



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

Cristina Alonso Vilar, Inmaculada Sangiao Novio.

crisalonsovilar@hotmail.com

RESUMEN

El maltrato psicológico se trata de una violencia invisible, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático y con el fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. En este trabajo se presenta el caso clínico de una mujer de 58 años que acude a consulta de Psicología Clínica en un Centro de Orientación Familiar por presentar clínica ansiosa-depresiva y dudas respecto al proceso de separación en el que se encuentra inmersa. Diagnosticada de trastorno de estrés postraumático y problemas de pareja. Se realiza un abordaje terapéutico a través de la revisión de su historia de pareja recogiendo todas las conductas de maltrato, realizando un ajuste a la realidad, abordaje de la culpa, explicándole el círculo de la violencia psicológica y logrando la desvinculación emocional del maltratador, así como fomentando tareas de autocuidado y modificación de la percepción negativa sobre sí misma. Es importante la detección y el abordaje adecuado de este tipo de violencia ya que muchas mujeres lo informan como potencialmente más traumático que la violencia física.

INTRODUCCIÓN

El maltrato psicológico es una violencia invisible que puede entenderse como cualquier conducta, física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático y con el fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Hasta muy recientemente el maltrato psicológico ha recibido escasa atención en los estudios de maltrato de pareja debido al descuido por el sistema de justicia penal, por su papel en las secuelas de las víctimas y por la creencia de que el maltrato físico generaba más daño. Sin embargo, el maltrato psicológico se produce con frecuencia en las relaciones de maltrato físico, predice la aparición en el tiempo de abuso físico, implica aspectos potencialmente traumáticos tales como las amenazas de homicidio y muchas mujeres lo informan como emocionalmente más perjudicial que el maltrato físico. El maltrato psicológico puede ser inherente a la violencia física, anteceder a la misma, o bien se puede dar con independencia de estas agresiones.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años, con dos hijos y en proceso de separación. Actualmente convive con uno de sus hijos. Trabaja como funcionaria. Nivel sociocultural alto así como alta capacidad introspectiva.

Motivo de consulta

Acude a primera consulta de Psicología Clínica en el Centro de Orientación Familiar por presentar clínica ansiosa-depresiva y dudas respecto al proceso de separación en el que se encuentra inmersa.

Antecedentes personales

Se trata de una mujer con una infancia sin apoyo emocional y afectivo, con mala relación con su madre y distanciada de sus hermanos. No consta historia psiquiátrica previa de ingresos hospitalarios psiquiátricos ni seguimientos en unidades de salud mental.

Su pareja (en proceso de separación) fue su primer novio con el que mantuvo una relación de 6 meses a los 19 años, abandonándola por estar enamorado de otra mujer provocando gran sufrimiento por parte de la paciente. Durante este noviazgo, ya existía desprecio y otras conductas de desvalorización. La paciente continúa durante años con otras relaciones sin éxito afectivo. Trece años después se vuelve a encontrar por casualidad con su pareja y retoman la relación (su pareja había finalizado la relación de pareja por la cual había abandonado a la paciente durante el primer noviazgo). Comienzan a convivir juntos y la paciente plantea su deseo de tener un hijo tomando la decisión mutuamente (embarazo que su pareja le reprochará más adelante). Se establece en su relación de pareja una relación de desigualdad donde ella no cree merecerlo; además su pareja tiene éxito social, profesional y político; controla su ropa, sus relaciones...salen con amigos de él a los que les va transmitiendo información de ella que hace que nunca lleguen a aceptarla como igual en el grupo. Las desvalorizaciones son generalizadas y centrándose en los aspectos que más influían y le afectaban a ella (piso, tener hijos, etc.). Durante las primeras agresiones, la paciente intenta justificarlo "es porque me quiere, porque yo no soy clara" y se habitúa a estas justificaciones a lo largo de su vida de pareja. Interpreta como "amor" la frase que él le repite a lo largo de la relación "eres mía, sólo mía".

Antecedentes familiares

Sin datos de interés.

Enfermedad actual

La paciente toma la decisión de separarse por la mediación de los hijos que la enfrentan a lo que han visto toda la vida, maltrato psicológico por parte su padre hacia su madre. Decide comenzar el proceso de separación, acude a una abogada para iniciar los trámites pero durante este proceso presenta dudas sobre si continuar dadas las llamadas/mensajes de su ex pareja, los sentimientos positivos hacia él "es el amor de mi vida" "lo quiero" "fueron años preciosos" y "teme volver con él". Cuando por recomendación de sus allegados acude a consulta de Psicología

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

clínica, llega con la creencia de poder haber sufrido malos tratos en los 25 años de relación de pareja.

La paciente presenta recuerdos angustiosos recurrentes involuntarios e intrusivos sobre la situación de maltrato psicológico así como pesadillas relacionadas con la situación de maltrato. Presenta malestar cuando se tiene que exponer a situaciones que le recuerdan al maltrato así como temor ante la anticipación de la presencia de su marido (por ejemplo, encontrarse por sitios comunes del pueblo, en el juzgado...). Evita personas conocidas que relaciona con su marido y lugares que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos que estén asociados a la situación de maltrato. También existen alteraciones cognitivas y del estado de ánimo relacionadas con el maltrato: existe una percepción distorsionada persistente de la causa que hace que la paciente se acuse a sí mismo sin razón, un estado emocional negativo persistente caracterizado principalmente por miedo, culpa y enfado así como disminución importante del interés por participar en actividades en las que antes sí era capaz de disfrutar (natación, pintura, etc.) Y por último, presenta hiperactivación fisiológica ante la anticipación de situaciones y sensación de estar continuamente vigilada, controlada así como alteraciones para conciliar el sueño. Su autoestima es muy baja. No se gusta a sí misma y no se siente capaz de enfrentarse a cosas de la vida cotidiana de las que antes de la separación se encargaba su marido.

Exploración funciones psíquicas

Consciente, orientada y colaboradora. Discurso correcto y coherente centrado en problemática personal. Hipotímica con anhedonia. Apatía. Desganada. Sentimientos de desesperanza. Insomnio de conciliación, pesadillas: sueño no reparador. Inquietud psicomotora. Ausencia de alteraciones sensorio-perceptivas ni clínica delirante. Sin ideación autolítica. Apetito conservado.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES: TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS DATOS ANTERIORES PLANTEAR LOS POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Trastornos de adaptación: el factor estresante puede tener cualquier intensidad mientras que en el TEPT el factor estresante debe revestir suma gravedad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés posttraumático como cuando el cuadro sintomático típico de TEPT aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes.
- Trastorno de estrés agudo: el trastorno de estrés agudo se distingue del trastorno de estrés posttraumático debido a que el patrón de los síntomas del estrés agudo se limita a una duración de entre 3 días y 1 mes después de la exposición al evento traumático.
- Trastornos de ansiedad y Trastorno obsesivo-compulsivo: en el TOC hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero éstos cumplen la definición de obsesión. Además, los pensamientos

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, suelen existir compulsiones, y suelen estar ausentes los otros síntomas del trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo. Ni la excitación y los síntomas disociativos del trastorno de pánico, ni la evitación, la irritabilidad y la ansiedad del trastorno de ansiedad del trastorno de ansiedad generalizada se asocian con un evento traumático específico. Los síntomas del trastorno de ansiedad de separación están claramente relacionados con la separación del hogar o de la familia, en lugar de con un evento traumático.

- Trastorno depresivo mayor: La depresión mayor puede o no estar precedida de un evento traumático y se debería diagnosticar si no existen otros síntomas del TEPT. En concreto, los principales trastornos depresivos no tienen ningún síntoma de presencia de síntomas de intrusión y/o evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático del TEPT.

- Trastornos de personalidad: Las dificultades interpersonales que tuvieron su inicio o que exacerbaban considerablemente después de la exposición a un evento traumático indicarían un trastorno de estrés postraumático, en lugar de un trastorno de personalidad, en el que se considera que tales dificultades son independientes de la exposición traumática.

- Trastornos disociativos: La amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización-desrealización pueden o no estar precedidos por la exposición a un evento traumático o pueden o no producir conjuntamente los síntomas de TEPT. Cuando se manifiestan los criterios del TEPT completo, se debería considerar el trastorno de estrés postraumático subtipo "con síntomas disociativos".

- Trastorno de conversión; una aparición de síntomas somáticos en el contexto de una angustia postraumática podría ser el indicio de trastorno de estrés postraumático en lugar de un trastorno de conversión.

- Trastornos psicóticos: las memorias retrospectivas (flashbacks) en el TEPT se deben distinguir de las ilusiones, alucinaciones y de otros trastornos de la percepción que pueden aparecer en la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve y en otros trastornos psicóticos, en los trastornos depresivos y bipolares con características psicóticas, en el delirium, en los trastornos inducidos por sustancias/medicamentos, y en los trastornos psicóticos debidos a otra afección médica.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Siguiendo los criterios diagnósticos de la CIE 10ª Rev. (OMS, 1998) y el DSM 5 (APA, 2013) los diagnósticos definitivos son:

- Trastorno de estrés postraumático (F43.10; 309.81)
- Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado (995.82)
-

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Se realizó un tratamiento individualizado con los siguientes objetivos e intervenciones

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

- Ajuste de la realidad: reconocimiento de las conductas manipuladoras de su pareja. Se promueve la expresión emocional y la aceptación incondicional:
 - o Sentirse escuchada, seguridad, aceptación, acompañamiento y apoyo
 - o Acercamiento con respeto, sin juicios previos, mostrando interés, no interrumpiéndola
 - o Señalándole que no estamos de acuerdo con todas sus opiniones/decisiones: ella muestra interés por nuestro punto de vista
 - o Sin paternalismos ni posiciones de autoridad
 - o Centrándonos en su experiencia, evitando teorizaciones.
 - o Cuidando la expresión no verbal desde evitar tonos de voz altos, calidez, expresión de que la creemos, respetando su orden de relato, expresando comprensión de sus dudas.
 - o No patologizar, no desvalorizar, ni haciendo comentarios negativos frente a sus actuaciones, ayudándola a que hable, expresando respeto a sus dudas y a sus decisiones...
- Realiza revisión de toda su relación de pareja, recogiendo todas las conductas de maltrato de las que no fue consciente.
 - o Ridiculización
 - o Descalificaciones: "descalificaba mi labor profesional" "hacía comentarios en público sobre mis malas inversiones".
 - o Trivializaciones
 - o Oposiciones: "casi todas las adquisiciones que hacía yo siempre se oponía a ellas"
 - o Desprecio: "cuando yo hacía o compraba algo, sea ropa, objetos, etc no le daba valor, porque él siempre compraría otra cosa en mejores condiciones".
 - o Reproches: "reprochaba que yo no diera mi opinión en cosas. Pero ¿qué opinión iba yo a dar si ninguna la consideraba adecuada?, todas eran estúpidas. El miedo era tan grande a perderlo que no tenía capacidad para opinar."
 - o Amenazas
 - o Falta de empatía y apoyo
 - o Juzgar, criticar, corregir "lo más duro para mí eran las críticas que me hacía sobre la educación que le daba a nuestros hijos, que no sabía educarlos, que les consentía todo"
 - o Bloqueo social
 - o Insistencia abusiva
 - o Invasión en la privacidad: "mi vida privada dejó de existir hace muchos años. Una de las cosas que más me gusta es pasear y leer, e ir con mis amigas y eso poco a poco dejó de existir pues no le gustaba"

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

- Desmentir el abuso por parte del abusador
- Negar y retener afecto
- Expresar asco hacia la víctima
- Expresar celos excesivos: "eres mía, sólo mía y eres para mí"
- Exponer a la víctima a escenas de abuso hacia sus hijos
- Abordaje de la culpa. Es el sentimiento que más le abrumba porque es lo que utilizaba el maltratador. La culpa que fue asumiendo durante años la arrastra hasta el momento actual: p.e. la fase luna de miel en los últimos años se limitaba a que "les iba muy bien en la cama". Ella siente culpa por haber continuado una relación donde sólo estaba siendo valorada por eso.
 - Se le pide que reflexione y haga autoinforme de los motivos de culpa. Se trabajan cognitiva y emocionalmente en consulta.
 - Se trabaja sobre las distorsiones cognitivas en los autorregistros.
- Explicación del círculo de violencia psicológica
 - Malestar por la vergüenza de haber sido maltratada. Tristeza
 - Reconstrucción de su historia de pareja. Importancia de la desigualdad.
- Se fomentan tareas de autocuidado (alimentación, ejercicio físico, descansos...)
- Se trabaja sobre las interferencias por parte de su ex pareja: mails, durante la terapia su ex pareja vuelve a vivir en el pueblo donde ella reside, intervención de la hermana de su ex, intentos de control y desvalorización de la terapia.
 - Se le ayuda a elaborar estrategias de afrontamiento y capacitación para las mismas
- Se trabaja modificando la percepción positiva de sí misma: relación con sus hijos, recuperación de amistades, capacidad laboral, reconocimiento de apoyos externos (familia, compañeros...). Reconocimiento de todo lo que hace bien.
- Se aborda miedo a la soledad y el establecimiento de forma de vida futura no dependiente de sus hijos
- Se trabaja la modificación del ideal de pareja
- Se reanaliza su biografía de pareja extrayendo ahora los elementos positivos y realizando una atribución adecuada.
- Expresa cambio de la vergüenza a la ira por haber sido maltratada. Expresa deseo de recuperar su vida y curiosidad por ser ella misma
- Desvinculación emocional del maltratador
- Se la apoya en la estrategia legal y económica

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

EVOLUCIÓN

Tras las sesiones individualizadas de tratamiento se observa mejoría cualitativa. Ha logrado la eutimización y la capacidad para el disfrute de actividades de las que antes disfrutaba. Los problemas de sueño se han resuelto logrando un ciclo sueño-vigilia adecuado con una disminución importante de la clínica ansiosa. Se ha desvinculado emocionalmente de su ex pareja, el proceso de divorcio ha finalizado con un afrontamiento adecuado de situaciones difíciles como por ejemplo, volver a verlo durante las sesiones con sus abogados para llegar a acuerdos etc., ha vuelto a tener red social y ha modificado la percepción negativa sobre sí misma. Los recuerdos angustiosos, la evitación de lugares relacionados con la situación de maltrato se ha mejorado aunque persiste la evitación de personas a las que relaciona directamente con su ex marido. Su autoestima ha mejorado significativamente y sus sentimientos de culpabilidad han desaparecido estableciendo un buen ajuste a la realidad. Últimamente se ha empezado a encargar de actividades del hogar que realizaba su ex marido y que tras la separación se ocupaba su hijo mayor.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA: BREVE EXPLICACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL SOBRE EL TEMA TRATADO EN EL CASO

El maltrato supone un riesgo para la vida, la salud mental y el desarrollo de la víctima. Numerosos trabajos (Basoglu, 2007; Henning y Klesges 2003) aseveran que las mujeres víctimas de manipulación, humillaciones e intenso estrés psicológico, sufren años después, un deterioro en su salud mental de igual o mayor gravedad que aquellas sometidas a maltrato físico. El trastorno por estrés postraumático es la categoría diagnóstica que mejor describe algunos de los síntomas en la mujer maltratada por su pareja (Dutton, 1992), siendo una de las consecuencias más frecuentes en esta población (Bean y Moller 2002). Este trastorno engloba un conjunto de síntomas que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas que se enfrentan a un acontecimiento psicológicamente traumático. Este trastorno aparece tras la vivencia de un suceso traumático en el que se experimenta sensación de amenaza para la integridad física, y la persona responde con miedo, impotencia u horror intensos. Se caracteriza por tres tipos de síntomas: a) reexperimentación del acontecimiento (pensamientos intrusivos, pesadillas, flashbacks,...), al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el mismo; b) evitación de estímulos asociados al suceso traumático (evitación de pensamientos, lugares, personas, etc., disminución marcada del interés en las actividades significativas...); y c) marcado aumento de la activación (hipervigilancia, dificultad para conciliar o mantener el sueño, problemas de concentración). En muestras de mujeres maltratadas que se encuentran alojadas en casas de acogida, la incidencia de TEPT va desde el 45% al 84% (Kubany et al., 1995). Bermúdez, Matud y Buela-Casal (2009), obtuvieron resultados similares a estos, en un estudio en el que analizaron la salud mental de un grupo de mujeres maltratadas

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

por su pareja en comparación con mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja. Entre sus hallazgos aparecía que el 52.3% de las mujeres maltratadas por su pareja cumplía los criterios para ser diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático frente a un 3.4% de las mujeres no maltratadas. La gravedad de la violencia es un predictor del TEPT y sus síntomas en las mujeres maltratadas (Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev, 2007). Sin embargo, existen otros factores que pueden contribuir a la relación entre la violencia y el TEPT. Hay evidencia considerable de que las cogniciones juegan un papel muy importante en el mantenimiento o cronicidad del TEPT (Kubany y Watson, 2002). Así pues, las creencias de culpabilidad y el lenguaje autocolpabilizador contribuyen de forma importante al mantenimiento o cronicidad del TEPT y la depresión (Kubany y Watson, 2002;). Según Kubany, Hill y Owens, (2003) cuando las evaluaciones negativas se manifiestan como ideas o en nuestro discurso (por ejemplo, "Soy inútil... soy tonta"), tales autoinstrucciones pueden funcionar como autocastigo y tener efectos nocivos sobre el bienestar de una persona y así colaborar en el mantenimiento del TEPT y la depresión. Asimismo, Woods e Isenberg (2001) descubrieron que las distintas formas de afrontamiento utilizadas por las mujeres maltratadas afectaban a la relación entre la gravedad del maltrato y el TEPT. También hay datos de que la indefensión aprendida juega un papel mediador entre la violencia y los problemas de salud mental en las mujeres maltratadas, intensificando el impacto de la violencia (Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev, 2007).

Por tanto, el maltrato psicológico es un problema de salud pública; la violencia contra las mujeres por sus parejas (o ex parejas) podría estar afectando al menos a una de cada 7 mujeres en España y da lugar anualmente a más de medio centenar de muertes. Los problemas de salud derivados de dicha violencia no son reconocidos habitualmente por los profesionales sanitarios. El abordaje eminentemente biologicista de la atención médica, la falta de tiempo y de formación específica son obstáculos para su detección y abordaje adecuados. Las propias mujeres también presentan dificultades para relacionarlos y hablar de ello con los profesionales sanitarios. Sin embargo, los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser lugares privilegiados para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bargai, N., Ben-Shakhar, G., & Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22, 267-275.
2. Basoglu, M. (2007). A mental health care model for earthquake survivors. En U. Niaz (Ed.) *The Day the Mountains moved: International Perspectives on Handling Psychotrauma* (pp.194-199). SAMA Editorial and Publishing Services.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UN CASO CLÍNICO DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA PAREJA

3. Bean, J., & Möller, A.T. (2002). Posttraumatic stress and depressive symptomatology in a sample of battered women from South Africa. *Psychological Reports*, 90, 750–752.
4. Bermúdez, M. P., Matud, M. P. y Buela-Casal, G. (2009). Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador, *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 51-59
5. Castillejo Manzanares, R. y Alonso Salgado, C. (2013). Violencia de género y justicia. Universidad de Santiago de Compostela.
6. Dutton, M. A. (1992). Empowering and healing the battered woman. Nueva York: Springer.
7. Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género (2011). Instituto canario de igualdad. Servicio de coordinación del sistema integral contra la violencia de género
8. Henning, K. y Klesges, L. (2003). Impact of intimate partner violence on unmet need for mental health care. *American Journal of Public Health* 93, 1089–1097
9. Kubany, E., Haynes, S., Abueg, F., Marke, F., Brennan, J. & Stahura, C. (1995). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory. (Manuscript submitted for publication)
- Lawshe, C. H. (1975). The quantitative approach to content validity. (*Personnel Psychology*, 28, 563–575
10. Kubany, E., Hill, E., y Owens, J. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 81-91.
11. Kubany, E. y Watson, E. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD (CTTBW): conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 111-127.
12. Pozueco Romero, J.M., Moreno Manso, J.M., Blázquez Alonso, M. y García-Baamonde Sánchez, M.E. (2013). Psicópatas integrados/subclínicos en las relaciones de pareja: perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo. *Papeles del psicólogo* 34(1), 32-48.
13. Woods, S. J., & Isenberg, M. A. (2001). Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 215-221.