



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **QUIERO VIVIR. UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Paloma Almagro García

[paloma.almagro@hotmail.com](mailto:paloma.almagro@hotmail.com)

### **RESUMEN**

#### **Descripción de la paciente**

Mujer, 52 años, derivada por MAP en seguimiento en Centro de Salud Mental desde hace un año y medio aproximadamente.

#### **Motivo de consulta**

Inició tratamiento por sentirse incapaz de abandonar una relación conflictiva con su marido por maltrato. "Me da pena que esté solo", "Me siento muy culpable", "Me dice que va a cambiar".

#### **Antecedentes**

Conductas de maltrato tanto físico como psicológico por parte de su marido desde hace años, amenazas con un arma, intentos de separación en repetidas ocasiones con posterior arrepentimiento. Actualmente divorciada con orden de alejamiento, vive con su hijo, presenta sintomatología depresiva.

#### **Exploración de funciones psíquicas**

Hipotimia, pensamientos de inutilidad, tristeza, anhedonia, llanto frecuente, preocupación por sus hijos y crisis de ansiedad.

#### **Test y pruebas realizadas**

Se objetiva sintomatología depresiva (BDI) y ansiosa (STAI).

#### **Diagnóstico definitivo**

CIE-10: Trastorno de adaptación. Reacción mixta de ansiedad y depresión.

#### **Tratamiento, terapias aplicadas**

Psicoterapia individual cognitivo-conductual y terapia grupal con Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales. Psicoeducación sobre ansiedad y depresión, solución de problemas, técnicas de reducción de la activación, plan de actividades y objetivos específicos, discusión de ideas distorsionadas sobre sentimientos de culpabilidad e idealización del maltratador, motivación para el cambio, refuerzo de los éxitos conseguidos, mindfulness, biblioterapia.

## **BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?**

### **Evolución**

Favorable. A pesar de persistir en la actualidad la sintomatología depresiva se ha conseguido la separación definitiva de su marido y la paciente reconoce los logros conseguidos. Actualmente se realiza seguimiento semanal grupal e individual cada dos meses.

## **QUIERO VIVIR. UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

### **Introducción**

C., mujer de 52 años, acude a psicología de la Unidad de Salud Mental desde el 30 de abril de 2015. Derivada por su Médico de Atención Primaria (MAP) por presentar una situación familiar compleja con planteamiento de separación de pareja habitual. Presenta alteración del estado de ánimo por difícil relación del marido con los hijos y con ella misma. Sintomatología ansioso-depresiva, por lo que solicita valoración por parte de psicología.

### **Breve historia clínica**

Sólo se incluirán los datos relevantes para el caso. Evitar cualquier dato personal que pueda permitir la identificación del paciente.

En la primera consulta en abril de 2015 C. comenta haber recibido atención psicológica hace unos 6 años por un miedo a escribir delante de la gente. Desde entonces dice no haber recibido atención psicológica, actualmente la deriva el Médico de Atención Primaria (MAP).

En tratamiento farmacológico por MAP y Psiquiatría con la prescripción de Enalapril 20 mg, Escitalopram 15 mg, Noctamid 2mg, Pristiq 50mg y Diazepam 5 mg.

A la vez que acude a la Unidad de Salud Mental está en seguimiento con la Unidad de Trabajo Social, en la cual realizan con ella entrevistas frecuentes, apoyo psicosocial, movilización de recursos, coordinación interdisciplinar con los diferentes profesionales y gestión del maltrato psíquico.

### Motivo de consulta

C. se encuentra desde hace casi un mes separada de su marido por repetidos encuentros con agresiones por parte de él ("Me ha cogido 4 o 5 veces por el cuello"). Reconoce haber sufrido maltrato tanto físico como psicológico, llegando incluso a agredir a sus hijos por intervenir en las peleas. Estos encuentros violentos se producen aproximadamente cada tres meses en ocasiones en las que su marido interpreta que se le lleva la contraria o que se opina de manera diferente a él. Estos ataques incluyen amenazas ("voy a coger la escopeta") e insultos ("eres una puta").

Comenta querer separarse pero se encuentra perdida y no sabe cómo va a ser la reacción de él ("No quiero denunciar para que él no salga perjudicado"). No se ve preparada para iniciar trámites de separación ("Llevo tal tiempo con él que no sé cómo afrontar mi vida"). Él reconoce maltrato pero la culpa a ella y justifica su comportamiento.

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

### Antecedentes personales

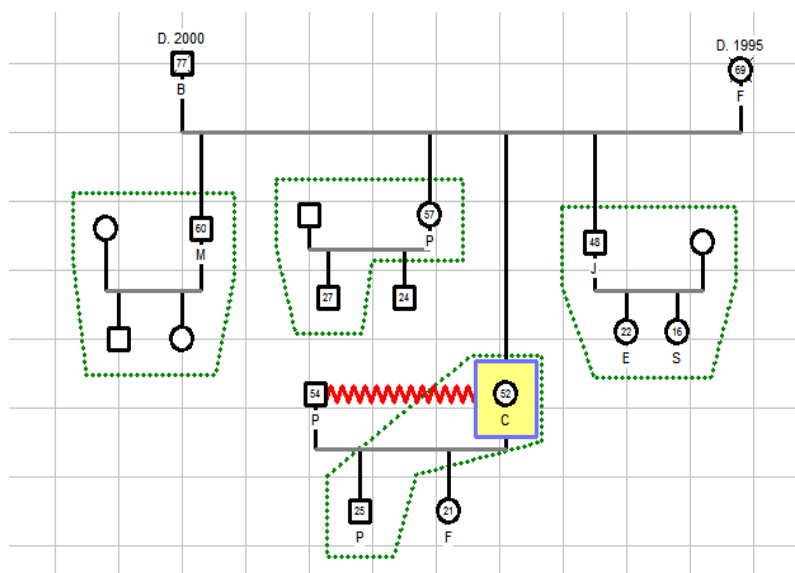
C. estudió grado medio de auxiliar de enfermería y actualmente trabaja por la mañana en la limpieza y por la tarde en una pizzería ("Me siento bien cuando estoy trabajando porque me siento útil").

La paciente tiene un hijo de 25 años que convive con ella y una hija de 21 años que reside en Valencia, ambos están realizando estudios universitarios. Los dos hermanos son fruto de la relación anterior con su exmarido. A pesar de tener ciertos conflictos, la dinámica con sus hijos es buena y se apoyan entre los tres.

C. llevaba con su pareja 36 años, de los cuales 10 estuvieron de novios y 26 años casados. Comenta que su hermano mayor es gerente de una empresa, en la cual trabajaba su marido (54 años) pero fue despedido por un Expediente de Regulación de Empleo (ERE). Posteriormente C. y su marido se hicieron cargo de un restaurante hasta hace unos meses, desde entonces él se encuentra en paro. Refiere que tienen deudas de 20.000€ y que él en ocasiones consume marihuana. En el momento en que acude a consulta ella convive con sus hijos y él en otra casa que tienen, desde hace un mes.

### Antecedentes familiares

Según refiere en la primera consulta C. es la tercera de cuatro hermanos, de los cuales son dos hermanos y dos hermanas. Tiene una relación estrecha con su hermano mayor, el cual define como "mi padre y mi madre juntos". Su madre falleció a los 69 años, hace 21 años, por un mieloma múltiple y su padre a los 77, hace 17 años, a causa de un infarto. Refiere que su padre era alcohólico, pero siempre fue respetuoso con su madre, y que la pérdida de su madre fue un acontecimiento realmente duro pues estaban muy unidos a ella. Los cuatro hermanos tienen buena relación y todos viven por la provincia de Alicante con sus respectivas familias. A continuación se presenta el genograma familiar:



## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

### Enfermedad actual

Además del motivo de consulta, C. presenta algunos problemas médicos como artritis, tendinitis y hernias discales, las cuales en ocasiones le producen molestias.

### Exploración funciones psíquicas

En las sucesivas entrevistas se observa una tendencia a la culpabilidad y al locus de control interno de los comportamientos de su marido ("A veces pienso que soy egoísta y que solo pienso por mí"). Refiere tristeza, hipotimia, irritabilidad, anhedonia, astenia marcada, "sensación de estar haciendo algo malo", fracaso en la vida, preocupación y decepción para sus hijos, llanto frecuente, pensamientos de inutilidad y síntomas de ansiedad como taquicardia, mareo, insomnio que se calma con la medicación e ingesta nocturna de alimentos que asocia con la ansiedad.

### **Informe del laboratorio, test y pruebas realizadas**

C. refiere malos tratos psicológicos y ocasionalmente físicos por parte de su pareja desde el inicio de la relación hace 36 años aproximadamente. Lo describe como autoritario, irritable, posesivo, celoso e impredecible y que la culpa de sus defectos o acciones. Relata comportamientos de humillación y degradantes hacia ella con insultos y estallidos de ira ("Me dio una patada antes de la boda por no querer tener relaciones sexuales", "Me ha cogido varias veces por el cuello", "Siempre he vivido a lo que él ha querido", "No podía salir con mis hermanos a cenar", "Se enfadó una vez porque me fui a comprar género a Valencia con mi jefe", "Me pegó", "Cada vez que nos enfadamos me saca que me fui con él a fornicar", "Ofende a mi familia", "Si contesto me pega empujones", "Me ha dicho muchas veces que no he sido una buena esposa ni madre y que le he hecho un desgraciado", "Que yo le saco lo peor de sí mismo", "No he conocido la libertad, no sé si eso es posible en una relación de pareja").

Se le aplican la escala Beck Depression Inventory (BDI, Beck), en la que obtiene una puntuación de 31, calificada como "Depresión grave"; y la escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger), obteniendo una puntuación de 50 en Ansiedad-Estado, y una puntuación de 42 en Ansiedad-Estado, lo que equivale a los percentiles 97 y 99, respectivamente.

### **Diagnósticos diferenciales: teniendo en cuenta todos los datos anteriores plantear los posibles diagnósticos diferenciales**

En este caso podrían surgir dudas entre diagnosticar un Trastorno de Ansiedad o un Trastorno del Estado de Ánimo, pero puesto que hay un acontecimiento vital estresante incidiendo durante un tiempo no excesivo, se puede deducir que no se trata de ninguno de ellos. Estos síntomas están asociados al estresor y se consideran reactivos a él.

### **Diagnóstico definitivo**

CIE-10

### F43.2 Trastornos de adaptación

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

Pautas para el diagnóstico

- A. La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- B. Los antecedentes y la personalidad.
- C. El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye:

"Shock cultural".

Reacciones de duelo.

Hospitalismo en niños.

Excluye:

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

### F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión

Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

### TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

- Reestructuración cognitiva: discusión de ideas irracionales relacionadas con la culpa, la autoexigencia, la soledad, el control y el dominio.

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

- Recursos de afrontamiento adaptativo: actividades agradables, apoyo social y familiar, apoyo económico por parte de sus hermanos, ejercicio físico, planteamos objetivos.
- Proceso de elaboración de pérdida de pareja: normalizar malestar emocional por proceso de duelo. Dificultad en el proceso de duelo por sentimientos de culpabilidad, manejo de locus de control interno y de responsabilidad sobre lo ocurrido.
- Filmografía: "Te doy mis ojos", "Amores que matan", "Del revés".
- Biblioterapia: "Todo un viaje", Silvia Abascal; "La princesa que creía en los cuentos de hadas", Marcia Grad; "Abuso verbal", Patricia Evans; "El camino de las lágrimas", Jorge Bucay.
- Contacto telefónico y citas forzadas en ocasiones urgentes.
- Tratamiento psicológico individual aplicado en "Centro de la mujer 24 horas" de Alicante.
- Terapia grupal "Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales" (David Barlow), el cual incluye los siguientes módulos en sesiones semanales de 2 horas:

1. Naturaleza de los trastornos emocionales
2. Motivación para el cambio
3. Comprendiendo las experiencias emocionales
4. Aceptando las experiencias emocionales
5. Practicando la aceptación
6. Comprendiendo el papel de la valoración cognitiva en las experiencias emocionales tomando perspectiva y practicando la flexibilidad cognitiva.
7. La evitación emocional
8. Conductas impulsadas/dirigidas por emociones
9. Tomando conciencia, tolerando y aprendiendo a afrontar las sensaciones físicas
10. Atreviéndose: afrontando las emociones en las situaciones en las que ocurren
11. Prevención de recaídas

### **Evolución**

A lo largo de todo el tratamiento se han producido cambios tanto en la dirección de volver a convivir con su marido, como en la dirección opuesta. En el primer caso, este intento tan solo duró una semana puesto que volvieron a repetirse episodios de maltrato. Por lo tanto, lo que ha prevalecido ha sido un esfuerzo personal por lograr la independencia emocional y la autonomía propia. A lo largo de la terapia se puso en contacto con una abogada, para que la asesorara sobre los trámites de la separación. Con todo ello, formalizó el divorcio en abril de 2016. Entre medias y tras una amenaza de muerte, C. presentó una denuncia con la consiguiente orden de alejamiento de 1 año y 32 días de servicios a la comunidad.

En abril, debido a la cantidad de estrés que estaba soportando y a un empeoramiento de los dolores por artritis psoriásica su reumatólogo le concedió la ILT (Incapacidad Laboral Temporal),

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

con lo que tuvo un retroceso en la mejoría. En ocasiones verbaliza frases como "Me siento muy culpable" o "Me da pena que esté solo".

En las sesiones a menudo refería inestabilidad emocional, pero según iba evolucionando se observaba un cambio en el contenido de sus verbalizaciones. Fue reduciendo los psicofármacos, hasta únicamente tomar Diazepam en ocasiones puntuales. Comenzó a realizar actividades agradables con amigos y sus hijos le mostraban cada vez más su apoyo ("Desde que estoy mejor, nos llevamos mejor mis hijos y yo", "Creo que he dado un gran paso y le he dado un buen ejemplo a mis hijos", "No tengo que mirar por nadie, tengo que mirar por mí").

### **Actualización sobre el tema: breve explicación de la evidencia científica actual sobre el tema tratado en el caso**

El abordaje de la violencia de género consiste en la coordinación multidisciplinar de distintos profesionales para proveer a la víctima de una red de apoyo institucional.

Los estudios evalúan la adecuación de sistemas de detección precoz o cribado, así como la mejor manera de llevarlos a cabo. Determinan la mejor repuesta profesional en caso de cribado positivo, así como la mejor actuación para asegurar la vida de la mujer y evitar, en la medida de lo posible, nuevas agresiones.

Algunos de los tratamientos o programas que se utilizan actualmente son:

-Tratamiento dirigido a las secuelas psicológicas: Programa dirigido a las secuelas padecidas por las mujeres que sufren violencia machista (TPET, trastornos adaptativos...). Los estudios coinciden en que la terapia cognitivo conductual (TCC) constituye el abordaje más indicado. En el caso del TPET, la TCC es considerada como tratamiento de elección (Foa, Friedman y Keane, 2000; Foa y Meadows, 1997; NICE, 2005). En estos se utilizan técnicas de exposición para tratar los síntomas positivos (flashbacks, pesadillas, respuestas exageradas de terror). El programa de "exposición prolongada" de Edna Foa y Barbara Rothbaum (1998) es el más avalado por estudios empíricos. Sin embargo la técnica de exposición se realiza en pocas ocasiones y, si se lleva a cabo, puede que se piense y relate el trauma o experiencias traumáticas emocionalmente "despegadas" de la experiencia. En este sentido la realidad virtual (RV) puede ayudar a superar algunas limitaciones. La herramienta puede ayudar al relato y superación del maltrato. (Baños, Botella, Alcañiz, Guillén, García-Palacios y Quero, 2010).

Otros modelos y programas de intervención psicológica son:

- Programa terapéutico de Echeburúa y Corral (1998).
- Modelo terapéutico Survivor Therapy Empowerment Program.
- Modelo de Dutton-Douglas (1992).
- Modelo de Weeb (1992).
- Programa de intervención de Villavicencio (2000).
- Modelo de Lundy y Grossman (2001).
- Modelo centrado en la comprensión de la violencia de género como vivencia traumática incorporando perspectiva de género (Escudero et al., 2005a, b).

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

-Intervención en Salud Mental: el modelo RADAR.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Historial clínico de la paciente.
2. Garriga Puerto, A., Martín García-Sancho, J. C. (2010). *Guía Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia Consejería de Sanidad y Consumo.

### ENLACES DE INTERÉS

Web del ministerio sobre la violencia de género:

<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/>

Información y testimonios de mujeres maltratadas:

<http://infomaltrato.com/index.php>

Web de la Comunidad Valenciana contra la violencia de género:

<http://www.sinmaltrato.gva.es/>

Recopilatorio de conocimiento sobre violencia de género:

<http://observatorioviolencia.org/>

### PREGUNTAS

1. La intervención en mujeres víctimas de violencia de género debe basarse en una perspectiva:
  - a) Biosocial.
  - b) Social.
  - c) Psicosocial.
  - d) Biopsicosocial.
  
2. Los estudios coinciden en que el abordaje más indicado para el abordaje de las secuelas psicológicas es:
  - a) La terapia cognitivo conductual.
  - b) La terapia cognitiva.
  - c) La exposición prolongada.
  - d) La realidad virtual.