

SÍNDROME DE AGRESIÓN A LA MUJER SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER

Miguel Lorente Acosta. Médico Forense. Servicio de Justicia Jaén
José Antonio Lorente Acosta. Profesor Titular de Medicina Legal (UGR) **Manuel Javier Lorente Acosta.** Médico Especialista en Pediatría.
M^a Elena Martínez Vilda. Especialista en Obstetricia y Ginecología. **Enrique Villanueva Cañadas.** Catedrático de Medicina Legal (UGR)

SUMARIO:

- [1. Introducción](#)
- [2. Síndrome de agresión a la mujer.](#)
- [3. Síndrome de maltrato a la mujer.](#)
 - [3.1. Agresor](#)
 - [3.2. Víctima](#)
 - [3.3 Contexto socio-cultural.](#)
 - [3.4. Cuestiones médico-forenses.](#)
 - [3.4.1. Lesiones físicas.](#)
 - [3.4.2. Lesiones psíquicas.](#)
 - [3.5. Mecanismos de producción.](#)
 - [3.6. Dinámica del síndrome de maltrato a la mujer.](#)

1. INTRODUCCIÓN

La agresión a la mujer no es un tipo de violencia nuevo en la sociedad competitiva, deshumanizada y agresiva de este final de siglo. Los diferentes estudios históricos demuestran que ha existido siempre, y ahora sabemos que ha sido como consecuencia del diferente papel que han asignado al género masculino y al femenino, colocando a este en un situación de subordinación al primero, con posibilidad de utilizar diferentes argumentos por parte del masculino para mantener esta posición, incluso la violencia.

El debate social que existe en la actualidad ha tenido que producirse sobre una realidad ignorada hasta ese momento. De nuevo han sido las formas (los últimos homicidios cometidos sobre mujeres que habían estado sometidas a maltrato) las que nos han llevado al fondo de la cuestión: la agresión a la mujer. En esta polémica han sido más los que han buscado responsables que los que han aportado soluciones. La medicina en general y la medicina forense en particular han sido una víctima más de ese contexto socio-cultural que ha permitido que se produjera la agresión a la mujer de muy diversas formas por el hecho de ser mujer, sin que haya habido una respuesta científica similar a la que ha aparecido en otro tipo de hechos de violencia interpersonal. El ejemplo más claro lo tenemos en el maltrato infantil (GISBERT, 1998) (1); en 1626, Paolo ZACCHIA realizó las primeras descripciones, TARDIEU en 1879 hizo importantes trabajos sobre esta manifestación, iniciativas que hicieron concentrar la atención de múltiples autores sobre el tema. Ya en la década de los cuarenta se empezó a relacionar los hallazgos en estos niños con el maltrato ocasionado por los adultos, pero no fue hasta 1962 cuando KEMPE, SILVERMAN, STEELE y DROEGENMUELER describieron como tal el síndrome del niño maltratado, concienciando a los diferentes profesionales sobre sus existencia y mostrando sus características para que pudieran llegar a su diagnóstico.

La agresión a la mujer no es un problema de números, aunque los números de este tipo de violencia sí son un problema. Las 16.378 denuncias por malos tratos (que realmente suponen unos 400.000 casos) los más de 90 homicidios según las estadísticas del pasado año, las 1400 violaciones denunciadas en 1995 o las 4342 diligencias previas incoadas en 1996 son más que la simple manifestación de conductas de hombres con problemas en el trabajo o con el alcohol, o conductas de hombres con un instinto sexual muy pronunciado o con una agresividad difícil de controlar. La realidad social esconde a la verdadera sociedad y nos demuestra que el significado es totalmente distinto, aunque resulta difícil entender y aceptar como algo generalizado en nuestra sociedad la utilización de la violencia sobre la mujer en general y, sobre todo, en el contexto de una relación afectiva-sentimental.

En los casos de agresión a la mujer raramente la situación es analizada bajo una perspectiva realista, normalmente y como consecuencia de la carga socio-cultural y afectiva del observador se suele ver a través de lentes convexas o cóncavas que maximizan o minimizan el hecho en sí y, que en cualquier caso, deforman la realidad. El análisis derivado de dicha situación será en consecuencia reduccionista o magnificador, complicando cuando no impidiendo la comprensión del hecho. La explicación más lógica en lo aparente, pero también la más superficial, es creer que se trata de una serie de casos aislados, más relacionados con algunas circunstancias particulares de tipo socio-económico (desempleo, bajo nivel cultural, ambientes marginales,...) con determinados tipos de hombres (alcohólicos, drogadictos, impulsivos, celosos,...) o con determinados tipos de mujeres (provocadoras, que no cumplen con sus obligaciones como madres o esposas, masoquistas,...) o como mucho combinando algunas circunstancias de estos tres tipos de elementos.

Ya hemos explicado como la realidad es mucho más compleja y nunca se puede tratar de comprender basándose sólo y exclusivamente en el episodio puntual de la agresión, a pesar de que este se repita y sea el elemento más significativo y fundamental del síndrome. Se trata de una situación prolongada en la que la interacción víctima-agresor y ambiente (social y familiar) condiciona y matiza por completo lo que en apariencia no tiene una justificación razonable.

Evidentemente esto no significa que toda situación en la que la mujer sea víctima de un delito tenga el mismo significado. La consideración de la mujer como víctima no es igual a la de la víctima mujer. En este último caso (víctima mujer) la mujer puede ser víctima de cualquier delito de violencia interpersonal como miembro de la sociedad, pero a diferencia de lo que ocurre con el hombre, la mujer aparece como víctima de determinados delitos por su condición de mujer y por el rol que ocupa en la sociedad (mujer como víctima). Las características de estas conductas en relación a otras manifestaciones de violencia interpersonal son totalmente distintas, tanto en el componente instrumental como en el emocional.

Es en este contexto donde queremos centrar, tanto por su frecuencia como por su trascendencia y consecuencias, el análisis de la agresión a la mujer.

2. SÍNDROME DE AGRESIÓN A LA MUJER

Para entender el significado de esta conducta debemos situar el hecho, la agresión, en el contexto en el que se produce.

Toda conducta humana, incluyendo la delictiva, tiene dos componentes fundamentales, el instrumental y el afectivo o emocional. El primero hace referencia a la motivación de la conducta que se realiza y va dirigido a la consecución de unos objetivos más o menos determinados; el componente afectivo dota de una carga emocional a la realización de esa conducta. En el caso de la agresión a la mujer el análisis demuestra que en el componente instrumental no existe un objetivo concreto ni delimitado, existiendo una gran desproporción entre la conducta en sí y el resultado respecto a los motivos que la desencadenan o a los objetivos que pretenden conseguir, que finalmente demuestran que sólo pretenden mantener la posición de superioridad el hombre y al subordinación de la mujer.

El contexto que posibilita y permite este tipo de conductas por parte del hombre es lo suficientemente complejo y difuso, y está lo bastante entremezclado con otras normas y valores de la sociedad como para que resulte difícil delimitarlo. Resulta más fácil tratar de identificar la realidad de la



agresión a la mujer con las características de los casos que se conocen, relacionar el origen del problema al problema puntual que existía en cada uno de los casos denunciados. Surge así uno de los grandes obstáculos con los que ha contado el problema, la dispersión y el aislamiento como hechos sin relación, y la identificación de la globalidad del problema con el de los casos conocidos o denunciados que en cualquiera de las manifestaciones del síndrome (maltrato, agresión sexual y acoso) no suponen más del 5-10% de la totalidad de ellos.

Cada uno de los casos se encuentra en centro de un contexto que hemos representado de forma gráfica como esferas concéntricas que van influyendo de forma inversamente proporcional a la distancia respecto al núcleo particular de cada pareja. El agresor y la víctima se encuentran en los que hemos definido como contexto individual, pues está estrechamente relacionado con las circunstancias de la pareja, tanto en lo que se refiere a la personalidad de cada uno de ellos, como al ambiente en el que se desenvuelven. Pero estas circunstancias (normalmente las únicas que llegan a conocerse) no son suficientes para comprender el maltrato. Las otras esferas de influencia que hemos identificado como contexto próximo, intermedio y lejano, van influyendo sobre los niveles inferiores de forma más indirecta e inespecífica conforma sea más general alejado, pero dirigiendo ese efecto de forma confluyente hacia el centro de la diana, donde está la relación de pareja. Quizá no sea el momento de profundizar sobre aspectos más propios de la sociología y de la antropología, a pesar de que tengan una influencia directa sobre la persona y sus comportamientos, pero sí cabe recordar que los diversos estudios han demostrado como elementos incluidos en cada uno de estos grupos actúan favoreciendo la agresión a la mujer.

Entre estos factores nos encontramos con los papeles relacionados con cada uno de los géneros, las normas culturales, las creencias sociales, especialmente en el relacionado con la educación y la educación sexual en particular que se da al hombre y a la mujer, la relación de estos hechos con factores como la ingesta de bebidas alcohólicas, el desempleo o los problemas laborales.

Todo ello no sólo crea un ambiente propicio para originar y canalizar la agresividad del hombre hacia la mujer en forma de violencia, sino que además actúa como mecanismo de control. Tal y como destaca Elena LARRAURI (1994) (2) se ejerce un control INFORMAL por medio de las normas sociales y definido como "todas aquellas respuestas de que suscitan determinados comportamientos que vulneran las normas sociales que no cumplen las expectativas de comportamiento asociadas a un determinado género o rol". Este control existe en toda la sociedad (control doméstico, médico, mundo laboral, control público difuso -"este no es sitio o no son horas para una mujer"-). Pero también existe un control FORMAL representado por el propio derecho penal, donde la autora encuentra un tratamiento distinto de la mujer, en la propia norma o en las posibilidades de su aplicación.

Estas circunstancias nos han permitido definir el **SÍNDROME DE AGRESIÓN A LA MUJER (SAM)** (LORENTE, 1998) (3) como "AGRESIONES SUFRIDAS POR LA MUJER COMO CONSECUENCIA DE LOS CONDICIONANTES SOCIOCULTURALES QUE ACTÚAN SOBRE EL GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO, SITUÁNDOLA EN UNA POSICIÓN DE SUBORDINACIÓN AL HOMBRE, Y MANIFESTADAS EN LOS TRES ÁMBITOS BÁSICOS DE RELACIÓN DE LA PERSONA: MALTRATO EN EL MEDIO FAMILIAR, AGRESIÓN SEXUAL EN LA VIDA EN SOCIEDAD Y ACOSO EN EL MEDIO LABORAL".

El síndrome queda definido como un hecho general caracterizado por la realización de una serie de conductas agresivas hacia la mujer en las que la violencia se desarrolla bajo unas especiales circunstancias, persiguiendo unos determinados objetivos y motivado por una serie de factores comunes.

3. SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER

El Síndrome de Maltrato a la Mujer (SIMAM) viene caracterizado por su estrecha relación con los condicionamientos socio-culturales, tanto en su origen, como en su manifestación y consideración, así como por la reciprocidad de la agresividad. Esto hace que la violencia sea especialmente intensa, que existan lesiones de defensa y que el daño psíquico sea uno de los elementos más importantes.

No podemos equiparar, por tanto, el SIMAM al maltrato en la infancia ni a ninguno de los otros cuadros, ya que a pesar de tener algunas características en común, son más las diferencias entre ellos. Entre ellas destaca al hecho de la violencia sobre la mujer también se produce fuera del ambiente de la familia, tanto antes de su formación durante el noviazgo, como, y especialmente, una vez finalizada la relación familiar tras la separación o el divorcio.

Estas características nos hacen insistir en la independencia y autonomía conceptual del SIMAM respecto a otros cuadros de violencia interpersonal en los que la mujer puede ser víctima; como por ejemplo puede ocurrir en el caso de la violencia familiar, dentro de la cual el maltrato a la mujer puede aparecer como una manifestación más de la situación de violencia, pero siempre con sus características autónomas. También debemos evitar encuadrarlo o denominarlo con terminologías que pueden inducir a error y favorecer que no se desenmascare la realidad del problema por insistir en determinadas circunstancias concretas. Nos referimos fundamentalmente a las referencias que se hacen al tema como "violencia doméstica" y "violencia familiar". Por una parte hemos visto como las víctimas de este tipo de violencia no lo es sólo la mujer, sino que pueden llegar a serlo todos los miembros de la familia (hijos, ancianos, padre, madre,...) del mismo modo los autores pueden ser cualquier miembro del grupo, actuando normalmente por motivos más específicos que no se ajustan a los del SIMAM.

El ambiente doméstico o familiar, pues, sólo es un escenario, quizá el más importante en términos de frecuencia, pero no el único ni probablemente el más trascendente, ya que se puede iniciar durante la relación de noviazgo y, sobre todo, no finaliza cuando se acaba la relación familiar o desaparece el contexto doméstico. En ocasiones es más bien al contrario, la situación se agrava y se produce un mayor acoso y persecución de la mujer con el consiguiente daño psíquico, y unas agresiones físicas quizá no tan repetidas, pero sí más violentas, como si en una agresión descargara toda la agresividad acumulada de varios de los episodios anteriores, llegando en algunas ocasiones a cuadros que suponen un importante riesgo para la mujer e incluso al homicidio. Es en esta situación en la que la relación está en vías de acabar o ya finalizada es cuando la idea de la mujer como pertenencia más puede desencadenar la violencia al ver que le ha sido despojada y que puede ser compartida con otra persona.

Por todo lo anterior consideramos el **Síndrome de Maltrato a la Mujer** (LORENTE, 1998) (3) como el "CONJUNTO DE LESIONES FÍSICAS Y PSÍQUICAS RESULTANTES DE LAS AGRESIONES REPETIDAS LLEVADAS A CABO POR EL HOMBRE SOBRE SU CONYUGUE, O MUJER A LA QUE ESTUVIESE O HAYA ESTADO UNIDO POR ANÁLOGAS RELACIONES DE AFECTIVIDAD".

El síndrome de maltrato a la mujer (SIMAM) viene definido, pues, por un cuadro lesional resultante de la interacción de los tres elementos que intervienen en las lesiones: el agresor, la víctima y las circunstancias del momento o contexto. Ello quiere decir que no toda lesión producida a una mujer debe considerarse como un síndrome de maltrato, sino que deben existir una serie de características que estudiaremos a continuación.

3.1. AGRESOR

El agresor es alguien que mantiene o ha mantenido una relación afectiva de pareja con la víctima.

La primera gran característica de los autores de estos hechos es que no existe ningún dato específico ni típico en la personalidad de los agresores. Se trata de un grupo heterogéneo en el que no existe un tipo único, apareciendo como elemento común el hecho de mantener o haber mantenido una relación sentimental con la víctima.

Los estudios realizados en este sentido se han dirigido en diferentes direcciones y han puesto de manifiesto algunas características generales. Entre ellas destaca el hecho de que el factor de riesgo más importante es **haber sido testigo o víctima de violencia por parte de los padres durante la infancia o adolescencia**, y que entre las razones y motivaciones existentes en este tipo de hechos están la necesidad de control o de dominar a la mujer, sentimientos de poder frente a la mujer y la consideración de la independencia de la mujer como una pérdida de control del hombre. Con frecuencia los hombres atribuyen las agresiones hacia sus parejas al hecho de no haber desempeñado correctamente sus obligaciones de buenas esposas. HOATLING (1989) (4) encontró entre las respuestas de los agresores que el propósito primario de la violencia era "intimidar", "atemorizar" o "forzar a la otra persona a hacer algo". De este modo, como SONKIN y DUNPHY (1982) (5) observaron, muchos hombres maltratan simplemente porque funciona como medio de obtener sus objetivos, lo cual supone una crítica al argumento emocional o situacional que escapa al control del agresor, también actúa como una salida segura para la frustración que pueda tener, tanto si esta proviene de dentro del hogar como si lo hace de fuera. La gratificación obtenida al establecer el control por medio de la violencia también puede reforzar a los agresores y hacerlos persistir en esta actitud. Por lo tanto, como resumen, podemos establecer que la gratificación por el uso de la violencia frente a sus parejas (esposas o novias) puede ser debida a:

- 1.-Liberación de la rabia en respuesta a la percepción de un ataque a la posición de cabeza de familia o de déficit de poder.

- 2.-Neutralización temporal de los intereses sobre dependencia o vulnerabilidad.
- 3.-Mantenimiento de la dominancia sobre la compañera o sobre la situación.
- 4.- Alcanzar la posición social positiva que tal dominación le permite.

No se han encontrado diferencias significativas en relación a la edad, nivel social, educación, ... Sí se ha hallado una mayor incidencia de conductas antisociales en estos hombres, pero sin que se haya determinado de forma consistente un patrón psicopatológico en los individuos que agreden a su pareja.

A pesar de estos resultados, generalmente basados en muestras relacionadas con episodios de maltrato en el medio familiar, debemos tener en cuenta que la mayoría de estos agresores no se encuentran envueltos o relacionados en hechos criminales o disturbios públicos. Estos casos caracterizados por una gran violencia al ser más conocidos y llamativos producen una especie de efecto umbral sobre la sociedad que identifica el maltrato con ellos minimizando los restantes.

Como hemos visto no existe, pues, una característica clara en la personalidad de los agresores estudiados, haciendo hincapié en la heterogeneidad de este grupo de individuos. Esto ha hecho que se estudien algunos factores o circunstancias que han favorecido la adopción de esa peculiar forma de conducta violenta.

Las características del agresor son los elementos que más condicionan al síndrome. A pesar de que en la mayoría de los casos el agresor es una persona "normal" que no se puede encuadrar dentro del grupo de las psicopatías o trastornos de la personalidad ni como enfermo mental, es importante conocer que en algunos casos el agresor puede padecer algún tipo de trastorno o patología mental, aunque sería una mínima proporción del total de los casos y bajo ningún supuesto puede interpretarse como un justificante, ya que no existe ninguna enfermedad que justifique la agresión a la mujer de forma específica. Nos referimos al grupo que hemos denominado como "agresor patológico".

Las alteraciones que pueden suponer una agresividad más acentuada se pueden encuadrar en los siguientes grupos: Trastornos de la personalidad (trastornos de la personalidad paranoide, antisocial, límite y pasivo-agresivo) y enfermedades mentales (enfermedades orgánicas -traumatismos craneoencefálicos, epilepsia,...-, psicosis funcionales -esquizofrenia, psicosis paranoide, psicosis maniaco-depresiva-,...)

Un grupo aparte por la frecuencia con la que aparece y por los razonamientos que se hacen alrededor del mismo son el del ALCOHOL y las SUSTANCIAS TOXICAS. En estos casos hay que diferenciar entre la relación de la agresividad y la personalidad del consumidor, que podría llevarnos a cualquiera de los otros grupos de agresores, y la acción directa de las sustancias tóxicas sobre la personalidad. Muchos autores consideran el consumo de sustancias tóxicas como un suicidio crónico y, por tanto, como una forma de autoagresividad. También se ha comprobado como la mayoría de estas sustancias conducen a un estado de intoxicación en el que la heteroagresividad está aumentada, no sólo por la acción sobre la fisiología del organismo, sino también por los factores ambientales en los que se desenvuelven estos individuos. En general la agresividad viene condicionada fundamentalmente por la desinhibición que producen estas sustancias y por el contexto, por lo que el grado de agresividad puede ser muy variable, dependiendo de la participación de cada uno de los componentes.

En todos estos casos debe llegarse a la conclusión de AGRESIVIDAD PATOLÓGICA por medio del diagnóstico del proceso o enfermedad en la que se enraíza y de la que surge la conducta violenta, sin que esta justifique la anormalidad clínica del sujeto, y siempre considerando que pueden existir características de diferentes tipos de agresores en un mismo individuo.

Desde el punto de vista clínico resulta importante llegar a un diagnóstico del agresor patológico desde un primer momento para iniciar las medidas oportunas y evitar nuevos episodios de agresión, que en algunos casos pueden traer fatales consecuencias por partir de enfermos mentales sin los recursos psicológicos suficientes para poder inhibir sus acciones.

3.2. VICTIMA.

En este tipo de hechos la víctima presenta una serie de características que hacen pensar *a priori* que gran parte de la situación viene condicionada por ella.

Los primeros estudios centrados sobre la víctima, partiendo de la base de que la conducta es el reflejo de la interacción de la persona con una situación, llevaron a dicha conclusión, pensando que determinadas características de algunas mujeres hacían que tuvieran una mayor probabilidad de ser maltratadas. Estos trabajos se basaron en el estudio de mujeres que habían sido agredidas, las cuales presentaban una serie de síntomas que fueron considerados como causa de la violencia frente a ellas (SCHULTZ, 1960 (6); KLECKNER, 1978 (7); SYMONDS, 1979 (8); WALKER, 1979 (9)).

Estudios posteriores demostraron que los trabajos anteriores fallaban en el análisis de la interacción entre las personas y la situación, confundiendo la etiología con las consecuencias del trauma, quedando por tanto desacreditados. Analizando tres grupos de mujeres, por un lado víctimas de malos tratos que no han adoptado ninguna conducta para acabar con la situación hasta fases avanzadas, por otro mujeres que han adoptado una actitud más activa en contra de la agresión y finalmente otro grupo formado por mujeres que no han sido víctimas de dicha agresión, se llegó a la conclusión de que no existen diferencias en las características de la personalidad entre los tres grupos (KOSS, 1991) (10). Si se encontró (KOSS y DINERO, 1989) (11) un "*perfil de riesgo*", en las que el riesgo de ser maltratadas era dos veces más elevado que en el resto, pero sólo afectaba al 10% de las mujeres. El principal factor de riesgo eran los ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL DURANTE LA INFANCIA y las consecuencias reflejadas como alteraciones de conducta derivadas de los mismos. Este hecho, por lo tanto, caracteriza a ambos, al agresor y a la víctima.

Tampoco se encontraron en las víctimas relaciones consistentes con los ingresos económicos, nivel de educación, ser o no ama de casa, pasividad, hostilidad, integración de la personalidad, auto-estima, ingesta de alcohol o emplear violencia con los niños. Del mismo modo, no se hallaron evidencias en relación al estatus que la mujer ocupa, al trabajo que desempeña, a las conductas que realiza, a su perfil demográfico o a las características de su personalidad. Ninguno de estos factores influyen de forma significativa en las posibilidades de que sufran una agresión en su vida familiar.

Por el contrario, las características del hombre con el que la mujer mantiene la relación actúan como marcadores más apropiados para conocer el riesgo de que una mujer llegue a ser víctima de la agresión de su pareja. Esta situación hizo afirmar a HOTALING y SUGARMAN (4) que "*el precipitante más influyente para la víctima es ser mujer. La victimización de las mujeres puede ser mejor comprendida como la realización de una conducta masculina*".

La explicación del porqué se llega a producir una victimización tras los abusos en la infancia ha sido aportada por diferentes estudios clínicos, apuntando que el hecho de abusar sexualmente de un niño va asociado con un mayor riesgo de revictimización en fases más avanzadas de su vida por diferentes tipos de agresores, incluyendo a sus parejas. Los clínicos han especulado que puede ser debido a una ausencia de oportunidad para desarrollar mecanismos de protección adecuados combinado con otros efectos postraumáticos, tales como la dificultad de análisis de la situación o de las personas en relación al peligro, el fatalismo relacionado a la depresión o la sensación de incapacidad y desamparo. También puede deberse a respuestas alteradas por la amenaza de peligro, que van desde la negación y aturdimiento psíquico hasta la disociación (HERMAN, 1992) (12).

Quedan, pues, desacreditadas las teorías que argumentaban que la causa del maltrato era el "masoquismo de la mujer" basadas en que la mayoría de las víctimas expresan amor por sus agresores.

3.3. CONTEXTO SOCIO-CULTURAL.

Las características de las normas culturales y el papel del género en la conducta sobre el tipo de hechos que estamos analizando podemos resumirlos en los siguientes puntos:

- La violencia funciona como un mecanismo de control social de la mujer y sirve para reproducir y mantener el *status quo* de la dominación masculina. De hecho las sociedades o grupos dominados por las ideas "masculinas" tienen mayor incidencia de agresiones a la mujer. Los mandatos culturales, y a menudo también los legales, sobre los derechos y privilegios del papel del marido han legitimado históricamente un poder y dominación de este sobre la mujer, promoviendo su dependencia económica de él y garantizándole a este el uso de la violencia y de las amenazas para controlarla.
- La conducta violenta frente a la mujer se produce como patrones de conducta aprendidos y transmitidos de generación a generación. La transmisión se hace fundamentalmente en los ambientes habituales de relación.

- Las mismas normas sociales minimizan el daño producido y justifican la actuación violenta del marido. Se intenta explicar atribuyéndola a trastornos del marido o, incluso, de la mujer. Por mucho que el hombre tenga problemas de estrés, de alcohol, de personalidad, curiosamente la violencia sólo la ejerce sobre la mujer, no contra un conocido o amigo, y, por supuesto, nunca contra su jefe. También influyen toda la serie de mitos antes recogidos que perpetúan la violencia y niegan la asistencia adecuada a estas víctimas.

- El modelo de conducta sexual condicionado por el papel de los géneros también favorece en algunos casos la existencia de una actitud violenta contra la mujer al tratarse de un modelo androcéntrico. Existen una serie de factores que favorecen esta agresividad, entre los que se encuentran: Los patrones de hipermasculinidad, el inicio de un mayor grado de relación sentimental, la duración prolongada de la relación y los modelos sexuales existentes, que contienen una tensión intrínseca entre hombres y mujeres, creando la posibilidad o las condiciones para que se produzcan errores en la comunicación que desemboquen en una situación de violencia frente a la mujer.

- Por el contrario, el alcohol, tantas veces esgrimido como causante o precipitante del maltrato, ha sido eliminado como un factor etiológico directo de este tipo de violencia. Se ha comprobado que actúa de forma general como desinhibidor y de forma particular como excusa para el agresor y como elemento para justificar la conducta de este por parte de la víctima.

3.4. CUESTIONES MEDICO-FORENSES.

Desde el punto de vista de la Medicina legal la situación se caracteriza por venir definida por el resultado, las lesiones, y por un contexto en el que se sitúa como parte fundamental de él el autor y la relación afectiva previa entre este y la víctima.

Las lesiones derivadas del síndrome de agresión a la mujer pueden ser de tipo físico o psíquico, si bien, dadas las características de este tipo de violencia y su curso crónico, siempre existen manifestaciones psíquicas, tanto en los momentos cercanos al ataque físico, como con posterioridad al mismo, perdurando como puentes entre cada una de las agresiones.

3.4.1. LESIONES FÍSICAS.

Las lesiones producidas en los casos de agresiones por parte del hombre abarcan toda la tipología lesional de la traumatología forense, desde simples contusiones y erosiones, hasta heridas por diversos tipos de armas. Del mismo modo, las regiones anatómicas que se pueden afectar cubren todas las posibilidades, así como las distintas estructuras orgánicas (piel, mucosas, huesos, vísceras, ...). No obstante, el cuadro lesional más frecuente suele estar conformado por excoriaciones, contusiones y heridas superficiales en la cabeza, cara, cuello, pechos y abdomen.

El cuadro típico en el momento del reconocimiento viene determinado por múltiples y diferentes tipos de lesiones con combinación de lesiones antiguas y recientes, así como referencias vagas de molestias y dolores cuya naturaleza no se corresponde con lo referido por la mujer en el motivo de consulta.

A diferencia del Síndrome del Niño Maltratado, resulta típico de este cuadro, la presencia de lesiones de defensa, la inexistencia de lesiones que indiquen extrema pasividad de la víctima (quemaduras múltiples por cigarrillos, pinchazos leves repetidos sobre una misma zona, ...), así como la localización de gran parte de las lesiones (o las más intensas) en zonas no visibles una vez que la mujer está vestida. STARK, FLITCRAFT y FRAZIER (1979) (13) encontraron que las víctimas de este tipo de agresiones presentaban una probabilidad 13 veces más alta de tener lesiones en los pechos, tórax o abdomen que las víctimas de otros accidentes. En este sentido suele ser muy frecuente la expresión de la mujer que manifiesta: "*mi marido ha aprendido a agredir: me pega, pero no me señala*".

En un reciente trabajo realizado sobre 9000 mujeres que acudieron a los servicios de urgencias de diez hospitales diferentes MUELLERMAN (1996) (14) encontró como datos significativos que la lesión más típica en las mujeres maltratadas era la **rotura del tímpano**, y que tienen mayor probabilidad de presentar lesiones en la cabeza, tronco y cuello. Las no maltratadas, por el contrario, suelen sufrir las lesiones con mayor frecuencia en la columna vertebral y extremidades inferiores.

Las circunstancias de las que depende el cuadro lesional son (BROWNE, 1987) (15): el grado de violencia empleado, la repetición seguida de la agresión y la unión del maltrato a otro tipo de hechos.

Estos dos últimos factores, la repetición de los hechos y la unión a otras acciones dentro de un incidente, aumentan la capacidad lesiva, ya que conllevan un incremento del grado de violencia y hacen, además, que la víctima sea incapaz de recuperarse para protegerse de la siguiente agresión al encontrarse física y psicológicamente aturdida por la rapidez de los sucesos (PATTERSON, 1982 (16); REID et al, 1981 (17)).

A pesar de lo anterior muchas de las víctimas se abstienen de acudir a un hospital, incluso cuando hay lesiones de cierta intensidad debido a la vergüenza, a las amenazas por parte del agresor si busca cualquier tipo de ayuda y al temor a que el hospital comunique al juzgado el origen de sus lesiones y se tomen medidas que puedan afectar a su familia.

Otro dato significativo es que la mayoría de las mujeres que han sido víctimas de estos hechos y que se deciden a ir al médico como consecuencia de sus lesiones, cada vez que vuelven a acudir lo hacen con lesiones más graves (KOSS et al, 1991) (10).

3.4.2. LESIONES PSÍQUICAS.

Los trabajos realizados durante los últimos quince años han demostrado que la sintomatología psíquica encontrada en las víctimas debe ser considerada como una secuela de los ataques sufridos, no como una situación anterior a ellos (MARGOLIN, 1988) (18). Los estudios en dicho sentido se llevaron a cabo realizando análisis comparativos con la respuesta humana al trauma, existiendo una correlación estrecha entre la sintomatología desarrollada por las víctimas del maltrato y la respuesta a determinadas situaciones estresantes.

Las lesiones psíquicas pueden ser agudas, tras la agresión, o las denominadas lesiones a largo plazo, aparecidas como consecuencia de la situación mantenida de maltrato.

3.4.2.1. Lesiones Psíquicas AGUDAS.

Alexandra SYMONDS propuso en 1979 (8) la denominada "Psicología de los sucesos catastróficos" como un modelo útil con el que analizar las respuestas emocionales y conductuales de las mujeres frente a las que se había dirigido algún tipo de violencia, observando que las reacciones a los traumas ocasionados por sus parejas están muy próximas a las de los supervivientes de diferentes tipos de sucesos traumáticos.

Al igual que otras víctimas, la primera reacción normalmente consiste en una autoprotección y en tratar de sobrevivir al suceso (KEROUAC y LESCOP, 1986) (19). Suelen aparecer reacciones de shock, negación, confusión, abatimiento, aturdimiento y temor. Durante el ataque, e incluso tras este, la víctima puede ofrecer muy poca o ninguna resistencia para tratar de minimizar las posibles lesiones o para evitar que se produzca una nueva agresión (WALKER, 1979 (9); BROWNE, 1987 (15)).

Estudios clínicos han comprobado que las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión. En respuesta a este peligro potencial, algunas de las mujeres desarrollan una extrema ansiedad, que puede llegar hasta una verdadera situación de pánico. La mayoría de estas mujeres presentan síntomas de incompetencia, sensación de no tener ninguna valía, culpabilidad, vergüenza y temor a la pérdida del control. El diagnóstico clínico que se hizo en la mayor parte de los casos fue el de depresión (HILBERMAN, 1980) (20). El seguimiento de las víctimas ha demostrado como la sintomatología se va modificando y como tras el tercer incidente el componente de shock desciende de forma significativa. BROWNE (15) ha comprobado como estas mujeres a menudo desarrollan habilidades de supervivencia más que de huida o de escape, y se centran en estrategias de mediar o hacer desaparecer la situación de violencia.

Existen dos condicionamientos fundamentales típicos del SIMAM en relación a las lesiones psíquicas:

- La repetición de los hechos da lugar a un mayor daño psíquico, tanto por los efectos acumulados de cada agresión, como por la ansiedad mantenida durante el período de latencia hasta el siguiente ataque.

- La situación del agresor respecto a la víctima. Desde el punto de vista personal el agresor es alguien a quien ella quiere, alguien a quien se supone que debe creer y alguien de quien, en cierto modo, depende. Desde el punto de vista general las mujeres agredidas mantienen una relación legal, económica, emocional y social con él.

Todo ello repercute en la percepción y análisis que hace la mujer para encontrar alternativas, viéndose estas posibilidades limitadas y resultando muy

difícil la adopción de una decisión. La consecuencia es una reinterpretación de su vida y de sus relaciones interpersonales bajo el patrón de los continuos ataques y del aumento de los niveles de violencia, lo cual hace que la respuesta psicológica al trauma y la realidad del peligro existente condicionen las lesiones a largo plazo.

3.4.2.2. Lesiones Psicológicas A LARGO PLAZO.

Las reacciones a largo plazo de las mujeres que han sido agredidas física y psíquicamente por sus parejas incluyen temor, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, pesadillas, reacciones intensas de susto y quejas físicas: molestias y dolores inespecíficos (GOODMAN et al, 1993-a y b) (21) (22). Tras el ataque las mujeres se pueden convertir en dependientes y sugestionables, encontrando muy difícil tomar decisiones o realizar planes a largo plazo. Como un intento de evitar un abatimiento psíquico pueden adoptar expectativas irreales en relación a conseguir una adecuada recuperación, persuadiéndose ellas mismas de que pueden reconstruir en cierto modo la relación y que todo volverá a ser perfecto (WALKER, 1979) (9). Como ocurre en todas las víctimas de la violencia interpersonal, las mujeres agredidas por sus parejas aprenden a sopesar todas las alternativas frente a la percepción de la conducta violenta del agresor. Aunque esta actitud es similar a aquella producida en otros tipos de agresiones o en situaciones de cautividad, los efectos en las víctimas del maltrato están estructurados sobre la base de que el agresor es alguien al que están o han estado estrechamente unidas, y con el que mantienen cierto grado de dependencia (BROWNE, 1991) (23). En dichos casos la percepción de vulnerabilidad, de estar perdida, o de traición pueden aparecer de forma muy marcada (WALKER, 1979) (9).

El primer gran estudio que se llevó a cabo sobre la respuesta psicológica de mujeres envueltas en relaciones en las que eran maltratadas fue publicado por Lenore WALKER en 1979 (9), recogiendo los efectos potenciales a largo plazo que podían aparecer en las relaciones de pareja en las que el hombre agredía a la mujer. El resultado fue la descripción de una serie de síntomas entre los que destacaban los sentimientos de baja autoestima, depresión, reacciones de stress intensas y sensación de desamparo e impotencia. A estos síntomas unía las manifestaciones de las víctimas refiriendo e insistiendo en la incapacidad para controlar el comportamiento violento de sus agresores. Sin embargo, en contra de lo que se esperaba, estas mujeres presentaban un **elevado control interno**, quizá porque están muy pendientes de manejar sus propias respuestas al trauma y a las amenazas, al mismo tiempo que se encuentran inmersas en las necesidades de la familia y en otras responsabilidades.

Otros estudios (ROMERO, 1985) (24) han comparado las reacciones de las mujeres maltratadas con las de los prisioneros de guerra, encontrando tres áreas comunes a ambos tipos de víctimas:

- 1.- El abuso psicológico que se produce dentro de un contexto de amenazas de violencia física conduce al temor y debilitación de las víctimas.
- 2.- El aislamiento de las víctimas respecto a anteriores fuentes de apoyo (ej. amigos o familia) y a las actividades fuera del ambiente hogareño conllevan a una dependencia al agresor y la aceptación o validación de las acciones del agresor y de sus puntos de vista.
- 3.- Existe un refuerzo positivo de forma intermitente ocasionado por el temor y la pérdida personal que refuerza la dependencia emocional de la víctima a su agresor.

El resultado de la situación descrita y la consecuente reacción psicológica a largo plazo configura el denominado SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA (SIMUM), el cual hace referencia a las alteraciones psíquicas y sus consecuencias por la situación de maltrato permanente. Este síndrome no debe confundirse con el Síndrome de Agresión o Maltrato a la mujer, ya que estos se centran en el cuadro lesional y las características de los elementos que lo configuran, siendo el síndrome de la mujer maltratada consecuencia del maltrato a la mujer.

Estas alteraciones junto con el aislamiento de la mujer que el agresor va consiguiendo respecto a los diferentes puntos de apoyo de la mujer, así como el contexto socio-cultural que minimiza los hechos, justifica o trata de comprender más al agresor que a la víctima, explica, entre otras razones, porqué es tan difícil salir de esta relación para la mujer, o cómo se puede producir reacciones de agresividad de la mujer hacia el agresor.

3.5. MECANISMOS DE PRODUCCIÓN.

La agresión sobre la mujer puede producirse por acción u omisión, al igual que la mayoría de los cuadros lesionales de la traumatología forense. La intencionalidad del agresor es producir un daño en la víctima que sirva como argumento a su intención de dominar a la mujer. La forma de llevar a cabo la agresión dependerá de muchos factores, que oscilan entre la propia personalidad del agresor y la oportunidad de realizar determinadas conductas claramente influidas por factores contextuales.

La posición más o menos consciente del agresor en los hechos, a veces con formas muy particulares de entender la violencia y con la pretensión de unos objetivos concretos, hace que la agresión se produzca en la mayoría de los casos "por acción". Esta conducta ocasiona lesiones físicas de diferente tipo, y lesiones psíquicas. Destacan de forma especial por la aparición combinada de ambos tipos de lesiones las agresiones sexuales ya que su trascendencia y su significado afectan a lo más básico de la personalidad de la víctima.

Con independencia de las agresiones puntuales, la actitud entre los episodios suele caracterizarse por un maltrato psíquico en forma de insultos en público y en privado, intentos de ridiculizar a la mujer ante otras personas, controlar sus gastos, movimientos y llamadas telefónicas, exigir el cumplimiento de las tareas domésticas, ...

Pero, por otra parte, más fácilmente desapercibidas, incluso por la propia víctima durante periodos de tiempo prolongados, también se producen lesiones "por omisión". Nos encontramos con carencias afectivas, exponer a la víctima a peligros físicos y no advertirle o ayudarle a evitarlos, sobrecargar y no colaborar en los trabajos domésticos, hacerla pasar por torpe o despistada cambiando voluntariamente objetos y prendas de vestir de lugar, ...

La utilización combinada de ambos mecanismos, hecho habitual, puede conducir a un daño que la repetición y prolongación en el tiempo, acompañada de modificaciones bruscas y sin motivos del estado de ánimo del agresor, convierten a esta actitud en una conducta sólo comparable con algunas torturas.

Estas alteraciones junto con el aislamiento al que se ve sometido la mujer, así como el contexto socio-cultural que minimiza la agresión, justifica o trata de comprender más al agresor que a la víctima, explica, entre otras razones que escapan al presente trabajo, porqué resulta tan difícil para la mujer salir de esta relación y porqué se pueden producir reacciones en la mujer de gran agresividad hacia su agresor habitual.

3.6. DINÁMICA DEL SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER.

El síndrome de maltrato a la mujer tiene tres fases que se repiten de forma continuada en la mayoría de las ocasiones, aunque no son de obligada aparición en todas ellas, lo cual dependerá de las circunstancias.

1.- Fase de TENSIÓN CRECIENTE.

La relación pone de manifiesto la agresividad latente frente a la mujer, que en algunos casos se manifiesta de forma específica como determinadas conductas de agresión verbal o física de carácter leve y aisladas.

La mujer va adoptando una serie de medidas para manejar dicho ambiente y adquiriendo mecanismos de defensa psicológicos. No obstante esta situación va progresando, aumentando la tensión paulatinamente.

2.- Fase de AGRESIÓN AGUDA.

Se caracteriza por una descarga incontrolada de las tensiones que se han ido construyendo durante la primera fase. La falta de control y su mayor capacidad lesiva distingue a este episodio de los pequeños incidentes agresivos ocurridos durante la primera fase.

Esta fase del ciclo es más breve que la primera y tercera fase. Las consecuencias más importantes se producen en este momento tanto en el plano físico como en el psíquico, donde continúan instaurándose un serie de alteraciones psicológicas por la situación vivida.

La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediatamente después del ataque, a menos que hayan sufrido importantes lesiones que requieran asistencia médica inmediata. La reacción más frecuente es permanecer aisladas durante las primeras 24 horas tras la agresión, aunque pueden transcurrir varios días antes de buscar ayuda o ir al médico, lo cual hace que no siempre acudan a urgencias, sino que en muchas ocasiones lo hacen a consultas ordinarias, quizá para tratar de restar importancia y para evitar que identifiquen la agresión. Esta actitud se ha denominado **síndrome del paso a la**

acción retardado.

3.- Fase de AMABILIDAD y AFECTO.

Se caracteriza por una situación de extrema amabilidad, amor y conductas cariñosas por parte del agresor, gráficamente se le denomina como fase de "luna de miel". Es una fase bien recibida por ambas partes y donde se produce la victimización completa de la mujer, ya que actúa como refuerzo positivo para el mantenimiento de la relación.

El agresor muestra su arrepentimiento y realiza promesas de no volver a llevar a cabo algo similar. Realmente piensa que va a ser capaz de controlarse y que debido a la lección que le ha dado a la mujer, nunca volverá a comportarse de manera que sea necesario agredirla de nuevo.

Durante esta fase el agresor trata de actuar sobre familiares y amigos para que convengan a la víctima de que le perdone. Todos ellos de forma más o menos inconsciente hacen que la mujer se sienta culpable en cierto modo y que a pesar de reconocer que la agresión ha sido un acto del marido criticable, sería ella la responsable de las consecuencias de dicha agresión al romper el matrimonio y la familia si no lo perdona. Suele ser frecuente tratar de hacerle ver que el marido necesita ayuda y que no puede abandonarlo en dicha situación.

El tiempo de duración de esta fase es muy variable, aunque lo habitual es que sea inferior al de la primera fase y más largo que el de la segunda.

Creemos que con el conocimiento de las circunstancias en las que se produce la agresión a la mujer en general y el maltrato en particular, podremos enfocar el estudio médico-forense de los diferentes elementos (víctima, agresor y contexto) de forma más específica en relación a los hechos y, sobre todo, ayudaremos a la correcta solución de los casos denunciados, lo cual servirá para aumentar la confianza en el sistema y a que muchas mujeres se decidan a denunciar su situación. De este modo se irán produciendo los necesarios cambios en la sociedad para que este tipo de violencia vaya desapareciendo.

NOTAS:

- (1) Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. 50 edición. Barcelona: Editorial Masson, 1998.
- (2) Larrauri, E. (comp) Mujeres y Derecho Penal. Madrid: Siglo XXI de España editores, SA, 1994.
- (3) Lorente Acosta, M. Lorente Acosta JA. Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso. Granada: Editorial Comares, 1998.
- (4) Hotaling, GT. and Sugarman, D.B. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims* 1986; 1: 101-124
- (5) Sonking, D.J., Dunphy, M. Learning to live without violence: A hand book for men. S. Francisco Vulcano Press, 1982
- (6) Schultz, L.G. The wife assulter. *Journal of social therapy* 1960; 6: 103-112
- (7) Kleckner, J.H. Wife beaters and beaten wives: Co-conspirators in crimes and violence. *Psychology* 1978; 13: 54-56
- (8) Symonds, A. Violence against women: The myth of masochism. *American Journal of Psychotherapy* 1979; 33: 161-173
- (9) Walker, L.E. The battered woman. Ed. Harper and Row, 1979
- (10) Koss, M.P., Koss, P. and Woodruff, W. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and medical utilization. *Archives of International Medicine* 1991; 151: 342-357
- (11) Koss, M.P., Dinero, T.E. Predictors of sexual aggression among national sample of male college students. *Human sexual aggressions: Current perspectives. Annals of the New York Academy of Science* 1989; 528: 113-146
- (12) Herman, J. L. Trauma and recovery. New York: Basic Books, 1992
- (13) Stark, E., Flitcraft, A. and Frazier, W. Medicine and patriarchal violence: The social construction of a "private" event. *International Journal of Health Service* 1979; 9: 461-493
- (15) Browne, A. When the battered women kill. New york: Macmillan/Free press, 1987
- (16) Patterson, G. Coercive family processes. Eugene or Cataglia, 1982.
- (17) Reid, J.B., Taplin, P.S., Lorber, S. A social interctional approach to the treatment of abuse families. In RB, Stuart (ed), *Violent Behavior: Social learning approaches to prediction, managment and treatment* new york: Brunner/Mazel; 3-19, 1981
- (18) Margolin, G. Interpersonal and intrapersonal factors associated with marital violence. In GT. Hataling (eds) *family abuse and its consequences: New directions for research.* 203-217 Newsbury Park, Ca: Sage, 1988
- (19) Kerouac, S., Ryan, J. Dimensions of health in violent families. *Health Care for Women International* 1986; 7: 413-426
- (20) Hilberman, E. Overview: The "Wife-beater's wife" reconsidered. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 1336-1347
- (21) Goodman, L.A., Koss, M.P., Russo, N.F. Violence against women: Physical and mental health effects: part 1. Research findings. *Applied and Preventive Psychology* 1993; 2: 79-89
- (22) Goodman, L. A., Koss, M. P., & Russo, N. F. Violente against women: Mental health effects: Part 2. Conceptualizations of posttraumatic stress. *Applied and Preventive Psychology* 1993; 2: 123-130
- (23) Romero, M. A comparasion between strategies used on prissioners of war and battered wives. *Sex roles* 1985; 13: 537-547.
Castellano Arroyo, M. Valoración médico forense de algunos aspectos de la violencia contra la mujer. I Jornadas Catalanas de actualización en medicina forense 1989.
Castellano Arroyo, M. Violencia contra la mujer: Tipos de agresiones. Cuadernos de Sección. *Ciencias Médicas* 1994; 3: 95-107.
Castellano Arroyo, M., Aso Escario, J., Cobo Plana, J.A., Lusilla Palacios, P., Martínez Jarreta, B., y Bona Ernicas, M.A. Estudio médico forense de la violencia sobre las mujeres. No publicado. Universidad de Zaragoza, 1996.
Federal Bureau of Investigation Uniform crime reports. Washington, DC: U.S. Department of Justice, 1991.

Memoria de la Fiscalía General del Estado; Años 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996 y 1997.

Ruiz Ogara, C., Sanchez Blanque, A. Las violencias psíquicas en el medio familiar. Actes du Congrès International de langue française de Medicine Legale et de Médecines Sociale. Granada 1980.

Sánchez Blanque, A. Criado del Rio, MT. Castellano Arroyo, M. Estudio comparativo de los perfiles de personalidad en sujetos agresores y agredidos. Proceeding of the Mediterranean Conference of Legal Medicine. Halkidiki. Greece 1984; 250-257.

Villanueva Cañadas, E. Aspectos médico-legales de la Ley Orgánica 3/1989, de actualización del Código Penal. IV Jornadas anuales de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense. Cádiz, abril 1990.

SÍNDROME DE AGRESIÓN A LA MUJER SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER

RESUMEN: *La mujer, al igual que el hombre, como miembro de la sociedad puede sufrir agresiones en situaciones muy diferentes. Sin embargo, a diferencia de este la mujer ha sido y sigue siendo víctima de determinados delitos por el hecho de ser mujer. La posibilidad de que el hombre pueda ser también sujeto pasivo de estos hechos y el componente socio-cultural que existe en el origen de este tipo de conductas han hecho que la visión del problema haya seguido un enfoque clásico considerándolo como una manifestación más de la violencia interpersonal.*

La mayoría de los estudios centrados en este problema han seguido una orientación descriptiva, encontrando una serie de características en los elementos que lo configuran que han llevado a unos posicionamientos en muchas ocasiones distanciados de la realidad. Todo ello especialmente debido a la identificación de la agresión a la mujer con algunas características encontradas en los elementos, pasando a considerar que la agresión a la mujer se produce en determinados ambientes, por parte de ciertos hombres o sobre algunas mujeres, interpretando que las alteraciones que presentaban las llevaban a ser maltratadas, cuando en realidad eran producto del maltrato.

Nuestro trabajo plantea el estudio desde una perspectiva analítica, identificando como origen del problema la agresión a la mujer al contexto socio-cultural que sitúa al género masculino en una posición de superioridad y dominio respecto al femenino, el cual queda subordinado al primero, permitiendo a este utilizar diferentes métodos, entre ellos la violencia, para mantener estas posiciones.

Este contexto origina una serie de elementos comunes que definen el SÍNDROME DE AGRESIÓN A LA MUJER con tres manifestaciones: el SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER, la agresión sexual y el acoso. El conocimiento de estos hechos como consecuencia de un contexto general que actúa de forma más o menos directa y más o menos mediata en cada caso, ayudaran a identificar los casos y a entenderlos como parte de un todo, de ahí que las medidas clínicas, médico-forenses, legales, jurídicas y sociales puedan ser más efectivas.

PALABRAS CLAVES:

FECHA DE PUBLICACIÓN EN RECPC: 18 de diciembre de 2000.