudas o reacciones a corto plazo aparecen cuando se inicia la violencia física y habitualmente después de los episodios agudos. La reacción de la víctima puede ser de diferentes tipos:

- Agresividad, verbal o física hacia su agresor o hacia otras personas del entorno inmediato y particularmente los hijos.
- Mutismo, acompañado de sensación de indiferencia, postración, tristeza e incluso agitación.
- Confusión con inquietud que se acompaña de sentimientos de autoacusación y miedo a lo que esta situación pueda generar.
- Calma anormal, teniendo en cuenta lo sucedido, que hace que la víctima muestre un alto nivel de colaboración y sobriedad al prestar declaración o ante el reconocimiento médico.

Secuelas psíquicas o psicológicas a largo plazo

Ante las secuelas psíquicas o psicológicas a largo plazo se pueden establecer diversos procesos patológicos de entre los que cabe destacar:

- Trastornos de estrés postraumático y ansiedad, que también han sido descritos para otras agresiones y para víctimas de agresiones diversas. En el estudio llevado a cabo por Golding (1999), para analizar la violencia de género como factor de riesgo para diferentes trastornos mentales, se recogía que la prevalencia del Trastorno del estrés postraumático en mujeres maltratadas oscilaba entre un 31% y 84% entre los diferentes estudios. Esta frecuencia guardaba una relación dosis-respuesta con la gravedad y la duración del maltrato. La asociación entre violencia de género y los síntomas ansiosos, según diferentes estudios oscila entre un 16,4% al 54,4%.
- La depresión se ha señalado como una de las principales consecuencias de la violencia de género, esta asociación se ha constatado en diferentes lugares como en EE.UU., Australia, México, Pakistán y Nicaragua. En el mismo estudio de Golding, la prevalencia de depresión en mujeres maltratadas oscilaba entre un 15% y un 83%. Esta frecuencia también guardaba una relación dosis-respuesta con la gravedad y la duración del maltrato.
- Cuadros disociativos, la mujer maltratada además de la negación puede poner en marcha otro mecanismo de defensa para minimizar el daño o alejar la experiencia traumática. La disociación le permite separar la experiencia física de la agresión de la experiencia cognitiva de estar siendo agredida. Los cuadros más frecuentes son la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo.
- Cuadros somatoformes, cuando los conflictos psicológicos son convertidos y se expresan bajo forma de trastornos físicos (vómitos, otras alteraciones gastrointestinales, temblores, alteraciones respiratorias, trastornos ginecológicos, cefaleas, etc.).

- Alteraciones del comportamiento, como los trastornos del comportamiento alimentario, sobre todo de tipo bulímico.
- Adicciones, sobre todo adicción al alcohol y drogas ilegales consumidas más por mujeres maltratadas en un 8,5% frente a un 1,5% de las no maltratadas y determinados fármacos como analgésicos los consumen con mayor frecuencia las mujeres que sufren violencia en un 56,1% frente a 46,7% de mujeres no maltratadas y psicofármacos como: antidepresivos consumidas en un 44,9% frente al 26% de mujeres no maltratadas y tranquilizantes un 50,6% frente a un 46,7% de mujeres no maltratadas, que pueden derivar en situaciones clínicas de abuso, dependencia o intoxicación.
- Comportamientos auto agresivos, como intentos auto líticos que en ocasiones, pueden consumarse. Dentro de este estado de ánimo puede llegarse al suicidio ampliado a los hijos. En el estudio llevado a cabo por Golding (1999), el 13,5% de las mujeres maltratadas había tenido ideación suicida, y el 23,7% había intentado suicidarse. Al igual que en el caso de la depresión, se ha constatado en varias zonas geográficas, como en EE.UU, Escandinavia y Papúa-Nueva Guinea.
- Los trastornos sexuales, que pueden aparecer como secuelas de la conducta violenta en general y de la violencia sexual en particular. Los más frecuentes son los trastornos por disfunción sexual:
 - Deseo sexual hipoactivo.
 - Aversión al sexo.
 - Trastornos orgásmicos.
 - Trastornos sexuales por dolor: dispareunia o vaginismo.
- Situaciones de desinserción social y establecimiento del proceso de victimización, que se ha definido como el conjunto de cambios que se establecen en la víctima entre el segundo día y los tres meses después de que ha tenido lugar una agresión.

Todos los apartados contemplados son de gran importancia en la evaluación del daño integral sufrido por la víctima directa y por las víctimas indirectas, que conviven con ella y se ven afectadas por sus reacciones.

Psicopatología de las mujeres víctimas de agresión

En uno de los numerosos trabajos de Castellano (2004), se evalúa la psicopatología de las mujeres víctimas de agresión con el fin de conocer el grado de ansiedad, angustia y depresión, estudiado asimismo el perfil de personalidad con los Cuestionarios 16 PF y el Inventario multifásico de personalidad de Minesota (MMPI). El perfil que ofrecen con estos datos es el siguiente:

1. Mujer con puntuaciones bajas en afectividad, estabilidad emocional y autoestima. Inmadura, sensible, poco responsable y dependiente.
2. Muestra timidez, poco interés por el sexo opuesto o por conocer gente nueva, tendencia al descuido y superficial.

3. Predisposición a la dramatización, preocupada por su cuerpo y con poco ánimo para enfrentarse a sus obligaciones y tareas.
4. Desconfiada, insegura, reservada e introvertida.
5. Deprimida, manifiesta graves sentimientos de culpa y angustiada.

Se trata de mujeres con un perfil psicológico muy frágil que necesitan ayuda médica y/o psicológica de manera importante para poder superar su situación de dependencia, reorganizando su vida afectiva y laboral.

Tratamiento y protocolos de actuación

Según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de protección integral contra la violencia de género se establece en los protocolos de actuación sanitaria que se debe hacer referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia en caso de constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionadas por estas agresiones o abusos. Como ya hemos comentado, la Ley de Enjuiciamiento Criminal (artº 262) establece la obligatoriedad de los profesionales de denunciar con parte de lesiones si existe conocimiento de un delito público.

En un estudio de sentencias condenatorias por violencia de género en el marco de la aplicación de la Ley 1/2004, observó que la confrontación de los testimonios de la denunciante y el acusado junto con la comprobación mediante el informe forense o prueba documental del daño físico (Parte de Lesiones) era condición suficiente para la condena en un 98% de los casos; mientras que el testimonio de la denunciante no era prueba suficiente en ningún caso.

La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación del personal sanitario sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información a la mujer, de atención y trabajo en la consulta así como derivación cuando las características del caso lo requieran.

El parte de lesiones y el informe médico, son una obligación legal según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que deben ser cumplimentados por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo las recomendaciones que se señalan más adelante y con remisión obligatoria al Juzgado de Instrucción en un plazo máximo de 24 horas.

El envío del parte de lesiones a la autoridad judicial supone su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados. Una vez tiene lugar el registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa se realiza igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad).

En el Decanato se determinará cuál será el Juzgado que oficiará el asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente y en segundo lugar, si en ese partido judicial existe más de uno de la misma clase.

Recibido el parte de lesiones, el/la Juez ordenará la incoación del procedimiento penal (o lo unirá, si tuvo conocimiento previo de los hechos, al procedimiento penal

ya incoado) y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección de la víctima.

Resulta trascendental identificar los casos de violencia de género como tal, para que en Decanato se tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa un juzgado con competencias en materia de violencia de género, y se remita en consecuencia. De otro modo, se podría remitir a un Juzgado de Instrucción sin competencias que se tendría que inhibir una vez descubriera que se trata de un caso de violencia de género, retrasando la tramitación en perjuicio de la mujer.

Se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (para evitar que se pueda interpretar como manipulación). Es recomendable la informatización de los documentos de parte de lesiones e informe médico, ya que ello evita los inconvenientes de las letras ilegibles, la mala cumplimentación, las casillas vacías, etc. En ocasiones, la ilegibilidad de los partes impide conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia, de la gravedad de la agresión. En cuyo caso, dificultará la posterior evaluación pericial por parte del médico forense, así como la valoración por parte del juez.

Con relación al parte de lesiones e informe médico que le acompaña, a continuación se ofrecen orientaciones acerca de los datos que es conveniente cumplimentar independientemente del formato que tenga establecido cada Comunidad Autónoma en su territorio. Existe un modelo de "Parte de lesiones del protocolo sanitario ante malos tratos domésticos" del Consejo Interterritorial, el cual está disponible en todos los centros sanitarios. Un ejemplo de él se muestra en la tabla 1.

Se entrega un ejemplar:

- A la persona interesada siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el presunto agresor o puede que al llegar a casa el agresor descubra la copia). En tal caso, se le puede indicar que si teme llevar la copia consigo, se le puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza.
- Al juzgado por correo. En los casos en que exista urgencia en la notificación, ésta se realiza vía fax.
- Se archiva en la historia clínica de la mujer en el centro sanitario donde ha sido atendida.

El informe médico debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva ya que se trata de un documento esencial para la actuación judicial. (Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica, 2005).

Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la mujer sufre malos tratos habituales, es importante reflejarlo en el parte de lesiones, porque éste es otro delito distinto del de lesiones. Se reflejará también la existencia de otras amenazas del agresor (verbales, anuncio de que utilizará en el futuro algún otro instrumento de agresión, etc.).

En consecuencia, los partes de lesiones y el informe realizado por el médico forense, son determinantes a la hora de condenar al maltratador. Este informe pericial forense que se trasmite al Juez, se realiza después de una Valoración Integradora

Tabla 1
Parte de lesiones e informe médico

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia:

- Hospital/Centro de Salud/ Consultorio
- Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre y apellidos, CNP (número de colegiado profesional)

Datos de filiación de la víctima:

- Nombre y Apellidos
- DNI ó NIE (Nº de identificación de extranjería)
- Fecha de nacimiento, Edad
- País origen
- Estado Civil
- Dirección, Municipio (código postal ó código INE)
- Teléfono de contacto

Lesiones presumiblemente producidas en la agresión y tipo:

- Tipo de violencia ejercida
- Uso de objetos en la agresión
- Estado psíquico y emocional. (Describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer). El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés posttraumático). El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la paciente.
- Lesiones físicas que presenta: Es importante que las lesiones (cutáneas, músculo-esqueléticas, oculares, auditivas, genitales, internas, etc.) se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data ó posible fecha de producción. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración. Se recomienda hacer fotografías (preferiblemente en color) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la víctima.
- Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán las mismas.

Otros datos clínicos

- Pruebas complementarias realizadas
- Medidas terapéuticas (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.)
- Pronóstico clínico

Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia:

En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer. Además se recogerán:

Tabla 1 (Continuación)
Parte de lesiones e informe médico

- Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente
- Fecha y hora de la atención
- Origen que refiere la víctima acerca de las lesiones: Física, psíquica, sexual
- Posible sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la víctima.

Antecedentes

- Acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación)
- Agresión puntual, primera vez ó reiteración de malos tratos
- Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuando y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal, mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc., así como la evolución de las mismas.
- Otras personas que hayan podido sufrir malos tratos en el mismo incidente o en otras ocasiones. Si la víctima tiene menores u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas a su vez de malos tratos, esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro. Si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente.
- Testigos: personas conocidas (vecindario, amistades), menores u otras personas dependientes a su cargo.

Datos del supuesto agresor:

- Nombre y apellidos
- Relación/parentesco entre víctima y persona agresora
- Dirección ó teléfono supuesto

Plan de actuación

Según sea el caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, así como el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido. Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección.

Otros datos

Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como por ejemplo:

- Si se ha puesto ó no en conocimiento del Juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuando
- Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer
- Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia

Observaciones

En este apartado se recogen aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideran oportunos. Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en este apartado si la víctima, primordialmente mujer, ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, a perder la custodia de los hijos, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc.), con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto.

Médico-Legal, y que aunque puede completarse más en el futuro, debe ser operativo para el uso por parte del Juez y del Fiscal para que decidan cuáles son las medidas a aplicar en cada caso.

Retos actuales y perspectivas futuras

Desde el sector sanitario tenemos un importante papel en la detección precoz de este grave problema de salud de manera que podamos reducir sus consecuencias y la probabilidad de más abusos. El maltrato contra la mujer en la relación de pareja puede llegar a tener un gran impacto sobre su salud física y psíquica, como han demostrado numerosos estudios. La huella psíquica no sólo es clave para los casos de violencia psicológica a los que se refiere la Ley 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, sino también puede ser una secuela en los actos de violencia física, amenazas, coacciones o privación de la libertad.

En consecuencia no se ha tomado como prueba de cargo en su justa medida la huella psíquica. Es necesario llevar a cabo una respuesta integral desde la medicina forense, a través del equipo de valoración forense en el que participan diferentes profesionales, dada la interdisciplinariedad del problema. Por lo que, los psicólogos forenses pueden desempeñar un rol fundamental en la valoración de la lesión mental o el sufrimiento emocional asociados al maltrato.

La difusión de resultados sobre violencia de género en España es todavía muy escasa. Si los datos de prevalencia con los que contamos son escasos y en muchas ocasiones tan sólo reflejan lo que se conoce como “la punta del iceberg”, mucho menos es la información disponible sobre el impacto de los malos tratos sobre la salud de la víctima. Y todavía aún menos, la prevalencia de las víctimas de violencia de género que precisan tratamiento psicológico Echeburúa y Corral (1998), los síntomas de ansiedad y depresión presentes en más del 65%, así como el trastorno del estrés postraumático con 55%, son las consecuencias más frecuentes del maltrato en la relación de pareja. Previsiblemente, esta probabilidad será mayor en aquellas personas que presentan la denuncia, que son precisamente las que llegan a los equipos de valoración forense.

Sería recomendable promover más investigaciones para conocer las dimensiones del problema en nuestro país y la magnitud de su impacto sobre la salud física y/o psíquica de las mujeres víctimas de violencia de género.

Referencias

- American College of Emergency Physician (1995). Emergency medicine and domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 25, 442-3.
- Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 12, 233-249.

- Castellano, M. (2004). Violencia familiar. En J. A. Gisbert (dir.), *Medicina legal y toxicología* (pp. 486-504). Barcelona: Masson.
- Director T. D. y Linden, J.A. (2004). Domestic violence: an approach to identification and intervention. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 22, 1117-1132.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). Tratamiento de las víctimas. En E. Echeburúa (dir.), *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?* (pp. 175-198). Madrid: Pirámide.
- El Consejo de Europa y la violencia de género (2006-2008). *Documentos elaborados en el marco de la campaña Paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres*. Recuperado el 14 de febrero de 2011, desde <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244652820968&ssbinary=true>
- Fernández, J. M. (2010). Intervención médico legal en el estudio de la violencia de género. En A. Nicolás y M. Escalona (dirs.), *Manual de lucha contra la violencia de género* (pp. 565-586). Pamplona: Aranzadi.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica (2005)*. Boletín de información. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Ginebra: World Health Organization.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Protección Integral contra la Violencia de Género. Recuperado el 25 de mayo de 2010, desde http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2004-21760
- Lorente, M. (2008). Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias*, 20, 191-197.
- Martínez-león, M. Queipo, D. y Martínez-Baza, P. (2004). La violencia de género: estudio médico-legal y forense. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 41, 193-242.
- Mestre, M.V y Paula, A.M.T. (2008). Factores de vulnerabilidad asociados a la violencia. En M. V. Mestre y A. M. T. Paula (dirs.), *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas* (pp. 37-47). Valencia: Universitat de Valencia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Recuperado el 14 de febrero de 2011, desde <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Área de igualdad. Información estadística*. Recuperado el 14 de febrero de 2011. Desde http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FP&cid=1193049886848&language=cas_ES&pageid=1193049890202&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU_Multimedia_FP%2FMIGU_listadoSubcategoria
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Resumen del Informe mundial sobre violencia y la salud*. Recuperado el 14 de febrero de 2011. Desde http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Resumen del Informe sobre estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*. Recuperado el 14 de febrero de 2011, desde http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- Osuna, E. (2009). Aspectos clínicos y médico-legales de la violencia de género. En F. Fariña. R. Arce y G. Buela-Casal (dirs.) *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*, (pp. 169-189). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica*, 122, 461-467.
- Salvador, L, Rivas, M. y Sánchez, S. (2008). Violencia y maltrato de género. Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias*, 20, 343-352.
- World Health Assembly (1996). *Forty-ninth World Health Assembly: WHA49.25 Prevention of violence: a public health priority*. Recuperado el 15 de diciembre de 2010, desde http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

RECIBIDO: 25 de mayo de 2010

ACEPTADO: 17 de febrero de 2011

