

Valoración forense del riesgo psicológico inicial en víctimas de violencia de género

Initial forensic assessment of psychological risk in victims of domestic violence

N. Palomar-Ciria¹
AN. Fernández-Rodríguez²
MS. Rodríguez-Albarrán³
JD. Casas⁴
HJ. Bello⁵

¹Médico residente,
Departamento de Psiquiatría,
Hospital Universitario
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

²Médico residente,
Servicio de Pediatría,

Hospital de León, León.

³Doctor, Médico forense en Juzgado
de violencia sobre la mujer de la
Comunidad de Madrid; Profesora
del Departamento de Toxicología y
Legislación Sanitaria, Universidad
Complutense de Madrid, Madrid.

⁴Médico forense en Juzgado de
violencia sobre la mujer de la
Comunidad de Madrid.

⁵Doctor en Matemáticas,
Universidad de Navarra.

Correspondencia:

Nora Palomar-Ciria

E-mail:

nora.palomar@quironsalud.es

Fecha de recepción:

02.ENERO.2017

Fecha de aceptación:

29.MAYO.2017

Resumen

La violencia de género constituye una importante problemática social cuya investigación es imprescindible para prevenirla y minimizar sus consecuencias. Nuestro estudio se centra en determinar la adecuación de cuestionarios usados para la evaluación de la depresión o la ansiedad que genera la violencia de género en las víctimas en el momento inicial de detección de la situación. Se realizó un estudio descriptivo transversal con los datos de 93 mujeres víctimas de violencia de género, sin un perfil definido, que fueron evaluadas mediante las escalas de la desesperanza de Beck y Zung SAS previo a la celebración del juicio rápido en los juzgados de violencia de género de Madrid capital. Encontramos que las escalas de Zung SAS y Beck están correlacionadas entre sí (coeficiente de correlación de Pearson: 0,6248) y pueden servir para determinar la presencia de depresión. Del estudio se desprende que las mujeres que han sufrido violencia de género presentan cierto grado de depresión según las pruebas analizadas.

Palabras clave: Violencia doméstica. Test psicológicos. Medicina forense. Psiquiatría forense. Depresión. Ansiedad.

Abstract

Domestic violence represents an important social problem that needs investigation to prevent it and minimize its consequences. Our investigation focuses on determining the adequacy of questionnaires used to evaluate depression or anxiety produced in domestic violence victims at the time of initial detection of the situation. A cross-sectional descriptive study was carried out with 93 women victims of domestic violence selected randomly, without a defined profile, and were evaluated using Beck and Zung SAS Self-Rating Anxiety/Depression Scale prior to the judicial process in the Courts of Gender Violence of Madrid. Zung SAS and Beck scales are correlated with each other (Pearson correlation coefficient 0.6248) and can be used to determine the presence of depression. Our study shows that women who have suffered gender violence have a degree of depression according to the tests we have studied.

Key words: Domestic violence. Psychological tests. Forensic medicine. Forensic psychiatry. Depression. Anxiety.

Introducción

La violencia doméstica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como cualquier comportamiento en el seno de una relación íntima que causa daños físicos, psíquicos o sexuales a uno de los componentes de la relación¹. Según un informe realizado por la OMS², se estima que un 35% de la población mundial femenina ha sido víctima de violencia. Además, en la mayoría de los casos esta violencia se produce por parte de un hombre que es o ha sido compañero sentimental de la mujer³, pero los datos porcentuales varían en función de los diferentes estudios⁴. Además, son ellas las que acaban soportando las consecuencias más graves de este tipo de violencia⁵.

La violencia de género constituye un grave problema social y de salud pública³, y se corresponde con una importante causa de mortalidad femenina, repercutiendo de manera negativa en la salud de la mujer, física y mental⁶. Los factores de riesgo para este tipo de violencia también son ampliamente conocidos, aunque no por ello permiten evitar el daño o asegurar una mejor atención y tratamiento⁷. Es más, el miedo a las consecuencias personales y las repercusiones jurídicas, junto a la tendencia a minimizar la situación personal, impide denunciar los hechos y perpetúa el daño por el mantenimiento de la violencia⁸.

Por parte de la población, existe un rechazo generalizado hacia la violencia de género, considerándola inaceptable en un 92% de los casos⁹. Ante este tipo de violencia, instituciones sociopolíticas y científicas como las universidades están desarrollando estrategias y programas para favorecer su prevención y erradicación^{10,11} debido a la mayor atención que está generando^{12,13}. En el Estado español se han promulgado leyes específicas y protocolos de actuación que atañen a la violencia doméstica¹⁴⁻¹⁷.

Sin embargo, a pesar de la mayor conciencia social que se está generando en torno a este tema, existe un tipo de violencia particular que no está acaparando la importancia merecida: la violencia de tipo psicológico⁹. Este tipo de violencia psicológica consiste en abusos y omisiones por parte del agresor destinadas a degradar, desvalorizar o controlar acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la persona que sufre el maltrato. Los medios utilizados por el maltratador suelen ser intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal de la víctima¹⁸.

En muchos casos, el maltrato psíquico comienza antes de que tenga lugar la agresión física¹⁹, a pesar de que esta última es la que acaba generando la denuncia de los hechos o la búsqueda de ayuda¹⁸. Se ha observado, por otra parte, que en los casos que son atendidos en servicios de urgencias de hospitales generales, servicios de emergencias o consultorios de atención primaria, preguntar de forma sistemática acerca de la existencia de maltrato de cualquier tipo en la pareja facilita la prevención de secuelas de la violencia y el acceso de las afectadas a los recursos sociales y sanitarios^{20,21}. Dicho esto, por el momento no se recomiendan métodos de cribado específicos más allá de un interrogatorio cuidadoso²². Esto tiene su relevancia por la posible implicación del personal sanitario en la redacción de un parte de lesiones que la persona afectada (o los Cuerpos de Seguridad del Estado) podría solicitar de cara a interponer una denuncia sobre su situación. No es infrecuente que en estos documentos se recoja cierto grado de ansiedad o nerviosismo, además de la lesión física existente²³.

La violencia psíquica es la que más graves consecuencias tiene para la víctima⁵ y constituye por sí misma un delito penal cuyas consecuencias psicológicas son lo que se denomina daño psíquico, el cual puede adoptar forma de lesión o de secuela psíquicas. La lesión psíquica constituye una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de haber padecido un delito violento, y que le incapacita para la vida cotidiana, pudiendo remitir en algunos casos con el tiempo, apoyo social o adecuado tratamiento psicológico. La secuela emocional o psíquica se refiere a la estabilización del daño, que persiste de forma crónica a partir de los dos años desde la exposición al delito, expresándose como rasgos desajustados en la personalidad de base que dificultan la adaptación del sujeto a su entorno²⁴. La mayor parte de los trastornos psíquicos que experimentan las mujeres víctimas de violencia de género a largo plazo son elevados niveles de ansiedad, depresión y estrés postraumático, y abarcan un gran espectro que engloba también los trastornos por consumo de sustancias y las conductas suicidas²⁵. En otros estudios se muestra que el tipo de lesión física que presentan estas mujeres también influye en las consecuencias psicológicas que acaban padeciendo a medio y largo plazo, destacando de una manera especial que las lesiones en el cuello son las que se asocian a mayor daño psíquico^{24,26}.

El daño psicológico, por tanto, es un concepto con base empírica, mensurable y objetivable, y puede ser por ese motivo objeto de la intervención pericial en un marco legal cuya valoración tiene interés jurídico²⁷.

Sin embargo, en el ámbito de la violencia de género, el primer contacto que la mujer tiene con un profesional del campo forense es con el médico forense del juzgado de violencia sobre la mujer. Esto sucede en los momentos previos a la celebración del juicio rápido, unos cinco días como máximo de haber interpuesto la denuncia de los hechos, el cual tiene como objetivo principal establecer medidas de seguridad para la víctima, como la orden de alejamiento. Aquí, es el médico forense quien tiene la obligación de recoger en su informe las alteraciones psicopatológicas que las víctimas presentan en este momento agudo, con el fin de esclarecer cómo se encuentra la víctima psicológicamente para enfrentarse a un proceso judicial y detectar de forma inicial una enfermedad psiquiátrica que haga pensar en maltrato psicológico, puesto que tiene importancia de cara a las decisiones que el juez tome ulteriormente con respecto a estos hallazgos, como por ejemplo ordenar una exploración más profunda y un seguimiento psicológico²⁰. Como señalan estos autores, esta valoración tiene carácter "urgente" dado el escaso tiempo del que se dispone para su realización, y por tanto será necesario contar con una metodología sencilla y fácil de aplicar: entrevista personal, informes médicos y pruebas psicométricas como la escala autoaplicada de Beck o la de Zung. Estos test están adaptados a la población española y llevan años siendo usados en clínica psiquiátrica como ayuda en el diagnóstico de la intensidad y el grado de trastornos ansiosos y depresivos. No obstante, aunque sí se utilizan como instrumento en la evaluación de secuelas psicológicas¹⁹, su uso en medicina forense no está tan ampliamente extendido y no existen estudios en este marco cronológico.

Nuestro estudio tratará de valorar la aplicación de estos test (que se explicarán con detalle en el siguiente apartado) en el momento de la primera evaluación de víctimas de violencia doméstica por parte del médico forense. Exponemos así un estudio descriptivo cuyo principal objetivo es determinar qué características de la agresión corresponden con mayores niveles de ansiedad o depresión en vista de los resultados de los test considerados.

Metodología

El trabajo está planteado como un estudio descriptivo transversal prospectivo. La muestra fue elegida utilizando como único criterio de selección que fueran víctimas de violencia de género, hubieran denunciado en diferentes comisarías de Madrid y acudieran a los juzgados de violencia de género de Madrid capital para la celebración de un juicio rápido. Se recogieron

93 denuncias entre diciembre de 2012 y octubre de 2013.

La recogida de las variables estudiadas se llevó a cabo a partir de las denuncias realizadas por las víctimas, el parte de lesiones elaborado por el médico-forense correspondiente según una exploración física estructurada¹⁹ y la aplicación, de forma autoadministrada, de los test de desesperanza de Beck (BDI, Beck Depression Inventory) y Zung SAS (escala SAS, versión corregida y transformada en índice porcentual) que las víctimas contestaban en el momento previo a la realización del juicio rápido para la concesión de orden de protección, en caso de que esta fuera solicitada. La puntuación obtenida en estos test constituye la variable principal del estudio al identificar la existencia o no de daño psíquico, y el grado en que este se presenta. A este respecto podemos definir el concepto legal de "daño psíquico" como todos aquellos desajustes psicológicos derivados de la exposición de la persona a una situación de victimización criminal (psicopatología traumática)²⁷. No se realizó una exploración psicopatológica estructurada, por lo que a lo largo de este artículo no haremos mención a diagnóstico de depresión o ansiedad, sino a los resultados y puntuaciones de los test. Por otra parte, la valoración del riesgo policial se ha recogido de las denuncias presentadas por las mujeres, según un protocolo de los Cuerpos de Seguridad del Estado para este tipo de violencia²⁸.

Los datos de la muestra se analizaron estadísticamente usando el software de análisis estadístico R, Rstudio y el programa SPSS.

Características de la muestra

En total se obtuvieron los datos de 93 víctimas de violencia de género con edades comprendidas entre los 19 y los 65 años, siendo la media de edad de 34,4 años (desviación típica [DT]: 9,7). En cuanto a la nacionalidad, encontramos un 53,3% de latinoamericanas, un 42,3% de españolas y un 4,3% procedentes de otros países de la Unión Europea (concretamente Rumanía y Portugal). Las latinoamericanas presentaban una edad media más baja que las españolas en el momento de la denuncia: 34,2 años (DT: 1,2) frente a 38 años (DT: 10,3).

Respecto al nivel de estudios, el 42,2% de las víctimas contaban con estudios secundarios, el 28,9% de bachillerato, el 15,6% habían realizado estudios de formación profesional y el 13,3% tenían estudios superiores. El 73,6% estaban en activo, mientras que el 10,8% se encontraban en paro.

La mayoría de las víctimas, un 53,8%, pertenecían a un nivel socioeconómico bajo; el nivel medio estaba representado por el 44% y el alto, por el 2,2%. Las víctimas que hemos considerado con un nivel socioeconómico alto denuncian el 100% por primera vez (dos mujeres), mientras que en las de nivel bajo y medio el porcentaje de primera denuncia es similar (81,6% y 75%, respectivamente).

Las lesiones se localizaban más frecuentemente en los miembros (24,7%) y en la cara (14,3%). Solo un 3,9% de las víctimas presentaba lesiones de forma exclusiva en el cuello. El agente lesivo más utilizado fueron las manos (96,1%), y en el 29,9% de los casos se acompañaban de otro agente como los pies, armas blancas y objetos contundentes.

Inventario de depresión de Beck (BDI, Beck Depression Inventory) y Zung SAS

Los test considerados en este artículo se usan en clínica como cribado, debiendo apoyarse en la exploración para dar el diagnóstico definitivo. En muchas instituciones se usan el BDI y el Zung SAS de manera concomitante o sucesiva según el resultado obtenido (en el protocolo de aplicación del test de Zung se indica que si la puntuación es igual o mayor de 30 debe aplicarse seguidamente el test de Beck). En este caso se han aplicado a la vez, independientemente de los resultados. Los índices de consistencia interna de la versión española del BDI de 1978 en población clínica son buenos y se asemejan a los encontrados en otros ámbitos culturales con muestras parecidas²⁹. En cuanto al test de Zung, ha sido validado en otras poblaciones y ha mostrado una sensibilidad del 92-95% y una especificidad del 74-87,5%. En España hay varios puntos de corte usados indistintamente para establecer las categorías en la escala de Zung; en este estudio se han usado los referidos en la Tabla 1³⁰.

Resultados

En primer lugar, destacamos que los resultados de los test Beck y Zung de las denunciadas siguen una distribución normal, como se observa en los histogramas y gráficos q-q insertados en la Figura 1.

Por otra parte, los test considerados están correlacionados. En la Figura 2 vemos la nube de puntos de ambos acompañada de su recta de regresión. El coeficiente de correlación de Pearson es de 0,6248, lo cual indica una dependencia lineal entre ambas variables.

Grado de depresión	Beck (puntos)	Zung SAS (%)
No depresión	0-9	<50
Depresión leve	10-18	50-59
Depresión moderada	19-29	60-69
Depresión grave	30-63	>70

Tabla 1.
Puntos de corte de las diferentes escalas usadas en el estudio^{29,30}.

Un resultado por encima de 19 en el test de Beck es indicativo de depresión moderada o grave, mientras que uno por encima de 50 en el test Zung SAS lo es de depresión de algún tipo (desde leve a grave). De los datos se deduce que las denunciadas manifiestan indicios de depresión moderada o grave según el test Beck (test t de Student al 95% de confianza, $p = 2,7570 \cdot 10^{-5}$; intervalo de confianza por la derecha: 21,4829-63). También se deduce que las denunciadas manifiestan indicios de algún tipo de depresión según el test Zung SAS (test t de Student al 95% de confianza, $p = 1,498 \cdot 10^{-6}$; intervalo de confianza por la derecha: 54,4809-100).

Respecto a relación entre el tipo de lesiones y los niveles de depresión medidos por los test, se observa que las denunciadas que sufrieron agresiones en el cuello (18%) presentan niveles del test Beck más altos que aquellas que no sufrieron este tipo de lesión (Anova, $p = 0,00678$; intervalo de confianza por la derecha de la media: 24,0481-63). Este comportamiento se observa en el gráfico de cajas mostrado en la Figura 3.

Además de las agresiones en el cuello, se estudiaron las diferencias entre los resultados de los test y la presencia de agresiones en otras partes del cuerpo (miembros, tronco, cara y cráneo), pero no se obtuvieron diferencias significativas ($p > 0,05$).

Otro de los datos estudiados fue el informe de riesgo realizado por la policía en el momento de la denuncia. En dicho informe se establecen cinco niveles: "no apreciado", "bajo", "medio", "alto" o "extremo". En la Figura 4 se representan gráficamente los datos de este informe y los resultados de los test. Se observa que los puntos más grandes (y por tanto que representan denunciadas con mayor riesgo) se sitúan en lugares alejados del 0 en la gráfica (cercanos a la esquina superior derecha). Esto parece indicar que niveles de riesgo más grandes coinciden con resultados más altos en los test. Sin embargo, no hay suficiente significación estadística para afirmarlo (Anova, $p = 0,2050$ para Beck y $0,1890$ para Zung SAS).

Figura 1.

Los gráficos q-q comparan los cuantiles de la muestra con los cuantiles de una distribución normal; cuanto más cerca están los puntos de la diagonal, más similar es la muestra a una distribución normal. En este caso podemos afirmar que ambas variables son normales.

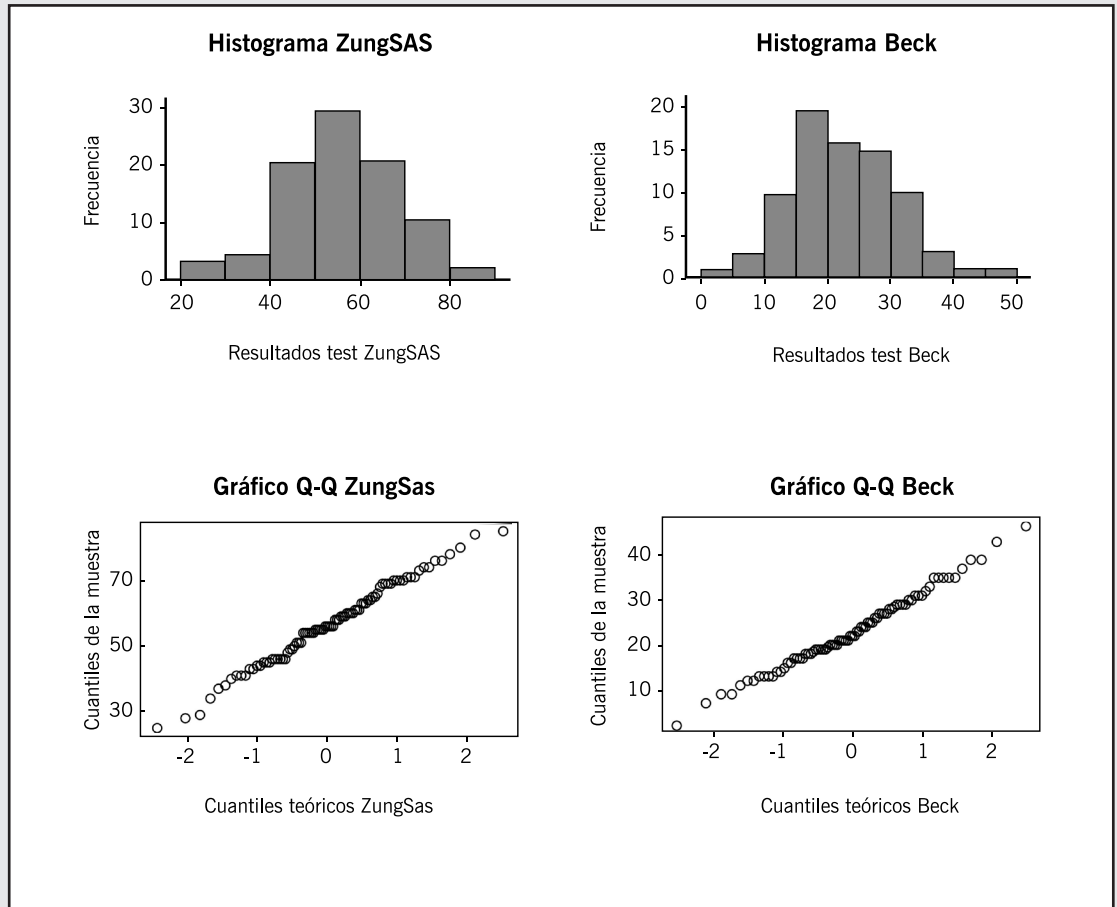
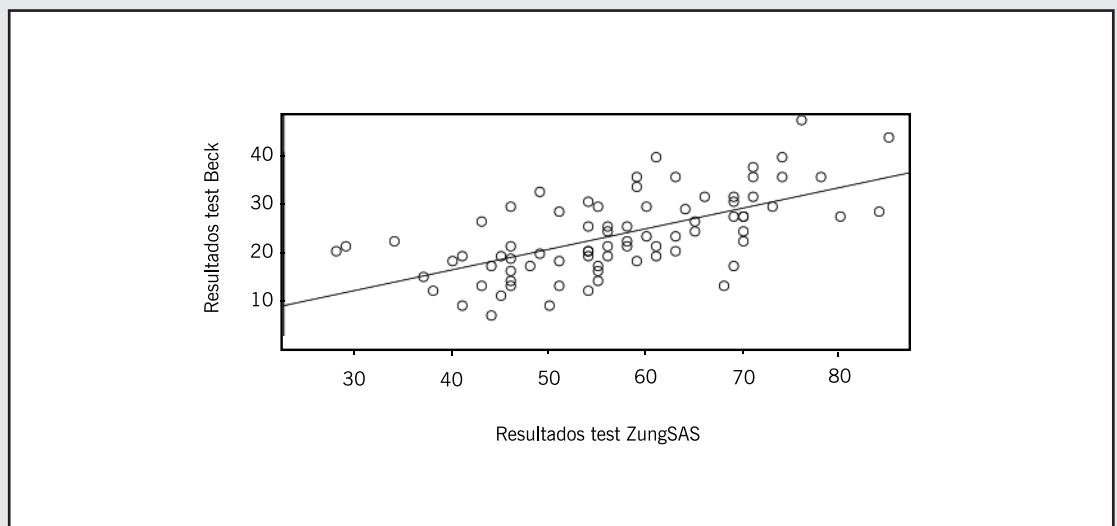


Figura 2.

En el eje x, el resultado del test Zung SAS de cada denunciante; en el eje y, el resultado del test Beck.



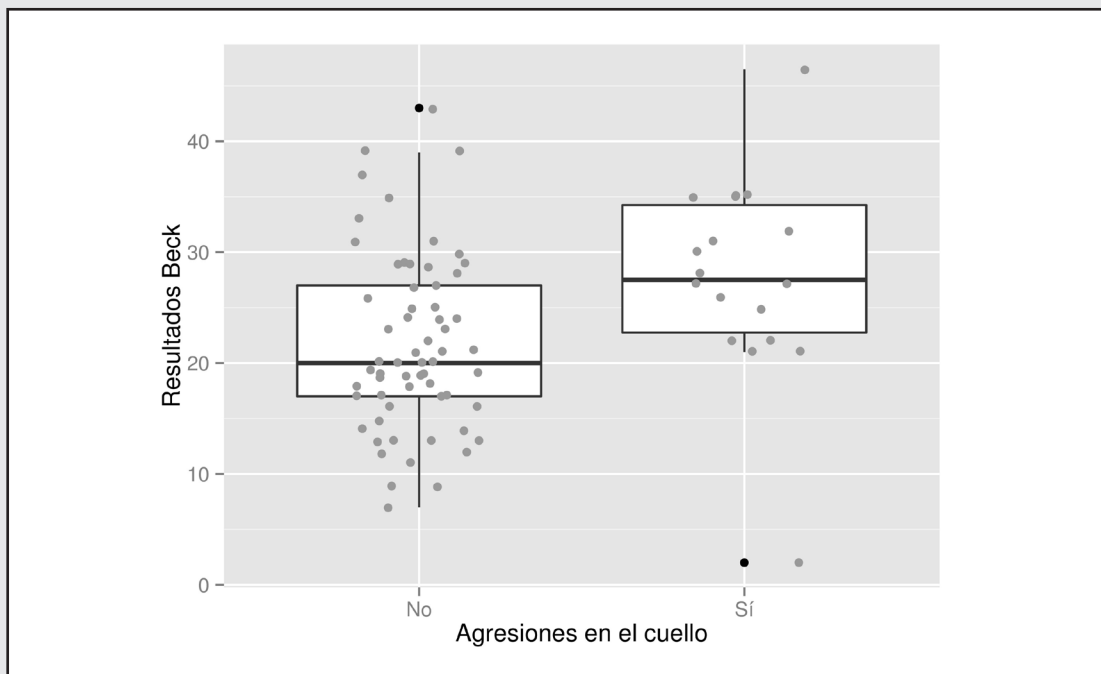


Figura 3. Gráfico de cajas (boxplot) con la relación entre los resultados del test BDI y la presencia de agresiones en el cuello.

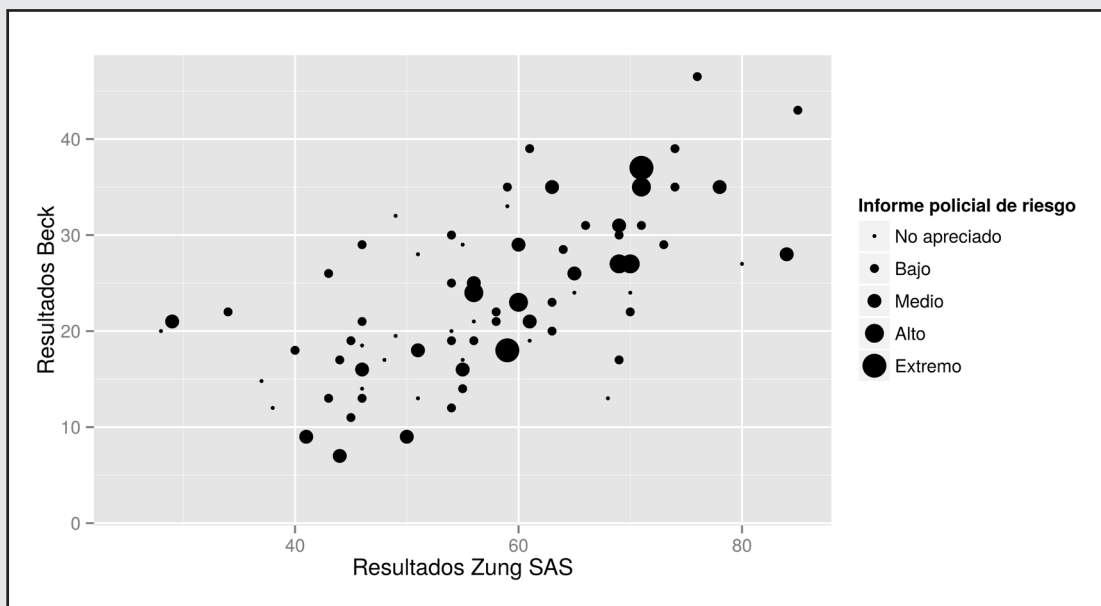


Figura 4. Se ha representado en el eje x el resultado del test Zung; en el eje y, el resultado del test Beck, y el tamaño del punto es más grande en función del riesgo estimado en el informe policial.

No hemos observado significación estadística ($p > 0,05$) en las relaciones del resto de las variables sociodemográficas recogidas y los resultados de los test.

Conclusiones

En este artículo planteamos el uso de herramientas psicométricas ya conocidas y validadas para pobla-

ción española, y que tienen su utilidad en clínica y en investigación, pero que sin embargo no se han estudiado antes en este contexto de violencia de género y ciencias forenses. Consideramos por ello estudiar el inventario de depresión de Beck y el test de Zung, debido a que son cuestionarios autoadministrados que se rellenan de forma sencilla y en un corto tiempo.

Nuestro proyecto tiene interés y aporta novedad al estudio forense de la violencia de género, dado el marco cronológico y espacial en que se ha desarrollado y la novedad de utilizar los test mencionados en dicho encuadre.

Se observa en nuestro estudio que entre un 71,4% y un 84,5% de las denunciante aseguran haber padecido maltrato psicológico. Sin embargo, la totalidad de la muestra presenta algún grado de depresión conforme a los test usados, por lo que se podría decir que toda violencia física acaba generando consecuencias psicológicas. Según los resultados, el grado de depresión es ligeramente mayor según las puntuaciones obtenidas en el test de Beck frente al test de Zung, aunque los resultados son similares para ambos. Las dos herramientas están correlacionadas y se distribuyen según la normalidad en nuestra muestra.

Llama la atención que, en función de las lesiones físicas que presenta la víctima, solo se obtiene una relación estadísticamente significativa con un mayor grado de depresión en las lesiones en el cuello. Esto puede deberse a que las lesiones más amenazantes para la vida se asocian con mayor predisposición a que las personas que las sufren padezcan un mayor daño psíquico²⁴, lo que en nuestro caso se relacionaría con puntuaciones más altas en los test.

Sobre el análisis de riesgo policial y las puntuaciones de los test, no hay significación estadística, a pesar de que sí se observa una clara tendencia a que, a mayor riesgo policial, mayor es el grado de depresión. Esta tendencia sin fortaleza estadística creemos que puede explicarse por el tamaño muestral del estudio.

Por otra parte, no se observa que haya un grupo concreto de edad, nacionalidad, nivel socioeconómico o de estudios que presente mayores puntuaciones en los cuestionarios.

El propio contexto en el que se generan los resultados es un factor que influye en su recogida, por lo previamente comentado sobre la valoración forense “de urgencia”.

El paso por un proceso judicial es un estresor de primera magnitud para las personas, lo que supondrá un factor distorsionador de los datos de la exploración, ante la cual la persona adopta una actitud defensiva y se produce la paradoja de que las personas que sufren daño psíquico disimulan su estado clínico para evitar perjuicios en otros ámbitos legales que influyan, por ejemplo, en el procedimiento civil de guarda y custodia²⁷.

Se puede concluir, de nuestros resultados, que los cuestionarios de Beck y Zung estudiados para este trabajo están correlacionados, y las puntuaciones en denunciante de violencia de género dan indicios de niveles de depresión moderados o altos, lo que es congruente con el maltrato sufrido en la pareja y con la situación que genera el proceso judicial.

Finalmente, queremos señalar que nos parece importante que continúe la investigación en este aspecto, de manera que en un futuro se pueda observar cómo afecta el empleo de distintas herramientas de valoración psicológica en el momento precoz del proceso judicial como parte del reconocimiento forense que se realiza en funciones de guardia a su evolución y a la mejora de las condiciones subsiguientes. Además, sería ideal contar, para el estudio forense en violencia psicológica, y no solo en el campo de la violencia de género, con instrumentos que permitieran evidenciar la existencia de este tipo de violencia.

Agradecimientos

A María del Carmen Bravo, Procedimiento estadístico, Centro de Cálculo de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. WHO; 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS; 2013. Disponible en: <http://apps.who.int>
- World Health Organization. Understanding and addressing violence against women. WHO; 2012. Disponible en: <http://apps.who.int>
- Fontanil Y, Ezama E, Fernández R, et al. Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*. 2005;17:90-5.
- Muñoz JM, Echeburúa E. Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2015;26(2-12).
- Houry D, Kemball RS, Click LA, Kaslow NJ. Development of a brief mental health screen for intimate partner violence victims in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14:202-9.
- Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*. 2010;22:403-9.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Sobre la inhibición a denunciar de las víctimas de violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es>
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Percepción social de la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es>
- Colectivo Ióé. Actitudes de la población española ante la violencia de género en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es>
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es>
- Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health*. 2013;13:1.
- Osborne R. De la "violencia" (de género) a las "cifras de la violencia": una cuestión política. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 2008;15:99-124.
- Huertas IM. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. *Cuadernos de Derecho Judicial*. 2005;2:277-328.
- Jefatura de Estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*; 2004, N° 313. Disponible en: <http://www.boe.es>
- Barbería Marcalain E. Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género del Ministerio de Justicia. *Estudios Jurídicos*; 2011. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4189730>
- Ministerio de Justicia. Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género. Ministerio de Justicia. 2011. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es>
- Pérez-Martínez V, Hernández-Marín Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009;25(2).
- Weil A. Intimate partner violence: diagnosis and screening, epidemiology and health consequences. Up to date. 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-diagnosis-and-screening>
- Sánchez JD, Rodríguez-Albarrán MS. Valoración médico-forense de la mujer maltratada. *Revista Española de Medicina Legal*. 2010;36:110-6.
- Valpied J, Hegarty K. Intimate partner abuse: identifying, caring for and helping women in healthcare settings. *Womens Health*. 2015;11:51-63.
- McLennan JD, MacMillan HL. Routine primary care screening for intimate partner violence and other adverse psychosocial exposures: what's the evidence? *BMC Family Practice*. 2016;17:103.
- García-Minguito L. Estudio médico forense de la violencia de género: análisis de la calidad de los partes de lesiones. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Madrid: Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid; 2010.
- Echeburúa E, De Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2004;4:227-44.

25. Ferrari G, Agnew-Davis R, Bailey J, *et al.* Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action*. 2016; 9:29890.
26. Echeburúa E, De Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002;14(Supl):139-46.
27. Muñoz JM. La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2013;23:61-9.
28. Secretaría de Estado de Seguridad. Instrucción nº 10/2007 de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se aprueba el protocolo para valoración policial del nivel de riesgo de violencia contra la mujer en los supuestos de la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, y su comunicación a los órganos judiciales y al ministerio fiscal. Madrid: Ministerio del Interior; 2004. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es>
29. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 1999;10:59-81
30. Conde V. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología*. 1970;33:185-206.