

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación

A. Arroyo Fernández

Médico forense Juzgados 3 y 6. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Oficina de Farmacia en Sant Vicenç dels Horts (Barcelona).

*Palabras clave:* Atención mujer; Legislación; Malos tratos; Medicina forense.

## Introducción

El incremento de la violencia doméstica y su mayor difusión sociocultural ha instado a las instituciones públicas a unar y coordinar esfuerzos en favor de las víctimas.

La violencia doméstica implica el maltrato y violencia sobre distintos miembros de la unidad familiar, especialmente sobre la mujer y los menores. Dentro de la violencia familiar, el «síndrome de la mujer maltratada» tiene una autonomía conceptual, ya que se puede iniciar antes de establecerse la unidad familiar y no desaparecer cuando acaba el contexto doméstico. El Royal College of Psychiatry lo definió como «aquellos casos en que la mujer ha sufrido graves y repetidas lesiones físicas procedentes del hombre con quien convive». Desde entonces hasta la actualidad, hay un amplio espectro del concepto. Según Lorente<sup>1</sup>, «es el conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas, llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad».

Es difícil cuantificar exactamente los datos epidemiológicos referentes a la mujer maltratada y el conocer los numerosos factores que interaccionan en el proceso condicionando la gravedad de los hechos<sup>2,3</sup>. Los datos estadísticos proceden de las denuncias presentadas en el Ministerio del Interior, del Ministerio de Asuntos Sociales a través del Instituto de la Mujer y de los centros de acogida, que en su mayoría son gestionados por los ayuntamientos. Otra fuente de datos son los procedentes de la

Administración de Justicia: informes de Fiscalía y Ministerio de Justicia. En todos estos datos hay ausencia de cifras globales, son muy fragmentarias, sin pautas comunes de recogida de datos e investigación adecuada. Las cifras indican que unas 300.000 personas son maltratadas, de las que se denuncian 18.000 casos, o sea, un 4-5%<sup>4,5</sup>. Se considera que transcurren unos 7 años de media desde que comienza el maltrato hasta que las víctimas son atendidas o se toma alguna iniciativa. El Violence Against Women Survey de Canadá detectó que un 22% de las mujeres maltratadas nunca había hablado del problema a nadie hasta una primera entrevista, y que en las consultas médicas

solamente el 2% de las pacientes maltratadas era conocida como víctima del maltrato<sup>6</sup>. Las tablas 1 y 2 presentan cifras recientes del Ministerio de Asuntos Sociales sobre denuncias de las mujeres por maltrato de sus parejas en 1998 y durante el primer semestre de 1999. Por comunidades autónomas, destaca Andalucía (2.332 denuncias en 1999 y 4.307 en 1998), seguida de Madrid (1.719 en 1999 y 3.577 en 1998) y Cataluña (1.327 en 1999 y 2.630 en 1998)<sup>7</sup>. La tabla 3 presenta unos datos más restringidos, que muestran las denuncias que se recogieron en el SAM (Servicio de Atención a la Mujer) en Barcelona en 1998<sup>8</sup>. En el Instituto de la Mujer se recibieron 104.856

TABLA 1. Denuncias por malos tratos según comunidades autónomas. Total acumulado 1999 (de enero a junio)

	Total	Delitos	Faltas
Total nacional	10.437	3.261	7.176
Andalucía	2.332	519	1.813
Asturias	278	86	192
Baleares	229	117	112
Canarias	866	337	529
Cantabria	123	17	106
Castilla y León	476	105	371
Castilla-La Mancha	333	92	241
Cataluña	1.327	464	863
Comunidad Valenciana	1.002	382	620
Extremadura	245	53	192
Galicia	556	217	339
Madrid	1.719	573	1.146
Murcia	484	140	344
Navarra	60	27	33
La Rioja	54	15	39
Ceuta y Melilla	149	18	131
Aragón	204	99	105

Elaboración a partir de datos del Ministerio del Interior. No incluye datos referidos al País Vasco y Gerona.

(Aten Primaria 2000; 26: 255-260)

**TABLA 2. Denuncias por malos tratos según comunidades autónomas (1998)**

	Total	Delitos	Faltas
Total nacional	20.043	5.861	14.182
Andalucía	4.307	927	3.380
Aragón	356	150	206
Asturias	560	196	364
Baleares	342	150	192
Canarias	1.570	595	975
Cantabria	249	38	211
Castilla y León	872	170	702
Castilla-La Mancha	596	153	443
Cataluña	2.630	961	1.669
Comunidad Valenciana	1.897	520	1.377
Extremadura	436	77	359
Galicia	1.061	387	674
Madrid	3.577	1.022	2.555
Murcia	799	151	648
Navarra	102	41	61
País Vasco	422	270	152
La Rioja	68	7	61
Ceuta y Melilla	199	46	153

Elaboración a partir de datos del Ministerio del Interior. No incluye Gerona.

**TABLA 3. Datos del SAM (Servicio de Atención a la Mujer) de Barcelona (1998)**

Delitos	Denuncias	Detenciones
Abandono de familia	141	00
Amenazas y coacciones	659	83
Malos tratos	491	41
Lesiones	492	68
Agresiones sexuales	220	52
Otros delitos	164	19
Total	2.167	263

consultas sobre el tema en 1998, un 20% más que en 1997<sup>9</sup>.

El maltrato a la mujer presenta distintos aspectos: en primer lugar, datos preliminares que incluyen el conocimiento de los hechos por terceras personas, las investigaciones policiales previas o denuncias formales. En segundo lugar, los aspectos clínico-asistenciales que suponen la atención de las víctimas y de sus lesiones en centros médicos, normalmente los servicios de urgencia de la red pública. En tercer lugar, los aspectos legales donde se inicia un proceso que derivará en una sentencia o resolución judicial. Finalmente, la atención integral a la víctima la derivará a los servicios socioasistenciales más adecuados en cada caso.

El objetivo de este estudio es revisar la intervención del médico forense que se halla en el tercero de los aspectos citados, en el proceso legal, y comentar la reciente legislación aprobada que modifica diversos artículos del Código Penal y Ley de Enjuiciamiento Criminal (LEC).

### Intervención médico-forense

La ley plantea unas necesidades en el ámbito médico. Los médicos forenses son peritos al servicio de la Administración de Justicia. Se integran en un cuerpo nacional de titulados superiores que asesoran a fiscales, tribunales, juzgados y oficinas del registro civil. Dependen del Ministerio de Justicia o comu-

des autónomas que tengan transferencia de las correspondientes competencias. El Cuerpo de Médicos Forenses tiene su origen en la Ley de Sanidad de 1855, pero como tal cuerpo no tuvo vigencia hasta 1915. Quedó establecido mediante la Ley Orgánica de 17-VII-1947 después de diversas reorganizaciones. Las disposiciones que rigen en la actualidad las funciones del cuerpo son los arts. 344-351 de la LEC y los 497-507 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de 1-VII-1985. Otras disposiciones que le afectan son la Ley Orgánica 7/92<sup>10</sup> el Real Decreto 181/93<sup>11</sup>, la Ley Orgánica 16/94<sup>12</sup> y el Real Decreto 2/96, por el que se aprobó el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses<sup>13</sup>. Los médicos forenses, en sus funciones, han de establecer con precisión el concepto de daños y lesiones sufridas por las víctimas, ya que de la exactitud de su informe dependerá la reparación indemnizatoria.

El maltrato a la mujer se inicia en el marco legal con unas diligencias judiciales que se incoan con la llegada a los juzgados de un parte asistencial procedente de un centro médico, o bien con la remisión de una denuncia que se ha realizado previamente en las dependencias policiales. Dentro de las diligencias, se insta a la afectada para ser reconocida por el médico forense.

La intervención médico-forense desde el punto de vista médico implica varias cuestiones: cuándo se explora a las víctimas, cómo se realiza esta exploración, qué seguimiento se realiza y qué informe se emite.

Cuestiones burocráticas establecen que, cuando la víctima acude a este reconocimiento, generalmente sus lesiones han desaparecido. Es conocido que el maltrato físico en general es reiterado pero no de gravedad, es decir, el forense suele hallarse ante una lesión donde lo único que puede hacer es constatar los datos de la parte facultativo inicial. No obstante, si las lesiones aún persisten se realizará un seguimiento hasta su curación, con valoración de datos objetivos de gran interés en el proceso judicial. Los posibles mecanismos de agresión, tamaño, forma y caracteres de las lesiones, los agentes u objetos utilizados en la agresión, signos de defensa o lucha, etc. son elementos de juicio importantes y de valor probatorio a interpretar en el proceso legal. El seguimiento de la víctima ter-

minará con la emisión del informe de sanidad.

El informe de sanidad recoge la valoración de daños físicos y de daños psíquicos, hoy día muy resaltados en el medio judicial. Es imprescindible consignar en el informe si las lesiones necesitaron un tratamiento médico o quirúrgico para su curación o sólo fueron tributarias de una primera asistencia médica. Este criterio permitirá al ministerio fiscal clasificar los hechos como «delitos» o «faltas» de diferente trascendencia legal<sup>14</sup>. La valoración del daño físico no entraña muchas dificultades, en general, aunque deben quedar claros los posibles mecanismos lesionales iniciales.

La valoración del daño psíquico ha de tener en cuenta los siguientes factores: a) circunstancia origen del daño y factor estresante de éste; b) apreciación subjetiva del hecho y vivencia personal del mismo, y c) respuesta psíquica inmediata o tardía. Estos factores tienen diferente influencia en el resultado final. El factor estresante suele ser de poca intensidad por habituabilidad del hecho, con bajo riesgo para la integridad física pero mantenido en el tiempo. Los factores que influyen o modifican la vivencia personal pueden ser el uso de armas, el ensañamiento o las repercusiones que el acto puede tener para la víctima como influencia en su situación laboral o posible pérdida de empleo<sup>15</sup>. La respuesta psíquica inmediata no suele ser observada por los médicos forenses. Tiene lugar en el momento del hecho y comprende reacciones de shock, negación, confusión, temor o abatimiento, que van perdiendo intensidad con la desaparición del hecho puntual. En las víctimas existe un predominio de autoprotección e intento de sobrevivir al suceso, lo que justifica esta pérdida de intensidad de la reacción aguda<sup>16</sup>. La respuesta psíquica a largo plazo implica la presentación de síntomas psicósomáticos, molestias inespecíficas, trastornos del sueño, depresión-ansiedad, baja autoestima<sup>17</sup> y trastorno por estrés postraumático. Esta respuesta psíquica tardía se va a relacionar con la vulnerabilidad de la víctima. Factores físicos circunstanciales como embarazo, patologías previas, edad, intervienen en la vulnerabilidad. Asimismo se relaciona con otros factores psicológicos, como la personalidad previa de la víctima, anteceden-

tes psiquiátricos o tratamientos psiquiátricos actuales.

El informe de sanidad reflejará finalmente las secuelas físicas derivadas de la agresión como cicatrices, limitaciones funcionales o minusvalías y las secuelas psíquicas cronificadas, caso de trastorno por estrés postraumático, depresión, fobias, disfunciones sexuales u otras. Estas secuelas son encuadrables en el baremo oficial establecido de noviembre de 1995<sup>18</sup>, que las valora y asigna una puntuación para su cuantificación. Cuando alguna de estas secuelas no se halla expresamente codificada, debe compararse con otra de similar trascendencia por analogía.

Todo ello supone un peritaje completo sobre valoración de daño teniendo en cuenta todos los factores implicados.

### Protocolos sanitarios

Recientemente se estudian iniciativas para protocolizar la exploración de las víctimas de la violencia doméstica y mujer maltratada. La situación actual en las distintas autonomías no es uniforme. En Madrid, la Organización Médica Colegial ha editado este año un exhaustivo protocolo con el consenso de distintas sociedades médicas<sup>19</sup>. Aragón y Canarias<sup>20</sup> han anunciado la implantación de protocolos sanitarios dentro del Sistema Nacional de Salud. En Cataluña, a instancia de los Departamentos de Bienestar Social, Instituto de la Mujer y Sanidad, se solicitó la creación de un protocolo sanitario específico para la exploración de la mujer maltratada. El objetivo era tratar de evitar la duplicidad de exploraciones a las víctimas y unificar criterios entre médicos asistenciales y forenses. En el diseño del protocolo intervinieron un médico forense, un médico del servicio de urgencias y un psiquiatra. Este protocolo intenta recoger la máxima información dentro de la máxima brevedad, ya que los servicios asistenciales que atienden en primer lugar a las víctimas no pueden dedicar largo tiempo a rellenar extensos cuestionarios. El protocolo presenta un gráfico para describir la topografía lesional, de interés forense. Además de lesiones físicas y psíquicas, incluye datos sobre antecedentes psiquiátricos y adicciones. La mujer maltratada de hoy es una persona más joven que, por su parte, puede presentar factores de riesgo

que influyan en el hecho del maltrato como consumo de alcohol o de psicotropos<sup>21</sup>.

Este protocolo sanitario se difundirá a centros hospitalarios y asistenciales, así como a juzgados, en unión del protocolo para agresión sexual ya establecido y que fue introducido por la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña. No obstante, ello no evitará la exploración que el forense debe realizar como perito dentro del proceso legal. Cuando sea factible, la exploración inicial de la víctima se realizará conjuntamente entre médicos clínicos y forenses. En su caso, sería deseable la mayor celeridad posible, lo que no siempre se consigue.

Con el mismo fin los Colegios de Médicos también están elaborando protocolos interdisciplinarios. Mc Leer et al, en el 1989<sup>22</sup>, ya establecían que la introducción de un protocolo adecuado para la detección del maltrato aumentaba el número de casos correctamente diagnosticados de un 7,7 a un 30%. Otra casuística concuerda con la elevación de las cifras de un 6 al 30% de diagnósticos de maltrato, realizados en los servicios de urgencia de Estados Unidos cuando se utilizan los protocolos<sup>23</sup>. Los resultados de estas iniciativas deben valorarse en los próximos tiempos, con datos que faciliten los procesos legales y estadísticas indicativas de la evolución del proceso.

### Legislación

La normativa recogida en el Código Penal de 1995 aplicable a la violencia doméstica, y en concreto a la mujer maltratada, expone:  
Libro II. Título III. De las lesiones.

*Art. 147.1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental será castigado con la pena de prisión de 6 meses a 3 años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su salud, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.*

*2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de arresto de 7-24 fines de semana o multa de 3-12 meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el*

medio empleado o el resultado producido.

*Art. 148. Las lesiones previstas en el apartado 1 del artículo anterior podrán ser castigadas con la pena de prisión de 2-5 años, atendiendo el resultado causado o riesgo producido:*

*1. Si en la agresión se hubieran utilizado armas, instrumentos, objetos, medios, métodos o formas concretamente peligrosos para la vida o salud, física o psíquica del lesionado.*

*2. Si hubiera mediado ensañamiento.*

*3. Si la víctima fuera menor de 12 años o incapaz.*

*Art. 153. El que habitualmente ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de uno o de otro, será castigado con la pena de prisión de 6 meses a 3 años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder por el resultado que, en cada caso, se causare.*

En los últimos tiempos el incremento de la incidencia de muertes en mujeres maltratadas en el contexto familiar hizo que se agilizaran las propuestas para la modificación de una legislación más efectiva que protegiera a la víctima y endureciera la penalidad del agresor. En abril del pasado año se promulgó la Ley Orgánica 11/99 de modificación del Título VII del Libro II del Código Penal, que afecta fundamentalmente a la protección de la integridad sexual de menores e incapaces. En esta Ley los Artículos 4.º, 5.º, 6.º y 7.º afectan a las víctimas de lesiones y son aplicables a la mujer maltratada y violencia doméstica<sup>24</sup>. Estos cambios se reflejan de nuevo en la Ley Orgánica 14/99 de modificación del Código Penal de junio 1995<sup>25</sup>, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

## Modificaciones del Código Penal

La articulación de las nuevas medidas legislativas se concreta, en cuanto al Código Penal, en la modificación de los arts. 33, 39, 48, 57, 83, 105, 153, 617 y 620, modificación que supone la inclusión como pena acceso-

ria de determinados delitos la prohibición de aproximación a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez por tiempo inferior a 6 meses, entre 6 meses y 3 años o superior a 3 años, sin exceder 5 años. Asimismo se puede impedir el acercamiento a sus lugares de trabajo, domicilio u otros lugares que frecuenten y la comunicación por cualquier medio informático o telemático, escrito, verbal o visual. Es importante la tipificación como delito específico de la violencia psíquica ejercida con carácter habitual. Para apreciar la habitabilidad, se atenderá al número de actos de violencia acreditados y la proximidad temporal de los mismos. Se hace posible el ejercicio de oficio de la acción penal en las agresiones consideradas como «faltas». Se adecua la imposición de la sanción penal, teniendo en cuenta la posible repercusión económica que la pena pudiera tener sobre la víctima o los integrantes de la unidad familiar.

En cuanto a la Ley de Enjuiciamiento Criminal, la modificación de sus arts. 13 y 109, y la introducción de un nuevo art. 544 bis persiguen el objetivo de facilitar la inmediata protección de la víctima, mediante la introducción de una nueva medida cautelar que permita el distanciamiento físico entre el agresor y la víctima y que puede acordarse en las primeras diligencias. Por otro lado, la reforma del art. 104 permite también la persecución de oficio en los malos tratos que se clasifican legalmente como faltas. Un aspecto altamente novedoso en la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, de carácter procesal, que puede redundar en una considerable minoración de las consecuencias que sobre la propia víctima o sobre los testigos menores de edad puede tener el desarrollo del proceso, es la cobertura legal necesaria para que no se produzca confrontación visual entre las víctimas o menores de edad y el procesado. Se permite la utilización de medios audiovisuales, con lo que los careos en estos casos pasan a tener un carácter excepcional.

## Conclusiones

La violencia doméstica es un hecho complejo que tarda en darse a conocer a la luz pública, por lo que la actuación puramente preventiva desde el inicio es difícil de realizar.

Una vez conocida, hay factores que pueden ayudar a las víctimas para que los hechos traumáticos sean menores y evitar la victimización secundaria, definida como el conjunto de síntomas psíquicos y psicosomáticos que se manifiestan a lo largo del tiempo, a menudo debido a los aspectos médico-legales-judiciales que acompañan a la denuncia. La coordinación institucional es necesaria para que la eficacia y rapidez en las resoluciones minimicen esa victimización y eviten la carga de ansiedad y angustia en la víctima. Dentro del proceso legal, la agilización en las distintas fases del procedimiento disminuirá el estrés añadido por falta de entendimiento de los sistemas legales que tienen muchas víctimas<sup>26</sup>. En algunos estudios realizados, el asesoramiento y consejo de los abogados a las víctimas indican que existe menor incidencia de procesos depresivos en aquellas personas que disponen de esta información<sup>27</sup>.

Los médicos forenses deben agilizar sus exploraciones y dar la máxima celeridad a la elaboración de sus informes, aunque no pueden actuar hasta que así es acordado por la autoridad judicial.

En el ámbito de la medicina asistencial, se ha de destacar la importancia de los médicos de asistencia primaria en el diagnóstico del maltrato, reconocido en la literatura especializada. La relación continuada médico-enfermo, el clima de confianza entre ambos, puede facilitar el acceso a la información y el aperturismo de la víctima. Se podría hablar del «entrenamiento» que requieren los médicos para tratar el tema del maltrato a la mujer o de la violencia doméstica<sup>28,29</sup>. Si los médicos e instituciones se familiarizan con las opciones legales de las víctimas, podrán facilitarles el acceso a los recursos existentes. Han de trabajar en comunidad con programas de violencia doméstica e intervenir en la proposición de políticas que aporten seguridad y autonomía a las víctimas<sup>30</sup>. Los profesionales no deben sentir recelos en el diagnóstico del maltrato, ni interpretar que violan la intimidad de las afectadas. Se debe establecer el diagnóstico diferencial del maltrato y eliminar el concepto de que el maltrato es raro y la violencia doméstica no ocurre en relaciones normales<sup>31,32</sup>. Los médicos jóvenes deben ser educados para afrontar el

problema e implicarlos con introducción de programas que incluyen la violencia doméstica<sup>33</sup>. En el ámbito de la pediatría, los profesionales pueden reconocer el maltrato a la mujer, lo que supone una prevención del posterior abuso o maltrato del menor<sup>34,35</sup>. Incluso en el ámbito de la psicología, se puede llegar a tratar patología psiquiátrica de depresiones sin diagnosticar el maltrato subyacente<sup>36</sup>.

Los datos obtenidos sobre el maltrato se han de centralizar para obtener información médica. Los mecanismos lesionales van cambiando y en la actualidad pasan de la simple lesión contusiva a lesiones de gravedad por el uso de armas u objetos peligrosos. En el año en curso 29 mujeres han perdido la vida, lo que informa del aumento de la violencia en la agresión. Asimismo existe una patología psiquiátrica, no estudiada en profundidad, que no sólo implica depresiones o ansiedad sobre las que la bibliografía es extensa<sup>37,38</sup>. Los trastornos de conducta derivados del maltrato, fobias, disfunciones sexuales<sup>39</sup>, disminución de la autoestima, aislamiento y otros rasgos de la personalidad son alteraciones que presenta la mujer maltratada<sup>40</sup>. Los tratamientos especializados deben dirigirse a evitar la cronificación de estos rasgos con importante influencia en el propio gobierno de la víctima y en sus relaciones interpersonales.

La centralización de datos estadísticos del Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, centros de acogida de las corporaciones municipales y Administración de Justicia informarán de la verdadera incidencia y prevalencia del maltrato, cuya variabilidad alertará sobre la eficacia de las medidas establecidas en los planos legal, asistencial y social. Incluso en el ámbito religioso, es de destacar la iniciativa del Tribunal Eclesiástico de Gerona sobre maltratos y nulidad matrimonial<sup>41</sup>.

La creación de grupos de trabajo interdisciplinario y estudio de todos los parámetros implicados permitirá orientar acciones preventivas. Se requiere una investigación rigurosa como componente de futuras intervenciones<sup>42</sup>. Las medidas de actuación incluyen acciones de información, formación y difusión en el ámbito de la prevención del maltrato. La información recae sobre los derechos propios de las personas y recursos exis-

tentes. En el ámbito de la formación y educación, se han de fomentar seminarios, cursos, debates y otras actividades dirigidas a profesionales. En el de la educación se ha de evitar en los más jóvenes la consideración de la violencia como forma de relación. El 4.º Programa de Acción Comunitaria para la Igualdad de Oportunidades entre Varones y Mujeres (1996-2000), que se aprobó por decisión del Consejo de Trabajo y Asuntos Sociales, bajo presidencia española del Consejo de la Unión Europea el 22-XII-1995, es otra iniciativa que evitará en el futuro la dependencia de la mujer<sup>43</sup>.

Por el momento, la nueva normativa legal supone un avance importante en la ayuda a las víctimas.

## Bibliografía

1. Lorente M, Lorente JA, Lorente MJ, Martínez E, Villanueva E. Síndrome de agresión a la mujer. Síndrome de maltrato a la mujer. Cuadernos Medicina Forense 1998; 14: 59-73.
2. Bergman B, Brisman B. Battered wives-measures by social end medical services. Postgrad Med J 1990; 66: 28-33.
3. O'Leary J, Curley A. Assertion and family violence: correlates of spouse abuse. J Mar Fam Ther 1986; 132: 281-289.
4. El parte de lesiones, herramienta útil de trabajo para el médico de AP. El Médico, 4-VI-1999; 50.
5. Morrison L. The battering syndrom. A poor record of detection in the emergency departments. J Emerg Med 1988; 6: 521-526.
6. Baer N. MDs have key role in bringing ugly secret of wife abuse out of closet. Can Med Assoc J 1997; 157 (11): 579-581.
7. Memoria del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Subdirección general de Estudios y Cooperación, 1998-1999.
8. Memoria Anual de la Brigada Provincial de Policía Judicial. Barcelona: SAM, 1998.
9. Artículo de Opinión. La Vanguardia, 24-VII-1999.
10. Ley Orgánica 7/92. BOE 21-XI-1992.
11. Real Decreto 181/93. BOE 23-II-1993.
12. Ley Orgánica 16/94 BOE 9-XI-1994.
13. Real Decreto 2/96. BOE 1-III-1996.
14. Código Penal 1995. Libro II. Título III. De las lesiones art. 147.1.
15. Castellano M. Violencia en el medio familiar. En: Gisbert J, editor. Medicina legal y toxicología (5.ª ed.). Barcelona: Masson, 1998; 452-453.
16. Kerouac S, Ryan J. Dimensions of health in violent families. Health Care Women Int 1986; 7: 413-426.
17. Godman L, Koss M, Russo N. Violence against women: physical and mental health effects: part I. Research findings. Applied and Preventive Psychology 1993; 2: 79-89.
18. Ley 30/95 de Orden y Supervisión de los Seguros Privados. BOE 9-XI-1995; 268.
19. Organización Médica Colegial. Boletín informativo. Junio 1999.
20. El Médico, 1999 feb; 15-21.
21. Bergman B, Larsson G, Brisman B, Klang M. Aethiological and precipitating factors in wife battering. Acta Psychiatry Scand 1988; 77: 338-345.
22. McLeer S, Anwar R, Herman S, Maquiling K. A study of battered women presenting in a emergency department. Am J Public Health 1989; 79: 65-66.
23. Domestic Violence Against Women: needs action from doctors and health service. BMJ 1995; 311: 964-965.
24. Ley Orgánica 11/99 de 30-IV de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal de 23-XI-1995. BOE 1-V-1999, n.º 104: 16099.
25. Ley Orgánica 14/99 de 9-VI de modificación del Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE 10-VI-1999, n.º 138: 22251.
26. Abrams K, Robinson G, Stalking. Part II: victim's problems with the legal system and therapeutic consideration. Can J Psychiatry 1998; 43 (5): 477-481.
27. Sullivan C, Bybee D. Reducing violence using community-based advocacy for women. J Consulting Clin Psychology 1999; 67 (1): 43-53.
28. Campbell A. Epidemic of women battering recognition and intervention by health care professionals. J Fla Med Assoc 1995; 82 (10): 684-686.
29. Suss N, Inwit T. Primary care physicians response to domestic violence. Opening Padora's box. JAMA 1992; 267 (23): 3157-3160.
30. Hyman A. Domestic violence. Legal issues for health care practitioners and institutions. J Am med Women Assoc 1996; 51 (3): 101-105.
31. American Medical Association. Physicians and domestic violence. Ethical considerations. Council on ethical and judicial affairs. JAMA 1992; 267 (2-3): 3190-3193.
32. Emery R, Laumann L. An overview of the nature causes and consequences of abusive family relationship. Towards differentiation maltreatment and violence. Am Psychology 1998; 53 (2): 121-135.
33. American Medical News and Perspectives. Hospital, staffs, victims, families cope with life altering effects of violence. JAMA 1992; 267 (2-3) 3123-3132.
34. American Academic of Pediatrics. The role of pediatricians in recognizing and intervening in behalfs of abused women. Pediatrics 1998; 101 (6): 1091-1092.
35. Wright RJ, Wright RO, Isaac N. Response to battered mothers in the pediatric emergency department. A call for an interdisciplinary approach to family violence. Pediatrics 1997; 99 (2): 186-192.

36. Holzworth A, Smutzler N, Sandin E. A brief review of the research on husband violence. Part II: The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression Violent Behav* 1997; 2/2: 179-213.
37. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long term effects of battering on women's health. *Womens Health* 1998; 4 (1): 41-70.
38. Campbell J, Kub J, Rose L. Depression in battered women. *J Am Med Womens Assoc* 1996; 51 (3): 106-110.
39. Gleason W. Mental disorders in battered women an empirical study. *Violence Victims* 1993; 8/1: 53-68.
40. Ruth D, Coles E. Battered women syndrome: a conceptual analysis of its status vis-a vis DSM-IV mental disorders. *Med Law* 1995; 14/7-8: 641-658.
41. Malos tratos y nulidad. *La Vanguardia*, 20-XII-1998.
42. Rapucci N, Woolard J, Fried C. Social community and preventive interventions. *Ann Rev Psychol* 1999; 50: 387-418.
43. Ministerio de Asuntos sociales. Serie Documentos N.º 20. Madrid: Maranti, 1996.