

Original

Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género

Laura García Minguito^a, Juan de Dios Casas Sánchez^{b,*} y María Soledad Rodríguez Albarran^b

^a Juzgado de Instrucción de Coslada, Madrid, España

^b Juzgado de Violencia sobre la Mujer, Madrid; Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de abril de 2011

Aceptado el 29 de julio de 2011

On-line el 23 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Violencia

Género

Parte de lesiones

Escala

Calidad

Keywords:

Violence

Gender

Injury reports

Scale

Quality

R E S U M E N

Objetivos: Elaborar un baremo para valorar la calidad de los partes de lesiones, establecer las diferencias existentes en la calidad de los partes de lesiones en función de la estructura asistencial que los emite, y proponer un modelo para ser utilizado por todos los centros sanitarios.

Método: Se aplicó una escala a 700 partes de lesiones de víctimas de violencia de género durante los años 2008-2010 en Madrid capital.

Resultados: El porcentaje de cumplimiento de los distintos criterios superaba el 80%, excepto el cuarto, el octavo y el décimo criterios.

Conclusiones: Una de las conclusiones fundamentales a que se llega es que la procedencia de los partes de lesiones en materia de violencia de género determina la información que se refleja en ellas y su calidad, siendo los procedentes del SAMUR los de mejor calidad y los procedentes de los servicios de atención primaria los que presentan una calidad más baja.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

A proposed scale to analyze the quality of injury reports in cases of gender violence

A B S T R A C T

Objectives: To develop a scale to assess the quality of injury reports, to establish differences in the quality of these reports according to their source, and to propose a model to be used by all health centers.

Methods: The scale was applied to 700 injury reports in cases of gender violence from 2008 to 2010 in the city of Madrid.

Results: Compliance with the distinct criteria in the scale was more than 80%, except in the fourth, eighth and tenth criteria.

Conclusions: One of the main conclusions of this study is that the information contained in injury reports in cases of gender violence and their quality are strongly influenced by their source. Quality was highest in reports from the Spanish ambulance and emergency service (SAMUR) but was lower in reports from primary care services.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La violencia de género es una de las formas de violencia con más siglos de historia; el problema radica en que hasta hace poco ha sido un tipo de violencia encubierta, de manera que era considerada exclusivamente propia del ámbito privado¹.

En España, a la violencia de género se le ha dado mucha importancia, con medidas legislativas tales como la aprobación de la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica², y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género³. El 22 de septiembre de 2004, el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó la creación de la Comisión contra la Violencia de Género, cuyas líneas de trabajo se centraban en revisar los proyectos y las estrategias existentes en

el ámbito sanitario en las comunidades autónomas, incluyendo la revisión de protocolos, guías y documentos, así como también en promover el estudio de propuestas metodológicas para el conocimiento del impacto real de este fenómeno y para su detección precoz y diagnóstico.

Como fruto de estas actuaciones se hizo evidente en el *Informe anual del observatorio estatal de violencia contra la mujer*⁴ la escasa implicación sanitaria, debida en parte a la pobre formación específica en el ámbito sanitario, consecuencia de la poca prioridad dada al tema hasta ese momento y del desconocimiento de otros recursos, así como a la dificultad de coordinación con otros servicios.

Como solución a este problema, entre otras medidas se elaboró un protocolo de actuación en el ámbito sanitario, *Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género*⁵, que incluye entre sus objetivos establecer unas pautas de actuación homogéneas para conseguir una actuación integral (física, psíquica y social). En este protocolo común de actuación, una pequeña parcela corresponde al parte de lesiones. Los centros y las unidades de atención sanitaria suelen contar con un modelo normalizado de parte de lesiones,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jdcasas@pdi.ucm.es (J.D. Casas Sánchez).

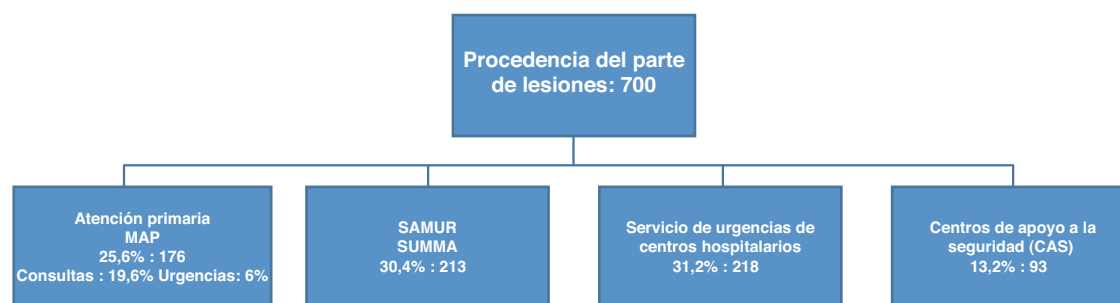


Figura 1. Distribución de los partes de lesiones en función de la procedencia.

destinado al juzgado y específico para la atención de casos de violencia de género, en formato impreso o digitalizado. Este procedimiento recoge los elementos importantes de la valoración clínica y médico-legal. Similar a este protocolo publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, se han encontrado otros en la bibliografía consultada^{6,7}.

Conseguir una valoración integral del maltrato desde el punto de vista de la pericia médica en los casos de violencia doméstica ha sido un objetivo perseguido por muchos estudios⁸⁻¹⁰. En los últimos años se han realizado muchos y diversos trabajos científicos acerca de la violencia de género desde el punto de vista jurídico, social, médico o psicológico¹¹⁻¹³. Sin embargo, apenas hay estudios que traten la labor pericial médica en los partes de lesiones de las víctimas.

El objetivo de este estudio es triple: por un lado, elaborar un baremo para valorar la calidad de los partes de lesiones; por otro, establecer las diferencias existentes en la calidad de los partes de lesiones en función de la estructura asistencial que los emite; y finalmente proponer un modelo para ser utilizado por todos los centros sanitarios.

Método

Participantes

La muestra de estudio la constituyen 700 mujeres con parte de lesiones que han sido víctimas de maltrato, con procedimiento judicial abierto en un Juzgado de Violencia de Género de Madrid, en los últimos 3 años (2008, 2009 y 2010).

Los criterios de selección fueron: a) ser mujer víctima de maltrato físico a manos de su pareja o ex pareja; b) existencia de parte de lesiones al interponer la denuncia; c) presentar lesiones no mortales; d) lesiones de menos de 72 horas de evolución cuando se realiza la valoración médica. Las lesiones psíquicas no se recogen en el parte de lesiones, debido a que la víctima sólo acude a un centro sanitario cuando tiene lesiones físicas. En los casos en que se denuncia maltrato psicológico, es la Unidad de Valoración Forense Integral la que realiza la valoración de las posibles lesiones psíquicas.

La procedencia de los partes de lesiones se recoge de manera esquemática en la figura 1, agrupando los partes del Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR) y del Servicio de Urgencia Médica de Madrid (SUMMA), puesto que el funcionamiento de ambos es muy similar. Los partes de lesiones procedentes del SAMUR y del SUMMA estaban protocolizados para cualquier tipo de agresión, y el resto no seguían un modelo determinado, de modo que prácticamente cada médico seguía uno diferente.

Instrumento de evaluación

Para la valoración de los partes de lesiones se elaboró una escala de calidad de partes de lesiones en violencia de género (tabla 1). Se establecieron diez criterios mínimos que debían cumplirse para

poder referirnos a partes de lesiones en violencia de género completos y de calidad. Estos criterios se seleccionaron basándose en los requisitos básicos que debe cumplir un parte de lesiones en esta materia, según el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*⁵.

En función de la relevancia de los ítems se establecen unos valores para ellos. Las distintas puntuaciones que se asignan a los ítems son: dato imprescindible: 15 puntos; dato necesario: 10 puntos; y dato importante: 5 puntos. Los criterios que se tuvieron en cuenta para seleccionar estos diez ítems y asignar a cada uno una puntuación determinada según su importancia fueron, además de los evidentemente fundamentales, como son la filiación de la víctima y la indicación de que dicho parte es en relación a atención en caso de violencia de género, la filiación del facultativo considerada siempre como muy importante desde un punto de vista judicial para evitar posibles falsificaciones y poder, en un momento dado, ser citado a juicio si el procedimiento lo aconseja.

El segundo grupo de datos en importancia es el relacionado con las lesiones, sobre todo teniendo en cuenta que, por distintas circunstancias, el médico forense no siempre explora a la paciente en los dos o tres primeros días tras la agresión, y por tanto antes de la curación, sino que a veces cuando es citada en el juzgado ya está curada y el único elemento objetivo de la agresión es la descripción de las lesiones que se incluyó en el parte médico inicial, determinante además para establecer la relación de causalidad o no con el relato que la víctima realiza de los hechos, imposible de llevar a cabo en caso contrario, con una descripción deficiente de las lesiones, quedando anulada la posibilidad de concordancia objetiva con la denuncia.

Tal como se observa en la tabla 1, los ítems 1, 2 y 3 se consideran imprescindibles (15 puntos), los ítems 4, 6, 7 y 9 se consideran necesarios (10 puntos), y los ítems 5, 8 y 10 se consideran importantes (5 puntos). A partir de esto se va realizando la suma de cada uno de ellos y para cada parte, siendo la puntuación de 0 puntos si no aparece reflejado el dato requerido o lo hace de forma incorrecta.

Atendiendo a los criterios mencionados, el parte de máxima calidad se correspondería con una puntuación total de 100 puntos, el de alta calidad con 90 a 100, de calidad intermedia entre 75 y 89, y de baja calidad por debajo de 75 puntos.

Tabla 1

Escala de calidad de los partes de lesiones en violencia de género

Ítems escala	Puntuación
1. Especificación caso de violencia de género	15 puntos
2. Datos de filiación de la víctima	15 puntos
3. Datos personales del facultativo que presta la asistencia	15 puntos
4. Datos referentes a la fecha y hora del incidente	10 puntos
5. Ausencia de tachaduras	5 puntos
6. Descripción del tipo de lesiones	10 puntos
7. Descripción de la localización de las lesiones	10 puntos
8. Referencia del estado psíquico de la víctima	5 puntos
9. Reflejo de las medidas terapéuticas realizadas	10 puntos
10. Referencia a agresiones previas o si es la primera vez	5 puntos

Tabla 2
Grado de cumplimentación de los criterios seleccionados en función de la procedencia del parte de lesiones

Criterio	SAMUR-SUMMA	Hospital urgencias	Atención primaria	CAS
1. Especificación caso de violencia de género	191 (90%)	186 (85,4%)	127 (72,3%)	90 (97%)
2. Datos de filiación de la víctima	213 (100%)	218 (100%)	176 (100%)	93 (100%)
3. Datos personales del facultativo que presta la asistencia	213 (100%)	207 (95%)	170 (97%)	93 (100%)
4. Datos referentes a fecha y hora del incidente	156 (73,2%)	89 (41%)	72 (41%)	56 (60%)
5. Ausencia de tachaduras	189 (89%)	200 (92%)	160 (91%)	83 (90%)
6. Descripción del tipo de lesiones	202 (95%)	185 (85%)	158 (90%)	83 (90%)
7. Descripción de la localización de las lesiones	204 (96%)	174 (80%)	132 (75,2%)	74 (80%)
8. Referencia al estado psíquico de la víctima	103 (48,4%)	55 (25,6%)	58 (32,9%)	5 (6,1%)
9. Reflejo de las medidas terapéuticas realizadas	204 (96,4%)	218 (100%)	140 (80%)	33 (36%)
10. Referencia a agresiones previas	34 (16%)	11 (5%)	5 (3%)	7 (8%)
11. Referencia a si la víctima acude sola o acompañada al centro sanitario	19 (8,9%)	14 (6,4%)	38 (21,7%)	42 (45,5%)
12. Agresión a otra persona del núcleo familiar	23 (10,7%)	0%	0%	3 (3,2%)

SAMUR: Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate; SUMMA: Servicio de Urgencia Médica de Madrid; CAS: centro de apoyo a la seguridad.

Tabla 3
Grado de cumplimentación de las características significativas de las lesiones más frecuentes

Tipo de lesión	Localización	Dimensiones	Evolución	Forma
Hematoma 469 (67%)	438 (93,5%)	261 (55,7%)	115 (24,6%)	0
Erosiones 308 (44%)	298 (97,1%)	170 (55,3%)	65 (21,4%)	191(62%)
Heridas	72 (100%)	66 (92,3%)	38 (53,8%)	0

Procedimiento

Tras la valoración forense de la víctima y las lesiones, se analizaron los partes de lesiones y se les aplicó la escala de calidad diseñada. Para realizar el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS 16.

Resultados

El 61,2% de los partes proceden de los servicios de urgencia y el 25,6% de atención primaria (fig. 1). El estado psíquico de las víctimas se recogía en un 48,4% de los de SAMUR y SUMMA, y en un 25% de los de urgencias. Se especificaba si se trataba de un caso de violencia de género en el 90% de los partes emitidos por los centros de apoyo a seguridad y en el 72,3% de los de atención primaria.

En cuanto a si ha habido agresiones previas o no, se recoge específicamente por SAMUR y SUMMA, con un 16%, mientras que en atención primaria se indica en un 3%, y sobre agresión o no a otros miembros del núcleo familiar se obtienen porcentajes muy bajos en todos los casos (entre un 10,7% y un 0%) (tabla 2).

Los tipos de lesiones físicas más frecuentemente observadas fueron los hematomas y las erosiones, describiéndose correctamente su evolución en un 24,6% para los primeros y un 21,4% para las segundas (tabla 3).

Cuando aplicamos la escala de calidad, el 42% de los partes de lesiones presentan una calidad intermedia y el 30,4% una baja

Tabla 4
Calidad de los partes de lesiones en función de la procedencia

Procedencia del parte	Alta calidad	Calidad intermedia	Baja calidad
SAMUR + SUMMA	91 (42,9%)	79 (37,5%)	41 (19,6%)
Atención primaria + Urgencias atención primaria	42 (24,1%)	59 (33,7%)	73 (42,2%)
Urgencias de hospital	56 (26,9%)	97 (44,9%)	82 (38,2%)
CAS	11 (12,1%)	59 (63,6%)	22 (24,3%)

SAMUR: Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate; SUMMA: Servicio de Urgencia Médica de Madrid; CAS: centro de apoyo a seguridad.

calidad (fig. 2). Por último, en la tabla 4 destaca que los partes de alta calidad se obtienen especialmente del SAMUR y el SUMMA (42,9%), frente al 24,1% y el 26,9% de los de atención primaria y urgencias, respectivamente.

Discusión

Según las guías y los estudios revisados, los partes de lesiones desempeñan una importante labor para poder abordar judicialmente el problema del maltrato¹⁴ y tomar decisiones públicas en materia de ayuda a las víctimas de violencia, y sobre todo para poder establecer medidas de prevención efectivas^{15,16}.

Apenas hay estudios que traten el tema de los partes de lesiones en violencia de género, y menos que analicen su calidad. Los resultados obtenidos en este estudio, en relación a la procedencia de los

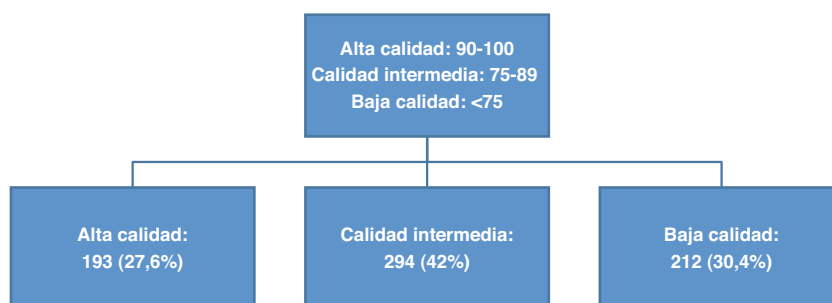


Figura 2. Clasificación de los partes de lesiones según la calidad.

partes de lesiones, difieren bastante de los estudios revisados¹³. Mientras que éstos hablan de cifras del 68% de partes procedentes de centros de atención primaria y del 32% de servicios de urgencias, en nuestro estudio se ha observado que los resultados se invierten y proceden de atención primaria sólo el 25,2%, mientras que el 61,2% son de servicios de urgencias (hospitalarios o no). Estos resultados pueden justificarse por las diferencias entre comunidades autónomas en relación a la logística de los servicios de atención sanitaria urgente, y los horarios del servicio de atención primaria.

Fueron muy pocos los partes de lesiones que reflejaron el estado psíquico de la víctima, con una gran diferencia entre los procedentes del SAMUR y el SUMMA y el resto; esto puede justificarse por el tiempo transcurrido entre la agresión y la valoración de la víctima, siendo en el caso del SAMUR inmediata, prácticamente en el lugar de los hechos, y en los procedentes de centros de apoyo a seguridad más demorada, factor que influye en que la víctima presente un cuadro psicológico más o menos florido, marcado por el miedo, el estrés y la ansiedad. En todos los estudios revisados¹⁷⁻¹⁹ se da gran importancia a este aspecto, y además se señala que no se valora el daño psíquico^{20,21} al ser menos evidente que el físico. Este aspecto se subsana durante el procedimiento judicial mediante la correspondiente valoración forense integral (física y psicológica).

Otro dato que destacó y que es preocupante es que, en relación a toda la información que puede esclarecer la situación de seguridad de la víctima y que debe aparecer recogida en los partes de lesiones según las guías y los protocolos revisados, fueron muy pocos los partes que la reflejaban. Indicar si la víctima acudía sola o acompañada, los antecedentes de maltrato, la existencia de otras personas del núcleo familiar que estuvieran sufriendo maltrato, si se trata o no de un caso de violencia de género, o si alguien ha sido testigo de la agresión²²⁻²⁴, ayuda a establecer un esquema del apoyo social²⁵ de que dispone la víctima y que pueda poner en alerta a los sistemas sanitarios para notificar la situación a los servicios sociales y los cuerpos de seguridad del estado.

Los hematomas y las erosiones²⁶ son las lesiones más frecuentes, con una buena descripción del tipo y la localización; sin embargo, es muy deficiente el aspecto evolutivo, información muy importante para la datación de las lesiones.

Al aplicar la escala de calidad elaborada para este trabajo se obtuvo una puntuación media de 78,1 puntos, y se consideró que la calidad de los partes de lesiones en violencia de género era intermedia, identificando deficiencias en el contenido, con los puntos más débiles en la descripción de las lesiones, la constatación de la fecha y la hora del incidente, y las referencias a los antecedentes de maltrato y estado psíquico de la víctima²⁷.

Pese a estos resultados, hay que tener en cuenta que casi un tercio de las víctimas no hubieran podido ser valoradas conforme a las lesiones y situación de maltrato que realmente padecían²⁸, y que podría haberse presentado si el reconocimiento forense se hubiera realizado después de producirse la curación de las lesiones. Los partes procedentes del SAMUR y el SUMMA son los de mejor calidad, y los de servicios de atención primaria los de calidad más baja, es decir, en los recursos sanitarios que utilizan partes de lesiones protocolizados la calidad de éstos es mejor.

Nosotros proponemos el modelo recogido en el Anexo 1 para su utilización, en todos los centros sanitarios, en caso de sospecha de violencia de género.

Contribuciones de autoría

J.D. Casas Sánchez, responsable del estudio, concibió el objetivo y el diseño del mismo. L. García Minguito recogió los datos y los tabuló. Todos los autores contribuyeron al análisis e interpretación de los resultados. Los tres autores redactaron el manuscrito hasta aprobar su versión final.

¿Que se sabe sobre el tema?

En los últimos años se han realizado muchos trabajos científicos acerca de la violencia de género desde un punto de vista jurídico, social, médico o psicológico. Sin embargo, apenas hay estudios que traten la labor pericial médica en los partes de lesiones de las víctimas. Desde la experiencia profesional de médicos forenses de los autores del estudio, se había observado que en muchas ocasiones la labor pericial se veía comprometida por la baja calidad de los partes de lesiones que se emitían en los centros médicos adonde había acudido la víctima, y muchas veces no dependía de la escasa implicación sanitaria, como reflejó el informe del observatorio estatal, sino que se debía a formatos de partes de lesiones que para nada se ajustaban a los requisitos formulados en el protocolo común de actuación sanitaria.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Este estudio aporta, en primer lugar, una escala que nos permite valorar la calidad de los partes de lesiones en violencia de género, y en segundo lugar los resultados obtenidos después de aplicar esta escala en una muestra de 700 casos de violencia de género. Desde un punto de vista práctico, la aportación del estudio sería poder controlar de una forma sencilla la calidad de los partes de lesiones, lo cual redundaría a su vez en un mejor control de los casos de violencia de género en los centros sanitarios.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Villavicencio, P. Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación. *Clinica y Salud*. 1993;4:215-28.
- Ley 27/2003, de 31 de Jul, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. BOE núm. 183, de 1 de Ago de 2003. p. 29881-3.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE núm. 313, de 29 de diciembre de 2004. p. 42166-97.
- Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2008. Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/Andalucia.pdf.
- Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid; 2008. Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/Madrid.Atencion.Primaria.pdf.
- Castellano M, Lachica López E, Molina A, et al. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2004;35:15-28.
- Trautman DE, McCarthy ML, Miller N, et al. Intimate partner violence and emergency department screening: computerized screening versus usual care. *Ann Emerg Med*. 2007;49:526-34.
- Kelly U. Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in Latinas. *West J Emerg Med*. 2010;11:247-51.
- Muslera-Cauclini E, Natal C, García V, et al. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitaria del Principado de Asturias. *Gac Sanit*. 2009;23:558-61.
- Gálvez Martín ME. Reflexiones sobre la convivencia con mujeres víctimas de violencia de género en un medio residencial. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2008;21:105-7.
- Libano Beristain A. El elemento personal en la determinación de la competencia del juzgado de violencia sobre la mujer. *Revista de Derecho Penal*. 2010;29:45-58.

14. Arroyo Fernández A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Aten Primaria.* 2000;26:255–60.
15. Escribá-Aguir V, Barona-Vilar C, Calvo-Mas C. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit.* 2006;20:510–2.
16. Kwan RO, Cureton EL, Dozier KC, et al. Gender differences among recidivist trauma patients. *J Surg Res.* 2011;165:25–9.
17. Aretio A. Detección y abordaje de la violencia doméstica desde la atención primaria de salud de La Rioja: una cuestión pendiente de resolver. *Servicio Riojano de Salud, Informe técnico;* 2001.
18. Millán R. El trabajo social con mujeres maltratadas, Intervención individual. *Violencia contra las mujeres. Prevención y detección.* Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 145–58.
19. Echeburua E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema.* 2002;14:139–46.
20. Logan C, Blakbuns R. Mental disorder in violent women in secure setting: potential relevance to risk for future violence. *Int J Law Psychiatry.* 2009;32:31–8.
21. Jokinen J, Forshund K, Ahnecuark E, et al. Karolinska interpersonal violence scale predicts suicide in suicide attempters. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:1025–32.
22. Sans M, Sellares J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal.* 2010;36:106–9.
23. Kennedy C, Angie C, Bybee D, et al. The impact of family and community violence on children depression trajectories: examining the interactions of violence exposure family social support and gender. *J Fam Psychol.* 2010;24:197–207.
24. Meyer S. Seeking help to protect the children? The influence of children on women decisions to seek help when experiencing intimate partner violence. *J Fam Violence.* 2010;25:713–25.
25. Hetling A, Zhahg HY. Domestic violence, poverty and social service: does location matter? *Soc Sci Q.* 2010;91:1144–63.
26. Searrion MT, Aracil Monller C, Molina Gasset R. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones generados en un servicio hospitalario de urgencias. *Emergencias.* 1995;7:245–51.
27. Taft CT, Mouson CM, Schuemen JA, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms. Relationship adjustment and relationship aggression in a sample of female flood victims. *J Fam Violence.* 2009;24:389–96.
28. Casas JD, Rodríguez MS. Valoración médico-forense de la mujer maltratada. *Revista Española de Medicina Legal.* 2010;36:110–6.