

LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO MEDIO
DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.
ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

Luis Juan Segura Abad
Médico Forense de Madrid
Doctor en Medicina
Licenciado en Derecho

LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN. II. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN CIFRAS. III. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. ASPECTOS MÉDICOS. 1. Preliminares de la agresión física. 2. La agresión física y psíquica. A) Agresión física. B) Agresión psíquica. 3. Perfil psicológico de la mujer maltratada. IV. LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. V. EL AGRESOR. CUESTIONES MÉDICAS. 1. Rasgos de personalidad frecuentes. 2. Trastornos mentales en el agresor. A) Trastornos de personalidad. B) Trastornos depresivos. C) Otros trastornos mentales. 3. El alcohol y los malos tratos. A) Etilismo agudo. B) Dependencia alcohólica. Etilismo crónico. C) Trastornos por consumo de alcohol. a) Dependencia del alcohol. b) Abuso de alcohol. c) Trastornos inducidos por el alcohol. d) Patología orgánica asociada al alcohol. 4. El tratamiento médico del agresor. VI. BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN

El fenómeno conocido como Violencia Doméstica recibe también otras denominaciones: malos tratos en la familia, violencia de

pareja, violencia en el ámbito familiar, e incluso se ha usado el término "terrorismo" en el hogar (1). El uso de una concreta denominación obedece, por lo general, a la intención de destacar un aspecto específico de este grave problema social. En ocasiones el interés recae sobre la violencia contra la mujer en la pareja, de manera que independientemente del estado civil que une a agresor y víctima el nexo común en estos casos es la relación afectiva de pareja. En otros supuestos la violencia objeto de estudio recae sobre los menores, los ancianos, los enfermos incapaces que sufren malos tratos en el medio doméstico por sus familiares o cuidadores.

Aunque en cada situación de violencia doméstica aparece una víctima primaria hay que considerar que todos los miembros de ese núcleo familiar van a ser víctimas en alguna medida. Son numerosos los autores que relacionan las vivencias infantiles de violencia doméstica con el comportamiento violento en la edad adulta dentro de la familia (2). No se puede hablar de una sola víctima en la familia, cuando la violencia recae sobre la mujer los hijos y otros (abuelos) miembros de la misma sufren psíquicamente las consecuencias; a su vez el maltrato infantil por un progenitor ocasiona afección psicológica en los otros miembros de la familia. Así pues, existe un elemento determinante en la violencia dentro de la familia que es el carácter expansivo y global del sufrimiento que afecta a todos los miembros que la componen. Además, en ocasiones, el modelo de organización familiar de tipo autoritario basado en la amenaza y el miedo al "cabeza de familia" hace que entre los distintos componentes de la familia se genere un tipo de comportamiento basado en esa misma dinámica, así

(1) La autora americana Isabel MARCUS (1994) ha sugerido el empleo del término terrorismo en el hogar.

(2) Una de las hipótesis que explica la violencia en la pareja indica que los maltratadores fueron víctimas de agresiones en su infancia o bien fueron testigos presenciales de la violencia entre sus padres. Algunos estudios han verificado esta hipótesis: WIDOM en USA (1988), HOTALING y SUGARMAN (1986), HOLTZWORTH-MUNROE (1997).

que no es extraño que el hermano mayor maltrate a uno menor o el hijo adolescente ejerza violencia sobre la madre.

Existe otro elemento común y propio de la violencia en el hogar que viene definido por la naturaleza y connotaciones del lugar en donde se produce. La casa, el domicilio, el hogar es el lugar donde la persona desarrolla su intimidad, donde siente la seguridad y protección de su pequeño universo vital. En el hogar se descansa de las tensiones del mundo exterior y se expanden los vínculos afectivos con los otros miembros que comparten el mismo espacio doméstico. Cuando la violencia asienta en este ámbito la víctima queda desposeída de un entorno seguro en el que desarrollar su vida más íntima, la casa es una pesadilla de la que con frecuencia es imposible escapar porque el maltratador impone la "reclusión" de la víctima. El riesgo de sufrimiento físico se convierte en una constante durante todo el día y el sufrimiento psíquico es permanente porque la víctima está ligada al lugar de su tortura, a su casa; puede salir temporalmente (al trabajo, a la compra...) pero siempre vuelve a su hogar. En definitiva, lo que en un momento fue un lugar de felicidad se transforma ahora en un odioso entorno lleno de obligaciones y peligros. En este sentido y de forma muy gráfica se ha definido el dormitorio conyugal como una "cámara de torturas" en la violencia de pareja.

La protección social y jurídica del domicilio hace de él un lugar reservado en el que la actividad violenta pueda quedar oculta y con escasa trascendencia al exterior. El ambiente del maltrato se realiza en la intimidad del hogar y parte del abuso incorpora un pacto –obligado– de silencio entre víctima y victimario. Para "facilitar" el mantenimiento de este pacto el sujeto violento tiende a propiciar poco las salidas de la víctima, lo justo para hacer la compra o las actividades más perentorias, evitando así que el sujeto de maltrato "caiga" en la tentación de compartir su dramática experiencia. Esta situación se expresa adecuadamente en la frase de LORENTE (3) "a las mujeres les queda prohibido lo público (amigas, cine, teatro, incluso trabajo) y lo privado las va matan-

(3) En *Mi marido me pega lo normal*. Ed. Ares y Mares. 2001.

do". Esta visión de la privacidad ligada al domicilio se extiende en la sociedad de modo que a veces las personas del entorno –vecinos y familia– se amparan en ella para "mirar a otro lado" o bien para justificar lo injustificable.

El vínculo familiar, afectivo, no es elemento común a todo tipo de maltrato doméstico; con frecuencia se conocen violencias reiteradas sobre ancianos o enfermos que están a merced de unos cuidadores violentos y maltratadores.

La mayor parte de los casos de violencia doméstica que nos ocupan cotidianamente en el ámbito sanitario y en la actividad del médico forense son los que podríamos llamar violencia en la pareja y especialmente violencia sobre la mujer a manos de su pareja. Será a este tipo de violencia doméstica a la que me refiera en adelante, lo que no significa que me parezca irrelevante la violencia sobre los niños o los ancianos, al contrario, cabe pensar que se trata de un problema extenso que aún no ha aflorado lo suficiente ni cuantitativa ni cualitativamente.

II. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN CIFRAS

La Fiscalía General del Estado subraya el notable aumento de las medidas de protección a las víctimas de violencia doméstica adoptadas en 2002 respecto a 2001, y destaca el incremento de más de un 600 por ciento en las detenciones judiciales y de un 172 por ciento en las medidas de prisión provisional. Así se desprende de la Memoria anual de la Fiscalía, hecha pública con motivo de la apertura del año judicial, y en la que también se pone de manifiesto el incremento del número de procedimientos abiertos por malos tratos en el ámbito doméstico.

Respecto a la adopción de medidas cautelares, la memoria del ministerio público revela que las de detención judicial han aumentado de 69 en 2001 a 487 a 2002 (un incremento del 607 por ciento), mientras que las de prisión provisional alcanzaron el pasado año los 238 casos (un 172 por ciento más que en 2001). Respecto a la adopción de medidas cautelares, la memoria del ministerio

público revela que las de detención judicial han aumentado de 69 en 2001 a 487 a 2002 (un incremento del 607 por ciento), mientras que las de prisión provisional alcanzaron el pasado año los 238 casos (un 172 por ciento más que en 2001).

Asimismo, la aplicación de medidas de prohibición de residencia, de acudir a determinados lugares y de aproximarse o comunicarse se incremento en un 61%, pasando de las 834 del 2001 a las 1.350 del año pasado. También aumentaron de forma significativa, según la Fiscalía, las medidas de intervención de armas (62) y de internamiento psiquiátrico (24). Por otra parte, el número de procedimientos por delito incoados en 2002 por violencia doméstica ascendió a 11.117, por las 8.573 de 2001, un incremento del 29 por ciento, mientras que los juicios de faltas pasaron de 5.255 a 6.776 y los sumarios de 29 a 67. Destaca el incremento de las causas incoadas por maltrato habitual (4.397 por 2.784 de 2001) y el de los asuntos denunciados en relación a lesiones (pasa de 3.044 a 3.232) y amenazas (2.885 a 3.110), si bien ha descendido un 19 por ciento el número de causas incoadas por faltas (de 17299 a 14091). Las causas calificadas como delito alcanzaron las 1.438, por las 1.158 de 2001, lo que supone un incremento del 24 por ciento. Según el apartado sociológico del informe, el 88 por ciento de las víctimas (25.752) fueron mujeres y el 12 por ciento hombres (3.700), mientras que en el 90 por ciento de los casos el agresor fue un varón (25.690) y en un diez por ciento quien agredió fue una mujer (2.508), datos que coinciden con la tendencia general de los últimos años. El 55 por ciento de las agresiones se registraron entre cónyuges o ex cónyuges (15.247), mientras que en parejas o ex parejas de hecho se produjeron 8.634 (un 28 por ciento del total). El 7,4 por ciento de las agresiones se realizó sobre los hijos y un 5 por ciento sobre los ascendientes, datos muy semejantes a los del año 2001.

La violencia doméstica es objeto de estudio por instituciones de ámbito internacional, así la OMS recomienda planes multisectoriales en el ámbito estatal y la mejora de la información para prevenir la violencia doméstica durante la clausura de la XXI reunión de las Sociedades Española y Europea de Epidemiología, expertos

internaciones han abordado el papel preventivo de la Salud Pública frente a este tipo de violencia. En el transcurso de la sesión de clausura de la XXI reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología y la Federación Europea de la Asociación Internacional de Epidemiología, que tuvo lugar del 1 al 4 de octubre en Toledo, se debatió sobre el papel de la epidemiología y la salud pública en la prevención de la violencia. En este acto de clausura intervinieron los prestigiosos doctores Klaus Peter Strohmeier, de la Facultad de Sociología de la Universidad de Ruhr (Bochum, Alemania), Alexander Butchart, de la oficina de la Organización Mundial de la Salud de la región europea y Jonathan Shepherd, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Gales (Reino Unido). Las principales líneas de exposición se centraron en el importante papel preventivo que deben poseer las políticas sociales y las infraestructuras sobre el factor de riesgo que constituye el propio entorno de las áreas urbanas en función del diferente nivel de peligrosidad identificado. En este sentido, los expertos reunidos en la capital toledana, expusieron las principales recomendaciones de la OMS para la reducción de la violencia, entre las que cabe destacar el desarrollo de planes nacionales de acción multisectorial, la mejora de los servicios de información, la promoción de la prevención primaria, el fortalecimiento de los servicios destinados a víctimas, la integración de las estrategias de prevención en las políticas sociales y de educación, y la búsqueda de alianzas consensuadas frente al consumo de drogas y el comercio de armas.

En cuanto a víctimas de violencia de género la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (4) aporta las siguientes cifras:

- Año 1999: 58 casos.
- Año 2000: 65 casos.
- Año 2001: 70 casos.
- Año 2002: 69 casos.
- Año 2003: 89 casos (al 24 de noviembre).

(4) Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (<http://www.separadasydivorciadas.org>).

III. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. ASPECTOS MÉDICOS

La violencia contra la mujer, la denominada violencia de género, tiene sus raíces en la propia situación de discriminación que presenta la mujer en la sociedad. La desigualdad de la mujer frente al varón, aún en las modernas sociedades, hace de ella una víctima social que ha de conformarse con peor remuneración por su trabajo que sus compañeros varones, con realizar tareas domésticas en horario suplementario al propio del trabajo fuera del hogar, con la responsabilidad de la atención a los niños y mayores mientras el hombre rehuye estas actividades, etc. Muchos autores consideran que la violencia en la pareja, en el hogar, no es más que la exageración llevada al límite de la victimización social de las mujeres. De alguna manera, en nuestra sociedad, se puede asegurar respecto a las mujeres que aún permanecen bajo el esquema de las "virtudes que deben adornar a la perfecta casada" de FRAY LUIS DE LEÓN (5).

La participación de cada uno de nosotros en el mantenimiento de ese tratamiento diferencial según género se observa en pequeños detalles cotidianos, de los que las propias mujeres participan y tienen bien asumidos. A modo de ejemplos: las hijas adolescentes tienen horarios de asueto más controlados que sus hermanos de similar edad, las chicas han de ayudar a la madre en tareas domésticas y los muchachos no, las niñas adolescentes han de "controlar" sus experiencias sexuales mientras los chicos "pueden" practicar abundantemente para hacerse verdaderos hombres.

Participo de la misma hipótesis que otros autores sobre la naturaleza de la agresión a la mujer, la mujer sufre agresiones por el hecho de ser mujer y ello propiciado por la misma sociedad que trata con frecuencia de minimizar la importancia del fenómeno y

(5) FRAY LUIS DE LEÓN publicó *La perfecta casada* en 1583. Originalmente había escrito el libro para una parienta suya María Varela Osorio como una guía de comportamiento para la mujer casada y cristiana. En realidad de eso trata el libro: es una guía para las mujeres casadas y cómo deben desenvolverse en la casa, en el mundo y con relación al marido, la familia y el trabajo.

tiende a justificarlo sistemáticamente. En este sentido me parece muy acertada la exposición que hace Miguel LORENTE (6) sobre este punto: "No es una violencia doméstica porque es salvaje, ni es familiar porque no sólo se produce en las relaciones o en el ambiente familiar. A la mujer se la arremete por ser mujer, no por ser esposa, madre, ama de casa; por eso muchas de las agresiones se producen cuando aún no se ha iniciado la relación familiar o doméstica, durante el noviazgo de la pareja, y no terminan cuando sí lo ha hecho la relación doméstica o familiar; de modo que los que un día fueron maridos y compañeros siguen agrediendo, acosando y amenazando a las mujeres con las que han compartido la relación". Esta forma de entender el origen y causa de la violencia sobre la mujer explica que no pueda considerarse como un fenómeno puntual o un rosario de casos aislados, se trata de un fenómeno global que requiere una solución conjunta en la que los elementos productivos de la violencia se traten de manera completa.

1. *Preliminares de la agresión física*

No es frecuente que el maltrato a la mujer comience con un golpe, físicamente hablando. Los inicios de la agresión son sutiles y probablemente más efectivos que una agresión física, que originaría en la víctima un rechazo frontal. Se comienza con una actitud hacia la mujer, con la que se comparte teóricamente una relación de afecto, que contiene como ingredientes básicos la frialdad afectiva teñida de menosprecio y falta de consideración. Progresivamente se añade un claro rechazo hacia la mujer con actos intimidatorios que incluyen violencia verbal y sobre los objetos, también a veces violencia física sobre animales domésticos y sobre otros miembros de la familia, generalmente los hijos pequeños. Esta situación mantenida en el tiempo genera un malestar psíquico en la mujer que se siente rechazada, menospreciada y perma-

(6) Ob. cit. *Mi marido me pega lo normal*, pág. 38.

nentemente amenazada. Durante un cierto tiempo considera que su marido, o en general su pareja, tiene un problema y con frecuencia adopta una actitud de "comprensión" e intenta ayudarlo pero pronto se da cuenta de que quien tiene realmente el problema es ella.

La evolución temporal de la situación de maltrato psíquico en la pareja lleva a la mujer a una posición de entrega y sumisión al agresor, la mujer está a merced del violento. Esta renuncia, la mujer "tira la toalla", conlleva un alto precio de adaptación con rasgos psicopatológicos de gran interés para un diagnóstico precoz del maltrato:

- La mujer tiene un cuadro constituido por falta de autoestima, tristeza, bajo tono vital, ausencia de proyectos o ilusiones, apatía. También se aprecia ansiedad como producto de la situación adaptativa que a veces se expresa como crisis de angustia o trastorno de estrés agudo.

- La somatización del conflicto interno se produce con frecuencia en grados variables. Son frecuentes las cefaleas a última hora de la tarde, las afecciones de vías respiratorias altas, dolores osteoarticulares difusos, dolorimientos musculares con fatiga y astenia.

Este estado físico y psíquico coloca a la mujer en una situación en la que se ve incapaz de tomar decisiones frente al agresor e incluso se encuentra imposibilitada de llevar adelante su vida habitual, sus ocupaciones cotidianas. En esta etapa de adaptación al inicio de la violencia de pareja se empiezan a resentir las obligaciones de la mujer, tanto las que tiene fuera del hogar –su trabajo– como las que abarcan sus tareas domésticas. La pérdida de bienestar psíquico y las alteraciones psicósomáticas que llevan a la apatía y debilitamiento de la mujer se compaginan mal con las obligaciones de la mujer, esto se expresa con disminución del rendimiento laboral y absentismo laboral (bajas por depresión, por estrés laboral, cuadros infecciosos no bien filiados, alteraciones

osteomusculares, etc.) que no en pocas ocasiones terminan con despidos del trabajo. La mujer puede buscar en la actividad laboral algo de "respiro" a la situación que vive en casa además de obtener un rendimiento económico que en el futuro le pueda ayudar a emprender una nueva vida independiente; pero el maltratador no es amigo de la independencia económica y social de su pareja, al contrario la tendencia de estas situaciones es a lo que se ha descrito como "secuestro doméstico" alejando a la víctima de cualquier posibilidad de promoción.

Así pues, la propia adaptación inicial de la mujer a su situación de maltrato la conduce a un estado psico-físico inapropiado para el desarrollo de una actividad laboral normal y también al normal desempeño de sus tareas en el hogar lo que conlleva un motivo de agravamiento de los malos tratos, además de la justificación y la progresiva asunción de culpas por la mujer que comprende el "lógico" malestar del marido ante esta situación de dejación.

2. La agresión física y psíquica

Buena parte de las mujeres que sufren maltrato y que han superado la fase expuesta anteriormente adoptan una actitud de justificación de la conducta violenta de su pareja. La víctima tiene una vida reducida, el maltrato rompe los lazos familiares y laborales de la mujer, de manera que su contexto vital se reduce al ámbito doméstico por lo que –como mecanismo de adaptación en la supervivencia– la víctima adquiere una adherencia anómala a su verdugo, se trata de una especie de síndrome de Estocolmo.

La identidad de la mujer es atacada por el maltratador y destruye en ella las aficiones, las iniciativas personales e incluso la autonomía de pensamiento que ha de adaptarse al de él para evitar desencadenar la violencia. Así pues, durante un largo periodo de tiempo la víctima adapta su vida, su comportamiento al del agresor y ello unas veces por convencimiento (asumen la culpabilidad de tareas mal realizadas) y otras para sortear la liberación de la furia de su compañero.

A) *Agresión física*

Y es en este periodo evolutivo cuando, a pesar de la aparente "sintonía" entre agresor y víctima, se produce el primer golpe físico, directo. Antes pudo haber empujones, movimientos bruscos, pero ahora es un golpe dirigido y consciente para producir daño físico inequívoco. También las agresiones físicas tienen una evolución temporal, al principio más leves van cobrando mayor intensidad y lesividad. Al inicio es un golpe aislado con el paso del tiempo son palizas en todo su significado y amplitud.

- Se observan en los primeros momentos hematomas, a veces hematomas formes con la huella de digitaciones (7) que expresan una forma violenta de agarrar con la mano y con fuerza extrema, también erosiones/excoriaciones cutáneas que explican un mecanismo de fricción intenso sobre la zona lesionada que ocurren cuando la víctima tiende a liberarse de una sujeción.

- Las heridas suponen una pérdida de la continuidad de los tejidos cutáneos. Las más frecuentes son las de tipo contuso en las que un objeto romo incide sobre el organismo venciendo la resistencia de la piel, el objeto golpea sobre una zona bajo la que subyace un plano o saliente óseo de manera que los tejidos ceden entre dos elementos de elevada consistencia (arma y hueso). Este tipo de lesiones son frecuentes al empujar a la víctima y golpear ésta sobre un objeto duro (borde de la bañera, muebles, paredes, suelo, etc.) o bien al agredirla directamente con un objeto contundente. Las heridas incisivas, producidas por objetos cortantes, son menos frecuentes; pueden observarse dos modalidades las ocasionadas por arma blanca con intención claramente lesiva u homicida.

(7) El maltratador, al menos en las primeras etapas evolutivas del fenómeno, necesita agredir de propia mano, no le sirven objetos intermedios, precisa sentir con sus manos la violencia que ejerce directamente. Con el paso del tiempo utiliza instrumentos (arma blanca, arma de fuego) con fines intimidatorios o con finalidad claramente lesiva u homicida.

da y aquéllas otras poco profundas, de trayectoria amplia que en lugares especiales (generalmente en el cuello) nos sugieren el uso del arma como mecanismo intimidatorio, a la manera que se encuentran en algunas agresiones sexuales.

A diferencia de los hematomas y las lesiones erosivas de la piel, que pueden ser curadas en casa o no requieren asistencia médica, las heridas constituyen un elemento de alarma y diagnóstico de malos tratos pues en general precisan de ayuda sanitaria profesional. La víctima no acude a un servicio de urgencias tras ocurrir la agresión, es típico que cuando el médico atiende a la lesionada han pasado varias horas de la agresión y la herida ha intentado ser tratada de forma infructuosa e inapropiada en casa, otras veces la evolución es de días por lo que la herida está infectada y supurando con los bordes tumefactos y precisa de tratamiento médico y quirúrgico. A la consulta médica va la víctima con su agresor y relatan la forma en que sucedió la lesión intentando explicar lo inexplicable o imposible desde un punto de vista médico.

- Las lesiones osteoarticulares (ligamentos, tendones, músculos, huesos) se ocasionan por tracciones de las extremidades al intentar huir la víctima o por traumatismos directos, a veces de tal intensidad que son capaces de producir fracturas óseas. También este tipo de patología traumática requiere asistencia médica, que también suele estar derivada en el tiempo de forma inexplicable y con complicaciones derivadas de un inadecuado tratamiento inicial.

La exploración física de una víctima de malos tratos habituales ofrece algunos hallazgos peculiares que nos permiten orientar el diagnóstico: de un lado es frecuente encontrar lesiones de distinta data, de manera que coexisten equimosis de distinta evolución asociadas a erosiones/excoriaciones e incluso heridas de cicatrización tórpida por haber sido abandonadas a su curso natural. La explicación de la paciente cuando es preguntada por el origen de las lesiones difiere, si está en presencia de su maltratador contará un relato poco espontáneo y previamente aprendido (y probablemente pac-

tado con él), si el médico a la vista de las lesiones y sospechando la situación de violencia hace salir de la sala de exploraciones al acompañante es probable que la mujer relate parte de su vivencia, aunque la negativa a reconocer su situación de maltrato (8) puede mantenerse aún en esta situación. El médico experimentado podrá afianzar aún más la sospecha diagnóstica si la negación y el silencio son la única justificación al cuadro lesivo evidente.

Otra peculiaridad de las lesiones en malos tratos habituales es su localización. La paciente acude al médico y en los prolegómenos de la entrevista médica previos al examen físico no encontramos en las zonas visibles habitualmente nada que nos llame la atención: la cara, el cuello, las extremidades superiores e inferiores que son áreas expuestas generalmente no presentan lesiones; cuando la enferma se desnuda para la exploración el contraste es muy llamativo: se aprecian equimosis en los pechos (típicamente de mordedura humana), erosiones lineales (arañazos), pequeñas quemaduras (cigarrillos), etc., también en región dorsal y abdominal. El abdomen es un lugar especialmente lesionado cuando se trata de mujeres embarazadas, considerando además que el embarazo puede ser un factor de especial riesgo de malos tratos según se ha documentado en numerosos estudios (9). La exploración cuidadosa del cuero cabelludo puede descubrir la presencia de cefalohematomas (vulgarmente "chichones") o cicatrices correspondientes a peque-

(8) La negación del maltrato ha sido amplia y acertadamente tratada por Blanca VÁZQUEZ MEZQUITA, psicóloga de la Clínica Médico Forense de Madrid, en la ponencia "El perfil psicológico de la mujer maltratada" que se publicó en *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales I*. 1998-1999 por el Centro de Estudios Jurídicos y el Instituto de la Mujer. Se explica en esta ponencia: "En primer lugar, la mujer niega el abuso porque la negación es un mecanismo básico de defensa, normal, adaptativo, dirigido a protegernos de aquellas experiencias que nos son en exceso penosas o incluso insoportables. Es una forma de economía psíquica, una forma de defendernos contra contenidos desagradables en la conciencia. Pero la mujer maltratada tiene más motivos aún para negar. La mujer que ha sufrido violencia física de forma reiterada, pone en juego también otro mecanismo de defensa cual es la disociación".

(9) KLEIN Y WHITE, 1996. Gelles, 1990.

ñas heridas contusas de diverso grado evolutivo. Las lesiones en el maltrato hay que buscarlas en lugares poco visibles, con frecuencia en regiones genitales o paragenitales.

Un elemento clave y característico en la exploración física de estas mujeres está referido al profesional sanitario, al médico. La actitud del paciente respecto al médico asistencial es, por lo general, de colaboración para la consecución de los medios que promocionen su salud. La anamnesis que precede al examen médico configura la relación de confianza asistencial que ha de establecerse entre médico y paciente, es un primer paso primordial para obtener información muy valiosa respecto a la patología consultada y para establecer una comunicación con empatía. La mujer maltratada no está en disposición de hablar, no desea expresar parte de lo que considera su intimidad o no puede hacerlo, de forma que el médico encontrará una paciente encerrada en sí misma con escasa capacidad de comunicación y tendrá que ser él, el médico o la médica, quien se esfuerce en encontrar los datos objetivos para el diagnóstico de maltrato. La actitud de búsqueda del profesional sanitario con frecuencia choca frontalmente con la oposición del acompañante-maltratador y resulta difícil convencer a la mujer de que se desnude completamente para ser explorada pues la oposición de ésta y de su pareja ponen al médico en la difícil situación de atentar contra la "libertad"? de la paciente, de igual forma se intentan eludir exploraciones radiológicas o analíticas que son esenciales para el diagnóstico. La exploración física de estas pacientes se aconseja que al menos en parte se realice a solas con la mujer.

También cabe la posibilidad de agresiones físicas con escasa o nula lesión externa, así cuando las contusiones se producen de manera que la piel y los tejidos más superficiales del cuerpo no sufren directamente la fuerza viva sino que se amortigua por un elemento elástico intermedio es posible que el examen externo no muestre suficiente atricción cutánea mientras los tejidos y órganos profundos sufren graves lesiones. Esto explica que la actitud diagnóstica del médico ha de ser activa en la búsqueda de lesiones porque tal vez la paciente niegue haber sufrido la más leve contusión

cuando su hígado está comenzando a sangrar abundantemente con gran riesgo para su vida.

B) Agresión psíquica (10)

La agresión psíquica comienza en la primera fase en la que aún no se ha iniciado la agresión física y según la amplitud temporal de esa etapa las repercusiones en la esfera mental pueden ser de mayor o menor entidad, pueden ir desde una reacción vivencial moderada hasta constituir un profundo trastorno. Pero en esta segunda etapa del modelo de maltrato que expongo la agresión psíquica se consolida y adquiere generalmente tal grado que se manifiesta con claros signos de sufrimiento psíquico intenso. Indudablemente la agresión física conlleva una agresión psíquica asociada pero también en esta fase el maltratador mantiene el "cerco psicológico" de su víctima, así que el sufrimiento psíquico se ve reforzado.

Cuando se habla de alteraciones psíquicas en las mujeres maltratadas se deben diferenciar tres situaciones distintas, de un lado existen las respuestas o reacciones psicológicas, de otro los trastornos psíquicos o lesiones psíquicas y finalmente las secuelas psíquicas que son estados residuales del padecimiento que van a mantenerse en el tiempo y dificultan el desarrollo futuro de la mujer. No se puede separar siempre de forma nítida lo que constituye una reacción emocional frente a la violencia de lo que es un trastorno psicológico que precisa atención médica y puede considerarse incluso secuela psíquica.

- *Las respuestas o reacciones psicológicas* que con frecuencia se ponen en marcha ante la situación de violencia de pareja se incluyen las reacciones emocionales de miedo, inseguridad, sen-

(10) Los criterios diagnósticos expuestos en este trabajo se ajustan a los contenidos en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Ed. Masson. 2002, aunque en algunos cuadros psicopatológicos se han resumido o adaptado a un lenguaje sencillo para hacerlo más comprensible al lector ajeno a la medicina y específicamente al diagnóstico psiquiátrico.

sación de abandono y humillación, frustración. Cuando estas reacciones son anormalmente intensas o muy duraderas caben incluirse no ya entre las reacciones vivenciales normales sino como alteraciones psíquicas determinadas.

- *Trastornos de ansiedad*: La ansiedad es la manifestación más importante en situaciones de amenaza para la vida o la seguridad. La forma de expresarse es múltiple habiéndose descrito como cuadros asociados al maltrato de la mujer: crisis de angustia, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada.

La característica principal de una *crisis de angustia* es la aparición aislada y temporal (habitualmente dura unos 10 minutos) de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de síntomas somáticos (palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de falta de aire, opresión torácica, molestias digestivas, mareo, parestesias, miedo a morir, miedo a perder el control, sensación de irrealidad).

El *trastorno por estrés postraumático* viene determinado porque la persona que lo sufre ha estado expuesta a un acontecimiento traumático con amenaza para su integridad física o la de los demás y ha respondido con temor desesperanza o un horror intensos de manera que el acontecimiento es reexperimentado persistentemente (recuerdos, sueños) y genera situaciones evitativas, síntomas de irritabilidad, trastornos del sueño, falta de concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

El *trastorno por estrés agudo* es similar al anterior y su diagnóstico lo sitúa cercano al evento que lo origina. Trastorno de ansiedad generalizada que a la mujer le resulta difícil controlar incluye alguno de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.

- *Trastornos del estado de ánimo*: Los estados depresivos son formas habituales de manifestar el conflicto de violencia familiar.

Los trastornos de este tipo que se observan en situaciones de maltrato doméstico son fundamentalmente el denominado trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

El *trastorno depresivo mayor* se caracteriza por estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para el placer durante un periodo de al menos 2 semanas. Los síntomas que se producen en este cuadro de forma cotidiana incluyen: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (se siente triste o vacío), disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades del día, pérdida o ganancia importante de peso (>5% del peso corporal en un mes) por pérdida o aumento significativo del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico o una tentativa de suicidio.

Trastorno depresivo menor tiene una duración similar al anterior, 2 semanas, pero los síntomas depresivos que presenta el paciente son menos numerosos (menos de cinco síntomas) que en la forma mayor.

Trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayor parte de los días durante al menos 2 años. Los síntomas que puede presentar la enferma son: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

- *Trastornos disociativos*: se trata de alteraciones psíquicas en las que se afectan las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Según explica CARRASCO GÓMEZ (11) haciendo referencia a VÁZQUEZ

(11) CARRASCO GÓMEZ, J.J., y MAZA MARTÍN, J.M., *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. 2.^a Ed. La Ley, pág. 1472.

MEZQUITA "la mujer maltratada, además de la negación, pone en marcha otro mecanismo de defensa que es la disociación", que favorece la minimización del daño, el alejamiento de la experiencia traumática, "un no estar presente psíquico" durante la agresión, que supone una especie de amortiguamiento y una suerte de anestesia ante el dolor físico, separando la experiencia física de la experiencia cognitiva de estar siendo agredida y dañada. Esto a la larga provoca un distanciamiento entre el "sentir" y el "pensar", siendo la víctima incapaz de integrar emoción y experiencia. En este ámbito de trastornos psíquicos los de mayor interés aquí son la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo.

Amnesia disociativa consiste en uno o varios episodios de incapacidad para recordar información personal importante, por lo general se trata de un acontecimiento de tipo traumático o estresante y que no se explica, dada su amplitud, por el olvido ordinario.

Trastorno de identidad disociativo se explica por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad, cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo. Estas identidades controlan de forma recurrente el comportamiento del sujeto y se asocian a una incapacidad para recordar información personal importante que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. Según CARRASCO GÓMEZ en este tipo de trastorno "la etiología se pone en relación con una historia de maltrato y especialmente con abuso sexual". Hay que tener en cuenta que independientemente de estos dos cuadros, bien delimitados en el campo de los trastornos disociativos, existen síntomas disociativos en los criterios establecidos para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo y en el trastorno por estrés postraumático.

- *Trastornos adaptativos*: son respuestas psicológicas a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o comportamentales que tienen significación clínica. Los síntomas se presentan durante los tres meses siguientes al inicio del factor estresante. Se diferencia este trastorno de las reacciones psíquicas normales en que es de tal intensi-

dad que ocasiona un acusado malestar, superior al esperable, y con un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

De acuerdo con los síntomas predominantes el trastorno adaptativo pueden diferenciarse las formas que contienen ánimo depresivo, ansiedad, forma mixta (ansiedad y estado de ánimo depresivo), trastorno del comportamiento, con alteraciones mixtas (emocionales y del comportamiento).

- *Disfunciones sexuales*: se plantea este diagnóstico en situaciones de maltrato de pareja, con o sin agresiones sexuales. Los trastornos más frecuentes son los trastornos por disfunción sexual y específicamente el trastorno orgásmico femenino (12) que se describe como ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal ocasionando un malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. A su vez este trastorno ha de ser concretado de acuerdo con su evolución temporal (adquirido o desde siempre), situacional (en cualquier situación o en situaciones concretas) y respecto a los factores que lo generan (psicológicos o combinados). No son infrecuentes otros tipos de trastornos sexuales asociados a la agresión en pareja, así se aprecian: aversión al sexo, de la excitación sexual, dispareunia, vaginismo, deseo sexual hipoactivo.

- *Trastornos alimenticios*: los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan en ocasiones con la ansiedad que se produce en situaciones de maltrato en la pareja de manera que la mujer come de forma compulsiva y en ocasiones pone en marcha conductas compensatorias (provocación del vómito, laxantes, diuréticos, etc.). Asociado al trastorno depresivo mayor del estado de ánimo la mujer, por lo general, pierde al apetito.

(12) Este trastorno se encuentra frecuentemente en mujeres víctimas de agresiones sexuales, así ROJAS MARCOS (1995) demostró en un estudio que el 55% de las mujeres víctimas de agresión sexual fueron incapaces de reanudar relaciones sexuales con normalidad durante dos años y muchas sufrieron frigidez (trastorno orgásmico femenino) durante más tiempo.

- *Consumo de sustancias*: la ansiedad facilita el abuso de sustancias entre las que caben destacar los fármacos (ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos), el alcohol y otras drogas de abuso que incluyen el tabaco, café, chocolate, etc.

3. *Perfil psicológico de la mujer maltratada*

Muchos autores se plantean la posibilidad de establecer un perfil psicológico común a las mujeres que son objeto de malos tratos. La mayoría asegura que cuando se analiza la situación de salud psíquica de la mujer maltratada lo que estamos evidenciando es fundamentalmente el efecto que sobre la mujer han producido los malos tratos y que por tanto se confunde una estructura psíquica anterior con los mecanismos ocasionados de su vivencia traumática. A pesar de todo, hay autores que describen ciertos rasgos en la estructura psicológica de la mujer "predispuesta" a sufrir malos tratos por su pareja. Así describe FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ (13) citando a CASTELLANO ARROYO que en las víctimas de maltrato se aprecian:

1. Mujer de baja puntuación en afectividad. Baja estabilidad emocional, inmadura poco responsable y dependiente.
2. Se muestra tímida, con poco interés por el sexo opuesto o por conocer gente nueva, descuidada y superficial.
3. Tendencia a la dramatización preocupada por su cuerpo y con poco ánimo para enfrentarse a sus obligaciones y tareas.
4. Desconfiada, insegura, reservada e introvertida.

(13) En "Aspectos médico-legales de la violencia doméstica" I-2002 dentro de los *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*, publicación auspiciada por el Ministerio de Justicia (CEJAJ) y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer).

5. Deprimida, angustiada y que manifiesta graves sentimientos de culpa.

Desde mi experiencia profesional tengo que manifestar un total desacuerdo con los autores citados. Se producen agresiones de pareja en mujeres con muy distintas estructuras de personalidad y en ocasiones muy alejadas de los modelos de "dependencia emocional de su pareja" que propugnan PIZZEY (1974) y ROUNSAVILLE (1978) o de baja autoestima que describen CARLSON (1977), MARTIN (1976), RIDINGTON y STAR (1978). Por supuesto que también hay mujeres maltratadas con las características que establecen los autores mencionados pero probablemente la frecuencia en este tipo de mujeres sea la misma que la frecuencia que se observa entre la población general. De acuerdo con YLLÖ (1988), las investigaciones que sólo se centran en las características personales tienden directa o indirectamente a culpar a las víctimas de malos tratos por permitir que el maltrato ocurra, por no detenerlo, o por último, por haber buscado una relación de malos tratos. Por ello en los últimos años los estudios se han centrado en las reacciones psicológicas de las mujeres ante los malos tratos y no en las posibles características personales o psicológicas que causa la violencia (DUTTON, 1992; WALTER, 1994). Por tanto, una cosa es verificar casos aislados en los que la estructura psíquica de la mujer la haga más vulnerable en la violencia de su pareja (e incluso de otros) (14) y otro es justificar la violencia por una "forma de ser".

Aún se encuentra en algunos profesionales de la salud, del derecho y en agentes de los cuerpos de policía la creencia de que la mujer maltratada tiene que padecer alguna enfermedad mental

(14) En este sentido, tuve que valorar médicamente el caso de una mujer que había sufrido agresiones de su padre en la infancia, se casó con un sujeto que la maltrató durante años hasta que se separó de hecho y conviviendo con su único hijo varón de 17 años padecía los malos tratos de éste por los que el juzgado seguía un procedimiento que ella estaba empeñada en que se cerrara por que no quería hacer daño a su hijo.

que explique el origen de esta situación violenta; confundiendo con frecuencia los efectos psicopatológicos con la causa. Algunos autores (WALTER, 1994) señalan que los trastornos de personalidad son los que con frecuencia se imputan a mujeres maltratadas, así el trastorno límite de personalidad y la personalidad por dependencia; de manera que las que piden atención a gritos son catalogadas como "histéricas".

Como elementos relacionados con la vulnerabilidad a padecer alteraciones psíquicas a causa de la violencia doméstica se han enumerado los siguientes:

- Presencia de trauma infantil.
- Rasgos de personalidad de tipo paranoide, dependiente, anti-social y límite.
- Sistema de apoyo poco adecuado.
- Vulnerabilidad genética constitucional para la enfermedad psiquiátrica.
- Cambios estresantes recientes en la vida del sujeto.
- Alexitimia que es la incapacidad para identificar o verbalizar estados emocionales.

En general se puede resumir la mayor sensibilidad a padecer alteraciones psíquicas a causa de vivencias traumáticas violentas por la existencia de: factores predisponentes constitucionales, antecedentes psicotraumáticos sensibilizantes y un entorno personal (familiar, socio-laboral) poco favorable al apoyo de la víctima.

Desde la acción de los servicios sociales parece que poco se puede hacer para minimizar los efectos psicopatológicos dado que la actuación sobre el entorno social constituye un elemento de consideración marginal en el padecimiento; pero aunque el elemento "entorno" no constituya el núcleo fundamental como pro-

ductor del daño psicofísico en la violencia de género la actuación social tiene dos grandes vías de interés en este complejo problema: de un lado la capacidad de ir generando medidas preventivas a medio y largo plazo (educativas, sensibilización social) y de otro detectar con prontitud los casos de violencia que permita una actuación en las primeras fases y evite graves lesiones, muerte y secuelas físicas y psíquicas.

III. LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La estructura del Estado social ha de ocuparse, por mandato constitucional, de la protección de la vida y la integridad física y moral de todos (art. 15), también ha de velar por el derecho a la libertad y seguridad (art. 17) y por el derecho a la protección de la salud (art. 43). Son numerosos los ámbitos de organización social que prestan servicio en situaciones de violencia de género y las distintas instituciones juegan papeles esenciales a lo largo del proceso evolutivo de este fenómeno. Desde la organización sanitaria, que básicamente se estructura en nuestro país como Servicio Nacional de Salud, pasando por los cuerpos policiales y finalmente la estructura judicial hay un desarrollo de actividades sociales profesionales en la atención a la violencia doméstica que no siempre se encuentran bien interrelacionadas y ello en quebranto de la eficacia de soluciones a este problema.

La asistencia sanitaria cobra un especial protagonismo en esta cadena de servicios sociales y ello porque puede ser el instrumento de alarma en la verificación de nuevos casos de violencia doméstica y porque puede actuar de manera preventiva realizando detección precoz en la evolución del proceso violento involucrando a otros órganos de atención a las víctimas. Como es bien sabido, la violencia en la pareja se enmarca en un entorno personal protegido por la intimidad del tipo de relación afectiva y en un espacio doméstico amparado por la inviolabilidad. La actuación profesional de los sanitarios goza del privilegio de desenvolverse

en la esfera de intimidad personal de los pacientes y en este sentido cabe esperar una mayor eficacia en la detección de las víctimas que tienen su origen en las propias relaciones íntimas. La capacidad de los profesionales de la salud de indagar en los aspectos físicos y psíquicos de las personas ha sido tradicionalmente "aprovechada" para detectar comportamientos delictivos y en ello se basan algunas normas procesales (arts. 262, 355 LECrim).

¿Cómo pueden los médicos detectar la violencia doméstica? y ¿cómo pueden los médicos ayudar a las mujeres para que informen del maltrato recibido? Es un hecho que muchas veces es muy difícil lograr que las mujeres informen, existen varios motivos:

— Relacionados con el agresor: las mujeres tienen miedo a las represalias.

— Motivos personales de las víctimas: sentimientos de culpa y de vergüenza. Muchas pueden llegar a considerar hasta normal que pueda haber cierta agresión por el poder que ejerce el marido.

— Relacionados con el médico: piensan que el médico no dispone de información, interés ni tiempo.

Se han realizado diversos manuales informativos con el fin de orientar a los médicos sobre cómo tratar este problema, así se elaboró por el Grupo de Trabajo de Atención a Mujeres Maltratadas del Colegio de Médicos de Barcelona (15) un manual informativo que consta de cuatro partes: la detección activa del maltrato intrafamiliar a las mujeres; la documentación de los hallazgos; los recursos sociales y judiciales de que se disponen; y el análisis del problema.

(15) Este manual fue incluido en la publicación de las Cortes Generales de 4 de diciembre de 2002 sobre la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y fue presentado por Don Santiago Tomás Vecina, Coordinador del Grupo de trabajo de atención a mujeres maltratadas del Colegio de Médicos de Barcelona y de la Sociedad Catalana de Urgencias, y Jefe del Servicio de Urgencias del hospital Mutua de Terrassa.

La detección activa del maltrato familiar debe incluir la observación de algunos indicadores clínicos:

- Lesiones (hematomas, erosiones, heridas contusas, fracturas) variadas en una misma mujer (presentan conjuntamente equimosis con erosiones y otras lesiones).
- Lesiones que no se explican por un mismo mecanismo lesivo sino que se aprecian dos o más.
- El conjunto de lesiones tampoco tiene la misma data de producción de manera que se encuentran en distinto momento evolutivo.
- La ubicación de las lesiones puede ser poco habitual, en lugares no accesibles a la mano de la víctima y en regiones que ocultan los vestidos o el cabello.
- Lesiones evolucionadas, así: heridas contusas infectadas, fracturas con inicio de consolidación, derrames articulares posttraumáticos, etc.
- Especial interés diagnóstico aportan las lesiones producidas por agresión sexual: lesiones en genitales externos e internos, heridas contusas de mordedura humana en las mamas, lesiones ocasionadas por armas utilizadas para amedrentar a la mujer en la violencia sexual.

La detección de las alteraciones psíquicas incluye la comprobación de los trastornos propios de ansiedad y especialmente el trastorno por estrés posttraumático, trastornos depresivos, alteraciones en las conductas alimenticias y en el sueño, reacciones psicológicas de tipo adaptativo. De forma general hay que prestar atención a los siguientes indicadores:

- Ansiedad con estado depresivo y alteraciones del sueño y del apetito.

- Inhibición psicomotriz asociada con temor, intranquilidad, sentimientos de culpa.
- Pérdida de la atención, memoria y concentración.
- Disminución en el rendimiento laboral y en las tareas domésticas.
- Sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas.
- Ideas o tentativas de suicidio.

Los hallazgos han de ser documentados en la historia clínica con descripción de los síntomas y signos clínicos, anotando cuidadosamente las lesiones sobre un dibujo anatómico y describiendo la opinión facultativa respecto al mecanismo lesivo, tiempo evolutivo de las lesiones y otros extremos de interés clínico. El material fotográfico es muy útil y se puede incorporar a la historia clínica con el consentimiento de la víctima.

En cumplimiento de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el médico ha de participar al juez las lesiones detectadas detallando la naturaleza de las mismas, las causas de su producción de acuerdo a la información de la lesionada y el pronóstico clínico evolutivo. Se ha argumentado por algunos la inconveniencia del parte judicial de lesiones porque: "a consecuencia de éste ocurre con frecuencia que el juzgado manda una citación al domicilio que puede ser recogida por el agresor y ello agravar más la situación". Considero que no es adecuado ese argumento ya que la policía y el juez toman las medidas adecuadas para asegurar la integridad de la víctima, así en ocasiones se acuerda directamente la detención del agresor, y de otra parte recordar que no se puede incumplir un mandato legal.

En la actividad clínica existen ciertas prácticas de riesgo que pueden agravar la situación de maltrato a la mujer entre ellas:

- Facilitar un informe de asistencia médica revelador de la causa violenta de las lesiones que puede llegar a manos del agresor.

- Entregar una copia de la historia clínica de la paciente cuando está acompañada de su pareja.
- Guardar la historia clínica en lugares accesibles que pueda ser conocida por el entorno del agresor.
- Hacer constancia en la historia clínica de un padecimiento del hijo los malos tratos que sufre la madre y a los que tiene acceso el padre por el ejercicio de la patria potestad.

Existen algunas circunstancias inherentes al propio sistema sanitario que dificultan el adecuado tratamiento del fenómeno de maltrato de la mujer, entre ellas cabe citarse:

- La falta de formación de los médicos en la enseñanza de estos síndromes o enfermedades.
- La falta de tiempo en las consultas y en los servicios de urgencia para tratar como requieren estas mujeres.
- El miedo de los médicos a ofender a la mujer si le dicen que sospechan que puede ser una mujer maltratada.
- Falta de habilidades en comunicación para ayudar a la víctima a la liberación de su angustia.
- Se debe informar siempre a la víctima de los recursos disponibles, facilitando el contacto con ellos.

IV. EL AGRESOR. CUESTIONES MÉDICAS

El agresor de la violencia de pareja es tratado de forma muy diversa, e incluso contradictoria, según los distintos autores y también según la perspectiva desde la que parte el análisis. Aquí ana-

lizaremos algunas cuestiones relacionadas con los aspectos médicos que pueden afectar al maltratador.

Hay que partir del principio general de que el agresor no tiene, por el hecho de serlo, interés médico. Es decir, *a priori*, el agresor no tiene ninguna patología específica que le haga serlo, no se ha descrito un cuadro psicopatológico común a los maltratadores (16).

Se han aportado algunos rasgos comportamentales que pueden ser compartidos por la mayoría de estos sujetos. La imagen que tienen del maltratador sus compañeros de trabajo o sus vecinos es la de un hombre correcto, buen padre, buen vecino y buen compañero, de forma que cuando se enteran que ha sido denunciado por violencia contra su pareja no lo entienden y generalmente se prestan a disculparlo achacando la culpa a la mujer que –a diferencia de él– se muestra tan hosca, reservada y con mal carácter. El comportamiento del agresor en su medio laboral y en general fuera de su familia es correcto, no tiene altercados con sus compañeros ni vecinos, maneja adecuadamente sus habilidades de relación social. El trato que dispensa a la mujer fuera de la casa y ante desconocidos o poco conocidos es exquisito, no ocurre igual cuando el entorno es de personas de confianza (familiares, amigos íntimos) en donde puede haber un trato desconsiderado aunque lógicamente sin agresión física que queda reservada al ambiente más íntimo. Esta imagen de normalidad, incluso de bondad (simpatía, seductor, con actitudes de ciudadano modelo), en su medio de relación (trabajo, vecindario) es la mejor aliada para ofrecer credibilidad cuando se practica su declaración a presencia judicial y contrasta claramente con la situación de ella: insegura de sí misma, autoculpabilizada, lábil emocionalmente, deprimida, desadaptada, enfermiza, negligente en tareas domésticas, ... en fin, el producto de los malos tratos mantenidos durante meses o años.

Hoy sabemos que aquel prototipo de hombre violento, pobre, borracho y enfermo ha dejado paso a un modelo de agresor que se

(16) Como dice el Dr. Miguel LORENTE ACOSTA en su libro *Mi marido me pega lo normal*. En su pág. 81: "Si hay algo que define al agresor es su normalidad...".

sitúa en cualquier sector social y educativo, pueden ser o no bebedores y las patologías mentales que sufren no se dan en porcentaje superior al de la población general. Se han abandonado las asociaciones sistemáticas del maltratador con trastornos de personalidad (sádica, pasivo-agresiva, paranoides, borderline).

1. Rasgos de personalidad frecuentes (17)

- Tienen historia como testigo o víctima de maltratos.
- Son hombres con discrepancia entre su comportamiento público y privado.
- Consideran que el problema no es suyo, trasladan la responsabilidad a factores ajenos (familia, esposa, hijos, problemas económicos).
- No asumen la responsabilidad de sus actos violentos, ni consideran el problema como propio. Racionalizan sus conductas violentas, las justifican y las atribuyen a la responsabilidad de la víctima. Alegan violencia cruzada en la que ambos miembros de la pareja emplean conductas agresivas.
- Se apoyan en valores y definiciones rígidas de la masculinidad y la femineidad con actitudes machistas, sexistas (posesión de la mujer, se considera superior a ella, admite la violencia como necesaria para que la mujer funcione adecuadamente).
- Minimizan, justifican o niegan sus actos violentos, subestimando la vida doméstica y no esperan que su comportamiento violento sea tomado en cuenta ni condenado.

(17) Son enumerados por Carrasco en *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, ed. 2003 (pág. 1456) haciendo referencia a M.L. DOMEN (1995).

- Es habitual la baja autoestima con sentimientos y rasgos de inseguridad y dependencia. La violencia doméstica expresa la insuficiencia o incapacidad de otros ámbitos, laborales por ejemplo en donde se comportan como sumisos, tolerantes, callados.
- Tienen inhibición emocional con racionalización de sentimientos por imposibilidad de expresar sus propios sentimientos.
- Sufren celos infundados, no patológicos, y actitudes posesivas sobre la mujer. Los celos se extienden a que la mujer tenga relaciones con otras personas en un plano de convivencia social estricta lo que le lleva a limitarlas las salidas a la calle o las llamadas telefónicas.

2. Trastornos mentales en el agresor

En muchos casos de violencia doméstica que terminan con la muerte de la víctima y en ocasiones con el suicidio del agresor tienen un soporte psicopatológico, es decir, son la expresión de una enfermedad mental o son la consecuencia directa de la existencia de graves alteraciones mentales.

A) Trastornos de personalidad

Son patrones permanentes de comportamiento que se apartan claramente de lo esperado para ese sujeto según su cultura y se expresan en diversas situaciones personales y sociales afectando a la cognición (conciencia de sí mismo, del entorno), a la afectividad, a la actividad interpersonal y al control de los impulsos. Entre los tipos que con mayor frecuencia se asocian a maltrato caben destacarse:

- Trastorno paranoide de la personalidad: que posee los elementos de desconfianza, rigidez, suspicacia, rencor, sentimientos vengativos, sospecha de los demás, ideas de celos y de sentirse

atacado. Es un trastorno grave y con elevado riesgo de actuar de forma agresiva, calculada y premeditada.

- Trastorno antisocial de la personalidad: se expresa por desprecio y trasgresión de los derechos ajenos, impulsividad, irritabilidad, agresividad, falta de responsabilidad familiar, abandono de obligaciones familiares, carecen de valores como la solidaridad, el humanismo.

- Trastorno límite o borderline de la personalidad: contiene inestabilidad emocional y afectiva, cambios marcados del estado de ánimo, explosiones de ira, enfados, peleas, impulsividad, hetero y autoagresividad. Los conflictos con la pareja son frecuentes y la relación está presidida por comportamientos patológicos de agresividad y violencia.

B) Trastornos depresivos

A veces se asocia auto y heteroagresividad con conductas muy violentas que pueden conducir a la muerte de las personas de su entorno más cercano y posteriormente terminan con el suicidio del enfermo ("homicidio por compasión" o "suicidio ampliado").

C) Otros trastornos mentales

También pueden ser producto de agresiones en la pareja los trastornos adaptativos y otros cuadros psicopatológicos graves (psicosis), aunque lo característico en ellos es la propia enfermedad mental y la agresión lo accidental y ocasional.

3. El alcohol y los malos tratos

El consumo de alcohol se ha asociado tradicionalmente a la violencia doméstica. Aquí hay que diferenciar de un lado la into-

xicación aguda (embriaguez aguda) en la que el alcohol actúa como un desinhibidor de los impulsos agresivos, a veces consumido a propósito para conseguir este efecto, y de otro el alcoholismo (dependencia alcohólica) con sus propias alteraciones comportamentales y neuropsiquiátricas.

A) *Etilismo agudo*

Alteraciones comportamentales.—Se conoce desde antiguo que el alcohol ingerido en dosis excesivas produce trastornos neurológicos, específicamente en el ámbito motor y en el cognitivo. Hay modificaciones comportamentales, cognoscitivas y del estado de ánimo que han sido estudiadas por científicos de distintas áreas. Las manifestaciones de este deterioro agudo están influenciadas por diversos factores ajenos al alcohol entre los que caben mencionarse: motivacionales, situacionales, orgánicos y farmacológicos. Así se explica la variabilidad de la afectación entre distintas personas e incluso las variaciones intraindividuales en situaciones diferentes.

En las modificaciones del comportamiento del etilismo agudo participan las alteraciones del control motor y de las funciones cognitivas. La actividad depresora del etanol sobre el sistema nervioso central afecta a un amplio abanico de funciones neurológicas, una de las más interesadas es el control motor, especialmente en los comportamientos que requieren coordinación motora fina. También se origina una disminución del control cognitivo, del funcionamiento del comportamiento, especialmente en la habilidad para realizar y coordinar múltiples actividades simultáneas. Estas tareas incluyen tanto un componente cognitivo como otro de control motor y se pueden evidenciar mediante determinados tests específicos.

En la intoxicación aguda se pueden describir distintas etapas evolutivas que se van sucediendo a lo largo de la progresiva y creciente impregnación del sujeto:

- La primera fase o etapa se caracteriza por un estado de *EUFORIA*.

El sujeto se muestra locuaz y con buen humor, pierde algunas inhibiciones por lo que se facilitan las relaciones sociales, se siente seguro de sí mismo y capaz de emprender complejas y arriesgadas tareas. En este primer periodo se puede detectar, por medio de pruebas adecuadas, una disminución de la atención para algunas tareas (especialmente las que requieren de atención dividida), la capacidad de juicio para la valoración de los hechos y circunstancias del entorno se encuentra disminuida y el control de algunos impulsos se relaja (hay autores que hablan de "disparo de los impulsos"). Como es fácil deducir, esta euforia alcohólica con desinhibición de impulsos facilita conductas antisociales y delictivas que se concretan en nuestra experiencia en lesiones, amenazas, agresiones sexuales y delitos contra la seguridad del tráfico.

- Una segunda etapa se puede definir como de *EXCITACIÓN*.

Se trata de una situación protagonizada por un deterioro de la esfera psíquica que se acompaña de los trastornos neurológicos de la primera fase, que ahora son más intensos, y también por la aparición de otros nuevos. Se aprecia una gran inestabilidad emocional, el sujeto pasa del buen humor a un estado disfórico con emociones penosas y negros sentimientos que a veces dirige contra personas totalmente desconocidas. Se mantiene e incluso se incrementa la desinhibición de impulsos, que en esta etapa puede afectar a los más primarios. En estas condiciones la capacidad de juicio y valoración crítica del entorno están profundamente alteradas. Va desapareciendo la adecuada comprensión del lenguaje, de los símbolos visuales (p.e. señales de tráfico, indicaciones de agentes policiales) y de las situaciones vivenciales que presencia. Las funciones mnésicas, tanto la memoria de fijación como la de evocación, están muy dificultadas o totalmente anuladas. Este cuadro psicopatológico se manifiesta frecuentemente con conductas agresivas de gran violencia, muchas veces inmotivadas o absurdas, que es lo que ha contribuido a denominar esta fase como de "excitación" y que se sustenta en el deterioro de las capacidades cognitivas.

- La tercera etapa está presidida por la *CONFUSIÓN*.

En este periodo se va profundizando el deterioro neuropsíquico del intoxicado y observaremos desorientación en tiempo y espacio, confusión mental e intensa sensación vertiginosa. Este grado de intoxicación impide la elaboración de un pensamiento de curso normal, generalmente las ideas fluyen lentamente (a lo que se une la lenta y torpe articulación del lenguaje), también el contenido puede ser anormal con ideas sobrevaloradas y persistentes que recuerdan a las de tipo delirante. Se producen estados emocionales exagerados –ya no se trata de una sensación disfórica– ahora siente temor, enfado, tristeza; también se han descrito crisis de pánico en esta fase.

- Una cuarta etapa en la gravedad del alcoholismo agudo viene protagonizada por el *ESTUPOR*.

La situación clínica en este periodo incluye una muy escasa respuesta a los estímulos (incluidos los dolorosos), pérdida de los reflejos defensivos (osteotendinosos, tos), gran apatía e inercia que hace que el sujeto quede como inmóvil en una posición concreta. No puede mantenerse en pie, ni tampoco sentado erguido. La deambulación se hace imposible, generalmente tras realizar unos escasos pasos el sujeto cae al suelo pesadamente. En este estadio el intoxicado ha perdido la capacidad de coordinación motora, el lenguaje es escaso e incomprensible y siempre estimulado desde el entorno, nunca espontáneo. El trastorno de conciencia se va profundizando hasta alcanzar un estado estuporoso pasando por una situación intermedia de sueño profundo.

- El último tramo de esta evolución progresivamente más grave de la intoxicación etílica es la etapa de *COMA*.

En esta situación se observa al paciente completamente inconsciente, sin respuesta alguna a los estímulos externos, aún los dolorosos más intensos. La mayor parte de los reflejos se encuentran abolidos y se mantiene la incontinencia de esfínteres.

B) Dependencia alcohólica. Etilismo crónico

Se entiende por etilismo crónico el cuadro clínico que presentan los individuos que consumen bebidas alcohólicas de forma continua y abusiva. No entramos a considerar en este concepto genérico los aspectos de dependencia alcohólica, que sería el equivalente del tradicional alcoholismo crónico, ni tampoco los del abuso alcohólico que podría asimilarse al inicio de la cronicidad.

La entidad clínica del etilismo crónico puede ser estudiada desde una doble perspectiva, de un lado existen manifestaciones psicopatológicas y de otro severas anomalías somáticas. El estudio separado de los aspectos mentales y orgánicos sólo obedece a la necesidad de una exposición clara y ordenada, no siendo preciso insistir aquí que ambos cuadros se complementan fisiopatológicamente y son causa-efecto de muchos de los fenómenos que se presentan en esta grave enfermedad.

Interesa en el campo médico-legal delimitar cuidadosamente las anomalías mentales, que asociadas al alcohol, afecten a la imputabilidad penal o a la capacidad civil precisa en los negocios jurídicos. Pero también, por otro lado, se observará que muchos de los criterios impuestos para el diagnóstico de estos trastornos psíquicos hacen referencia a la incidencia familiar y laboral y ello se explica por la desadaptación que en estas áreas sufre el alcohólico y que a veces obliga a la intervención de los juzgados de familia o de lo social.

C) Trastornos por consumo de alcohol

a) Dependencia del alcohol

El diagnóstico de dependencia exige el cumplimiento de unos criterios que se aplican de forma general a todas las sustancias susceptibles de provocar este fenómeno. Se define la dependencia como una forma de consumo que asocia un deterioro o un malestar clínicamente significativos, es decir, que desde la exploración

clínica se puede objetivar el deterioro psico-físico y/o las alteraciones que subyacen a ese malestar. Requiere además que se cumplan algunas condiciones que nos permitan relacionar el deterioro/malestar con el consumo del alcohol y que el DSM-IV-TR concreta en la expresión de tres o más items de los que seguidamente exponemos:

- Tolerancia.
- Abstinencia.
- El alcohol se consume en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo del alcohol.
- Se emplea mucho tiempo en actividades dirigidas a la obtención de la sustancia, en su consumo o en la recuperación de los efectos que produce.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
- Se continúa el consumo a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos y físicos, recidivantes o persistentes, que se asocian a dicho consumo.

Estos supuestos, que han de cumplirse en número de tres o más, se mantendrán durante un tiempo prolongado, al menos en un periodo continuado de 12 meses.

Hay que entender por *tolerancia* el fenómeno por el cual el sujeto precisa incrementar la dosis de la sustancia, de forma progresiva y a lo largo del tiempo, para mantener los efectos deseados. Si mantuviera la misma dosis de sustancia los efectos se atenuarían de forma progresiva hasta llegar a no ser percibidos. Es

necesario diferenciar la tolerancia de otro fenómeno diverso que es la susceptibilidad individual, ésta se encuentra relacionada con la capacidad metabólica, que viene determinada por la dotación genética, y por otros factores individuales (patología previa, estados fisiológicos, etc.). Mientras que la tolerancia está relacionada con la sustancia y la habitualidad de su consumo, la susceptibilidad individual se encuentra íntimamente unida a las características individuales del sujeto.

La *abstinencia* viene expresada como un cuadro clínico, fácil de objetivar y específico para cada sustancia a la que el sujeto es dependiente, que se produce por la interrupción o drástica disminución del consumo crónico. El cuadro de abstinencia desaparece con una nueva dosis de la sustancia, generalmente se consume ante los primeros síntomas de deprivación. En algunos casos, ante la dificultad para consumir la sustancia, se utilizan sustitutos de acción similar o que atenúen la disforia (ansiolíticos, tranquilizantes, etc.). La abstinencia de alcohol requiere para su diagnóstico el cumplimiento de unos criterios y condiciones:

- Interrupción o severa disminución del consumo de alcohol en un sujeto con consumo prolongado y en grandes cantidades.
- Tras cumplirse la anterior condición aparecen en horas o días dos o más de los siguientes síntomas:
 - Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración).
 - Temblor distal de las manos.
 - Insomnio.
 - Náuseas, vómitos.
 - Alucinaciones visuales, táctiles, auditivas o ilusiones.

- Agitación psicomotora.
- Ansiedad.
- Crisis comiciales de gran mal (c. epilépticas).
- Los síntomas provocan un malestar significativo o un deterioro de la actividad social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- Los síntomas no se deben a otra enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Los llamados tradicionalmente alcohólicos crónicos cumplen los criterios que quedan expuestos para la dependencia alcohólica. Frente a la dependencia se opone otro trastorno por consumo de alcohol que denominamos "abuso de alcohol", se trata de un grado menor de pérdida de libertad frente al alcohol si lo comparamos con los dependientes.

b) Abuso de alcohol

Entendemos por abuso de alcohol aquél patrón de consumo similar a la dependencia pero en el que faltan la tolerancia, la abstinencia y el comportamiento compulsivo relacionado con la bebida. Los criterios delimitadores de este trastorno son:

- Patrón de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos que se expresa por uno o más de los items siguientes en un periodo de 12 meses:
- Consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de obligaciones laborales u ocupacionales en general.

- Consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil, manipular maquinaria peligrosa).
- Existencia de problemas legales repetidos relacionados con el consumo de alcohol (conducir bajo los efectos del etanol, agresiones...).
- Consumo continuado a pesar de tener problemas sociales e interpersonales que están causados o exacerbados por el alcohol.

La transformación evolutiva de la situación de abuso a la situación de dependencia es lentamente progresiva y en algunos casos es difícil establecer el límite entre ambas. Lo que las diferencia es una cierta capacidad de control en el consumo aunque la sintomatología, tanto física como psíquica puede ser muy similar.

La lenta evolución con progresiva adaptación en las primeras fases a los efectos del alcohol en la esfera psíquica y física hace que el diagnóstico de abuso o dependencia se retrase bastante en el tiempo, de forma que muchos de estos enfermos aparentemente no tienen desadaptación socio-laboral, que tan sólo se detectará en una entrevista cuidadosa y dirigida a detectar el problema. En las primeras fases en que se consolida el abuso de alcohol se encuentran algunas "crisis" familiares o laborales que conducen al bebedor a ponerse en manos de algún médico para "tratarse", aunque generalmente con escaso convencimiento por lo que vuelve al consumo mantenido.

Desde la situación de abuso se manifiestan algunas alteraciones físicas que van tomando mayor consistencia y frecuencia según evoluciona la cronicidad del consumo. El bebedor abusivo experimenta trastornos digestivos (náuseas, vómitos, pirosis, dolor epigástrico, hipersalivación, heces blandas, despeños diarreicos, etc.) y en poco tiempo los relaciona con el consumo de alcohol, esto en ocasiones le preocupa hasta el punto de intentar moderar el consumo alcohólico. Progresivamente, durante cierto tiempo, el organismo tiende a adaptarse al alcohol y en este

periodo disminuyen las molestias digestivas para volver a intensificarse si se continúa con el mismo régimen de ingesta. Con el tiempo se establece el cuadro clínico pluriorgánico del etilismo crónico.

En el campo psíquico se comienza con sutiles trastornos que se expresan por alteraciones bruscas del humor, estado de ánimo depresivo y con sensación de culpabilidad, irritabilidad e intolerancia. Con el paso del tiempo el cuadro psicopatológico se afianza e intensifica. Estos alcohólicos se hacen especialmente sensibles e intolerantes con las críticas que se refieren a su consumo de alcohol y reaccionan de forma exagerada, a veces violenta, si la crítica procede de las personas más cercanas (esposa, hijos, padres), así se inicia un serio deterioro de las relaciones de pareja o familiares.

Tal vez el punto de inflexión en el cuadro psicopatológico se aprecia con la aparición de los trastornos en la memoria que pueden asociarse con disfunción de la concentración y atención. La aparición de la amnesia inducida por el alcohol lleva en muchos casos a una situación de irreversibilidad a pesar de mantener la abstinencia durante meses y cabe situarla dentro de un cuadro más amplio de tipo demencial. El trastorno amnésico persistente por etanol se manifiesta por (DSM-IV-TR):

- Déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y presenta una merma importante del nivel previo de actividad.
- La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia al alcohol.
- Demostración de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes del alcohol y

ello se llevará a efecto mediante la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio.

c) Trastornos inducidos por el alcohol

Dentro de los trastornos inducidos por el alcohol se pueden diferenciar las siguientes entidades nosológicas incluidas en DSM-IV-TR:

- Intoxicación por alcohol.
- Abstinencia de alcohol.
- Delirium por intoxicación de alcohol.
- Delirium por abstinencia de alcohol.
- Demencia persistente inducida por el alcohol.
- Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol.
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes.
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol.
- Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol.
- Trastorno sexual inducido por el alcohol.
- Trastorno del sueño inducido por el alcohol.
- Otros trastornos inducidos por el alcohol.

d) *Patología orgánica asociada al alcohol*

La patología orgánica asociada al alcohol es muy diversa, aquí exponemos algunos cuadros neuropsiquiátricos que pueden tener interés por sus comportamientos agresivos:

Cuadros demenciales: los enfermos que sufren etilismo crónico pueden alcanzar un cuadro neuro-psiquiátrico de demencia que viene caracterizado por déficits cognoscitivos múltiples que conllevan un trastorno de la memoria. Básicamente se diferencia la demencia del delirium en que en éste la alteración cognoscitiva se desarrolla en un breve periodo de tiempo, a su vez, el trastorno amnésico aislado no cursa con deterioros cognitivos significativos y ello lo distingue de la demencia.

Encefalopatía de Gayet-Wernicke: la encefalopatía descrita por Wernicke es un trastorno neurológico complejo que tiene su origen en un déficit de vitamina B1 (tiamina). Esta enfermedad no es exclusivamente producida por el alcohol, existen pacientes con déficit de tiamina por otras causas (desnutrición, vómitos mantenidos, etc.), si bien el alcoholismo es un elemento facilitador en la medida que se asocia a la malnutrición y por tanto a un déficit de vitamina B1. Se caracteriza porque el sujeto padece ataxia troncal (se manifiesta en la marcha), confusión mental y oftalmoplejia. La alteración de la movilidad ocular se debe a la paresia que afecta a los músculos rectos externos, por lo general no hay alteraciones palpebrales y es infrecuente la ptosis, también se puede observar un nistagmo horizontal asociado. La confusión mental se expresa por un nivel de conciencia generalmente disminuido, aunque con variaciones ostensibles, desorientación marcada y falta de concentración.

Síndrome amnésico de Korsakoff: se trata de un conjunto de alteraciones neurológicas siendo primordial la afectación de la memoria. Componen este cuadro además de la amnesia, la polineuritis y los trastornos psicóticos. En 1889 S. Korsakoff describió en un conjunto de pacientes de los que el 50% eran alcohólicos y todos tenían trastornos nutritivos, un trastorno de la memoria de los hechos recientes con fabulación y falsos reconocimientos,

no se asociaba amnesia de hechos antiguos ni demencia. El trastorno de la memoria anterógrada es lo característico, el paciente es incapaz de repetir una serie de 5 números o 3 nombres que se le han expuesto 5 minutos antes, tampoco es capaz de resumir un texto que acaba de leer, no se acuerda de lo que ha hecho hace unos instantes o pocos días antes. Ignoran totalmente su pasado reciente, habiendo perdido toda referencia por lo que se encuentran desorientados en el tiempo y en el espacio. El enfermo rellena su amnesia fabulando y puede constituir una especie de delirio de imaginación. Llama la atención que ciertas funciones superiores estén inalteradas, siempre que no precisen de la memoria reciente, así ocurre con la capacidad de cálculo, razonamiento, juicio y capacidad de abstracción. Estos pacientes muestran una actitud de apatía, están indiferentes ante lo que sucede a su alrededor.

Encefalopatía de Marchiafava-Bignami: aparece en alcohólicos inveterados y el diagnóstico no es sencillo por lo inespecífico de su clínica. El cuadro clínico es difícil de sistematizar, se encuentran desde signos propios de una demencia progresiva pasando por un estado confusional y estuporoso hasta una situación comatosa de instalación rápida. Esta enfermedad parece tener su mayor prevalencia en alcohólicos crónicos con severas deficiencias nutricionales y en los que padecen de cirrosis hepática.

Encefalopatía hepática: la encefalopatía hepática puede incluirse dentro de los cuadros demenciales ya que comparte con ellos los trastornos de tipo cognitivo. Se trata de una encefalopatía metabólica que puede observarse en el transcurso de afecciones hepáticas agudas (hepatitis virales) o crónicas (cirrosis hepática alcohólica). La encefalopatía de la cirrosis se presenta a causa de un factor desencadenante, así es frecuente tras hemorragia de varices esofágicas, trastornos hidroelectrolíticos severos o por la administración de sustancias neurodepresoras (opiáceos, barbitúricos, benzodiazepinas). En el curso evolutivo de una cirrosis alcohólica, la encefalopatía puede aparecer en estadios terminales del paciente o en forma de brotes que regresan pero recidivan.

Cuadros delirantes - Deprivación alcohólica - Delirium Tremens: los cuadros delirantes aparecen en individuos que padecen

consumo crónico de alcohol y son precipitados por abstinencia o disminución drástica de la ingesta enólica, bien de forma voluntaria o a consecuencia de algún proceso interrecurrente (traumatismo, intervención quirúrgica, infección severa) que obliga a su ingreso hospitalario.

Alejado de los delirios agudos, cabe mencionar aquí una entidad psicopatológica que se conoce vulgarmente por *delirio de celos (celotipia)* que tiene una forma de presentación crónica y se centra en los celos de pareja. Se da generalmente en los varones y su frecuencia es elevada, según J.J. CARRASCO la sufren el 80% de los que tienen abuso y dependencia del alcohol. Hay casos en los que las ideas de celos no están estructuradas pero en otros se instaura un verdadero delirio de celos sistematizado que puede ir paralelo a los trastornos de tipo sexual que padece el alcohólico crónico. Movidos por su celotipia, los alcohólicos ejecutan actos violentos sobre personas y parientes cercanos (hijos, padres, cuñados) que son generalmente los supuestos amantes de su pareja. Estas ideas estructuradas son persistentes en el tiempo, incluso se mantienen cuando se ha abandonado el consumo de bebidas alcohólicas.

4. *El tratamiento médico del agresor*

En los supuestos de enfermedad psico-orgánica del agresor su tratamiento médico se impone de forma independiente, aunque coordinadamente en su caso, con las medidas penales que deba sufrir (18). El fenómeno de la violencia en la pareja y su erradicación precisa de la atención primordial a la víctima pero sin olvidar la del agresor cuando éste aqueja un padecimiento médico que haya de ser tratado. El interés por el tratamiento del maltratador es acogido por actuales penalistas que se pronuncian de forma expresa y favorable admitiendo que el maltrato a la mujer "no es mínimamente resoluble sólo con intervenciones penales, ni siquiera con

(18) En algunos supuestos puede tener aplicación las medidas de seguridad privativas de libertad recogidas en el art. 96 CP.

las más drásticas que quepa pensar", así se expresa Joaquín CUELLO CONTRERAS catedrático de Derecho Penal de la Uex (19).

De forma general, la solución de la violencia doméstica en cada caso concreto necesita una valoración conjunta y multidisciplinar del problema en donde jueces, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., unan sus esfuerzos. Pero considero que hay que huir de la tendencia actual de disculpar a los sujetos de sus responsabilidades y cargar toda la culpa en el entorno (vivencias traumáticas, situación socio-económica, medios de comunicación, etc.). Como en el caso de Torben de la novela de Henrik Stangerup, titulada *El hombre que quería ser culpable*, los hombres precisan que se reconozca su culpabilidad y se les castigue ya que es la única forma de poder considerarse a sí mismo como un ser libre; tratarlos sistemáticamente como enfermos, cuando no padecen anomalías, es una forma social de eliminarlos para siempre. Como acertadamente dice FERNANDO SAVATER (20) "La sociedad medicalizada y paternalista ofrece convertir en adicción o trastorno inducido cualquier transgresión de las normas vigentes: la higiene y la clínica sustituyen a la ética".

IV. BIBLIOGRAFÍA

ALHAMBRA PÉREZ, M.P., y SEGURA ABAD, L.J. *El alcohol: cuestiones jurídico-médicas*. Ed. Comares. 2001.

CARRASCO GÓMEZ, J.J., y MAZA MARTÍN, J.M. *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. Ed. La Ley-Actualidad. 2003.

DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. 2002.

El maltrato familiar en el Derecho comparado. Ministerio de Justicia (CEJAJ) y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer). I-2001.

(19) Artículo publicado en apartado opinión, *Hoy, Tribuna Extremeña* el 6 de noviembre de 2003.

(20) Fernando SAVATER. *El valor de elegir*, pág. 74. Ed. Ariel. 2003.

- FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, E. "Aspectos médico-legales de la violencia doméstica". En *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*. Ministerio de Justicia (CEJAJ) y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer). 2002.
- LORENTE ACOSTA, M. *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer realidades y mitos*. Ed. Ares y Mares. 2001.
- MEDINA, J.J. *Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España*. Ed. Tirant lo Blanch. 2002.
- MORILLAS CUEVA, L. *Estudios penales sobre violencia doméstica*. Editoriales de Derecho Reunidas. 2002.
- NÚÑEZ CASTAÑO, E. *Delitos de malos tratos en el ámbito familiar. Aspectos fundamentales de la tipicidad*. 2002.
- ROJAS MARCOS, L. *Las semillas de la violencia*. Ed. Espasa Calpe. 1995.
- SAVATER, F. *El valor de elegir*. Ed. Ariel. 2003.
- VILLAVICENCIO CARRILLO, P. y SEBASTIÁN HERRANZ, J. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999.
- Violencia en el ámbito familiar. Violencia doméstica*. Ministerio de Justicia (CEJAJ) y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer). II-2001.
- Violencia física y psíquica en el ámbito familiar. Apuntes para una reforma. La violencia en el ámbito familiar: aspectos jurídicos y médico-periciales*. Ministerio de Justicia (CEJAJ) y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer). I-1998-1999.