

MALTRATO PSICOLÓGICO: LA IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

PSYCHOLOGICAL MALTREATMENT: THE RELEVANCE OF ITS DETECTION FROM A CLINICAL CASE

ANA MARÍA MARTÍN VÁZQUEZ Y MIGUEL ÁNGEL CARRASCO ORTIZ

Servicio de Psicología Aplicada.
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Educación a Distancia
C/ Juan del Rosal, 10
28040 Madrid

Resumen

Se describe el proceso de evaluación y tratamiento de un caso de maltrato psicológico atendido en el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). La experiencia de maltrato originaba en la víctima una intensa sintomatología depresiva y ansiosa entre la que cabe destacar la presencia de intensos pensamientos intrusivos. Dicha sintomatología se activó de forma más clara cuando la paciente tiene conocimiento de las relaciones extramatrimoniales de su marido. Se analizan las dificultades en la determinación y delimitación del diagnóstico y su identificación como caso de maltrato psicológico, así como los intentos de boicotear la terapia por parte del agresor.

Palabras Clave

Palabras clave: maltrato psicológico, violencia psicológica, violencia doméstica

Abstract

The evaluation, diagnosis and treatment of a psychological maltreatment case treated at the Applied Psychology Service of Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) are described. The maltreatment facts caused severe depressive and anxious symptoms to the victim, as well as severe intrusive thoughts. This symptomatology became more activated when the patient noticed her husband's infidelity. Difficulties to realise it was a psychological maltreatment case and the aggressor tricks to avoid the victim receives therapy are discussed.

Key Words

Key-words: psychological maltreatment, psychological violence, domestic violence

Introducción

El término violencia podemos definirlo como *un incidente en el que un individuo actúa para herir intencionalmente a otro individuo* (Selg, Mees y Berg, 1988, p 17). La acción del perpetrador puede ser de naturaleza física o psicológica, o ambas (citado en Löbmann, R., Greve, W., Wetzels, P. y Bosold, C., 2003).

Con frecuencia, la violencia psicológica se define como *actos verbales y no verbales que simbólicamente hieren al otro, o como el empleo de amenazas para herir al otro* (Straus, 1979, p.77). Algunos ejemplos de violencia psicológica perpetrada por un miembro de la pareja son: insultos, amenazas, restricciones de libertad y constante vigilancia. En una relación íntima, la violencia psicológica es un predictor significativo de la sintomatología psicológica en la víctima y de su deseo de abandonar a su pareja (Jacobson et al. 1996, Arias y Pape, 1999).

Son poco frecuentes, los casos clínicos recogidos en la literatura científica en los que se describen experiencias de malos tratos psicológicos, en ausencia de otros tipos de violencia, ya sea física o sexual. Sin embargo, según el meta análisis de Löbmann, Greve, Wetzels y Bosold (2003), realizado a partir de diferentes investigaciones europeas, se observa como la violencia psicológica por parte de la pareja es la de mayor tasa de prevalencia (22,3%) frente al abuso físico por parte de la pareja (6,1%), el acoso o acoso sexual (3,9%) y el acoso sexual (3,4%), entre otras formas de violencia contra las mujeres.

A continuación se describe el proceso de evaluación y tratamiento psicológico de una mujer víctima de malos tratos psicológicos, cuyo motivo inicial de consulta fue otro, dada la ausencia de reconocimiento de la paciente de su situación de maltrato. El lector comprobará que en al inicio del relato no aparecen claros indicios de maltrato psicológico, pero en la medida que se desarrolla la trama del caso queda clara constancia de ello.

Presentación del caso

La paciente, a la que denominaremos con el pseudónimo de Paloma, es una mujer de 40

años, con ligero sobrepeso y apariencia atractiva, aunque descuidada. Se muestra impulsiva, muy expresiva y con elevados niveles de activación fisiológica, que le llevan a cierto descontrol, al menos aparente, en sus actos y reacciones emocionales. Manifiesta una autoestima baja, sobre todo en lo que se refiere a su aspecto físico y valía como mujer. Refiere “odiar” su cuerpo.

Motivo de consulta

Paloma presenta pensamientos intrusivos y recurrentes sobre mujeres seduciendo a su marido a raíz de una presunta infidelidad de éste. Estos pensamientos interfieren gravemente en su actividad diaria y suscitan una elevada sintomatología ansiosa (tres crisis de angustia semanales, por término medio) y depresiva (llanto fácil, falta de apetito, desesperanza, dificultades para dormir y sentimientos de inutilidad). Experimenta dudas sobre si su marido continúa manteniendo relaciones extramatrimoniales, o si se han producido desde el inicio de su matrimonio. Discute diariamente con su pareja. Manifiesta sentimientos de enfado, rabia, indignación y desconfianza hacia él; e intensos sentimientos de culpabilidad tras las peleas. Además, se muestra preocupada por sus hijos y solicita pautas para comportarse con ellos, en relación con el fracaso escolar del mayor y la timidez de la hija más pequeña.

Antecedentes personales y familiares

Paloma es la segunda de tres hermanas, una cuatro años mayor, con la que dice mantener una buena relación, y otra dos años menor. De su infancia destaca las depresiones de su madre y las malas relaciones de pareja de sus padres. Recuerda que desde los 7 años se escapaba a la casa de una tía materna huyendo del ambiente familiar. A los catorce años, sin oposición paterna, abandona los estudios por sus malos resultados académicos. Comenta que mantenía muy buenas relaciones con compañeros y profesores.

A los 17 años comienza una relación sentimental estable que duró 5 años. El chico decidió terminar la relación de repente, sin mayor ex-

plicación, cuando estaban hablando de planes de boda. Por aquella época descubren que su hermana pequeña consumía drogas.

Empezó a trabajar con 18 años. La relación de pareja con su actual marido comenzó cuando la paciente tenía 22 años. En aquel momento, él mantenía una relación de pareja con otra chica. Una vez casados, el carácter y comportamiento de él cambian drásticamente. Su marido sigue saliendo con amigos, pero considera que Paloma debe adaptarse a su nuevo papel de mujer casada y quedarse en casa. Paloma deja de trabajar. Tuviron tres hijos, el mayor tiene, en el momento de acudir la paciente a consulta, 13 años y presenta fracaso escolar, el segundo 10 y la hija 7.

La pareja se ha separado en dos ocasiones, hace tres y cinco años, por problemas económicos debidos, según refiere la paciente, a desmanes del marido, recibos devueltos, préstamos solicitados e impagados, etc. En ambas ocasiones volvieron a vivir juntos, porque él prometió que iba a cambiar. La paciente refiere que su marido no le permite acceder a las cuentas bancarias comunes y desconoce la cuantía de los ingresos del marido, importe de préstamos solicitados o tarjetas de débito.

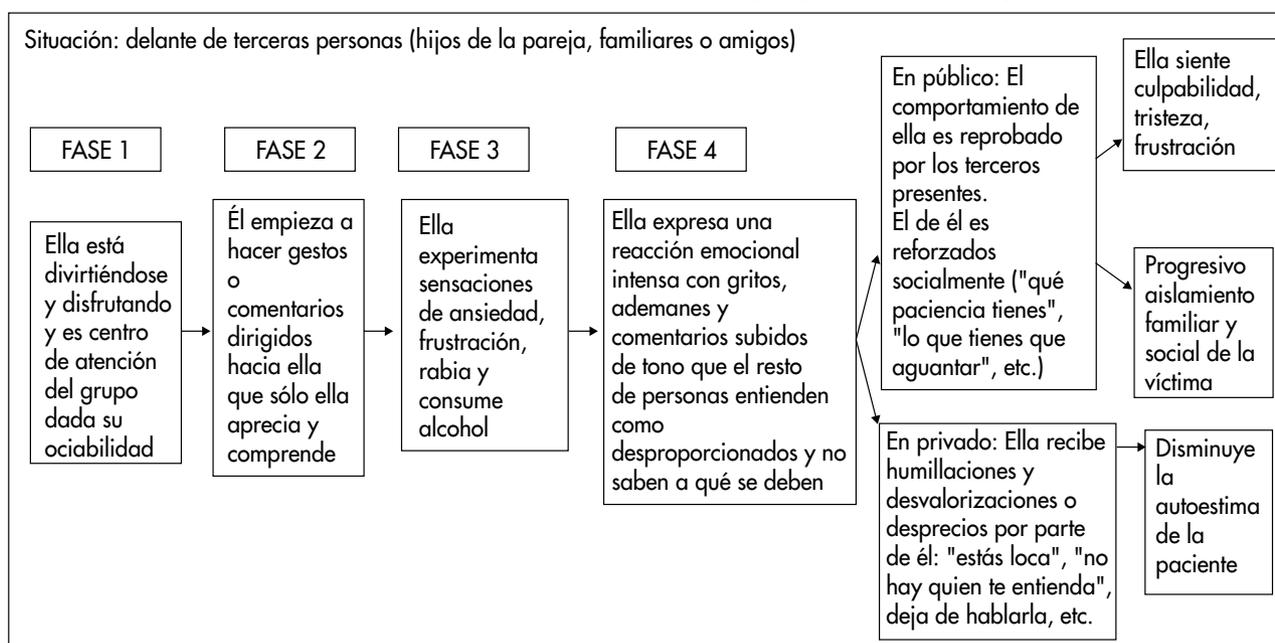
Paloma volvió a trabajar de forma remunerada hace 4 años aunque, en la actualidad, se

encuentra cobrando el paro. La familia vive en una casa de alquiler y los principales ingresos de la familia son los del marido. Él es universitario y tiene un trabajo estable, con sueldo variable.

Paloma se muestra preocupada porque nunca sabe si su marido dice la verdad, o no. Comenta que le ha visto mentir a terceros en cosas sin importancia con mucha frecuencia, por lo que desconfía de lo que le dice. Por otra parte, ella no se cree capaz de vivir sola y piensa que es muy dependiente. Su propio arreglo personal o la forma de vestir, lo elige en función de los gustos del marido.

Aunque la paciente se describe como una persona muy sociable, sus relaciones sociales se han visto progresivamente mermadas desde el momento de su boda. En la actualidad, sólo mantiene relación de amistad con tres personas que también son conocidos de su marido. No conoce, ni tiene acceso a los compañeros de trabajo del marido, ni a otras amistades que él pueda tener de forma individual. Cuando ella entabla nuevas amistades con personas que él no controla, él las critica y desacredita continuamente, provocando así, según comenta la paciente, que ella rompa esas nuevas relaciones sociales. Las relaciones con alguno de los familiares y amigos, con los que el matrimonio man-

FIGURA 1. Dinámica secuencial de la interacción de pareja ante familiares y amigos



tiene contactos esporádicos, están deterioradas por las numerosas discusiones entre Paloma y su marido que han presenciado, y que suelen tener lugar de acuerdo con la secuencia que se recoge en la figura 1.

A lo largo del proceso de intervención la paciente revela dos ocasiones en las que su marido le agredió físicamente.

Hoy en día, los padres de la paciente, ambos de 68 años, viven en una vivienda cercana al domicilio de Paloma. La paciente refiere mantener una buena relación con su hermana mayor y mala con la pequeña, que en la actualidad también presenta problemas con el alcohol. En general, la familia de origen de la paciente no constituye una fuente de apoyo para Paloma y, como mucho, les deja a los niños de forma muy esporádica y siempre que no tenga otra alternativa.

Entre sus antecedentes médicos, Paloma se queja de diferentes dolores musculares que cambian de lugar esporádicamente. Hace tres años, el médico de cabecera le recetó un tratamiento farmacológico para la ansiedad, que la paciente toma desde entonces "según se encuentra". Es fumadora habitual y no ha intentado dejarlo en los últimos seis meses. Refiere que desde los seis años, presenta pensamientos recurrentes sobre la muerte y fallecimiento de ella misma o de seres queridos, que no se acompañan de sintomatología ansiosa ni malestar. Desde hace cuatro años también presenta pensamientos intrusivos sobre la posibilidad de presentar alguna enfermedad. Éstos, sí se acompañan de síntomas de ansiedad y reacciones fóbicas ante los médicos y hospitales. En la actualidad, está convencida de que *va a desarrollar un cáncer y se va a morir dentro de poco, y así todo esto acabará*.

Historia del problema actual

Paloma relata que todo empezó hace un año, cuando descubrió indicios de que su marido había mantenido una relación extramatrimonial con una prostituta. Desde entonces, presenta pensamientos intrusivos sobre dicho evento e imagina al marido siendo seducido por cualquier mujer que ve. Estos pensamientos le provocan una intensa sintomatología ansiosa y depresiva. Tres veces por semana, por término

medio, presenta crisis de angustia, que afronta, bien realizando un intenso ejercicio físico de huida sin rumbo específico, hasta que queda agotada, o bien, quedándose totalmente quieta y llamando al marido en busca de auxilio. También le asaltan muchas dudas sobre si este tipo de relaciones se han producido, o no, desde el inicio de su matrimonio.

En el momento de acudir a consulta, mantiene discusiones diarias con su pareja delante de sus hijos, familiares y/o amigos. No recuerda por qué, ni cómo empiezan las discusiones, ni los argumentos que esgrime el marido durante las mismas. Sólo es capaz de recordar la intensa activación fisiológica que experimenta, así como los reproches sobre el engaño y los gritos e insultos que profiere a su marido. Ante este comportamiento, el marido la ignora o se mete en la cama a dormir. Otras veces, cuando la pelea se inicia de noche, en el seno de la acalorada discusión, mantienen relaciones sexuales que inicia su marido, y que la paciente describe como muy intensas para ambos miembros de la pareja.

Paloma relata que se mantiene casada porque está enamorada de su marido y por sus hijos. Tiene la esperanza de que él no vuelva a mantener relaciones extramatrimoniales y ella se esfuerza todo lo posible para que esto no suceda. Para ello ha aumentado la frecuencia de relaciones sexuales a tres veces por semana (cuando desde la boda siempre fueron escasas) y accede a todo tipo de prácticas sexuales que el marido desea realizar.

La paciente expresa que, una vez acabada la terapia, le gustaría poder controlar sus propios pensamientos, comportarse de otra manera, saber si es lógico lo que le pasa y tomarse las cosas de otra manera.

Evaluación

a) Procedimiento

Antes del inicio de la primera sesión, la paciente completó una entrevista estructurada sobre algunos datos sociodemográficos y el Listado de Síntomas SCL-90R. Posteriormente, se llevaron a cabo tres sesiones de evaluación, dos de ellas con Paloma, en las que cumplimentó la

historia clínica y se administraron diferentes pruebas de evaluación psicológica y una tercera con su marido. Finalizada esta evaluación inicial, se citó a Paloma para la devolución de los principales resultados obtenidos.

b) Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Historia de datos sociodemográficos (Elaboración propia del Servicio Psicología Aplicada)
- Listado de síntomas SCL-90R (Derogatis, 2002; adaptación española de González de Rivero, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez)
- Historia Clínica (Elaboración propia del Servicio Psicología Aplicada)
- Escala de Estrategias de Afrontamiento COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; traducida por Crespo y Cruzado, 1997).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)
- Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)
- Escala de autoestima (Rosemberg, 1965)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) (Millon, 2004)
- Lista de Actividades Agradables (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995)
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1999)
- Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001)
- Autorregistros de situación-pensamiento-emoción

c) Resultados pretratamiento

Los resultados de las pruebas de evaluación psicológica se detallan a continuación para cada

uno de los instrumentos administrados (ver tabla 2):

- Listado de síntomas SCL-90R de Derogatis (González de Rivero et al., 2002): Obtuvo resultados significativos con el baremo para muestra psiquiátrica en las escalas de: Somatización (PC=85), Obsesión-compulsión (PC=75), Depresión (PC=75), Ansiedad (PC=95), Hostilidad (PC=95), Ansiedad fóbica (PC=85), Ideación paraniode (PC=90) y Psicoticismo (PC=90). El índice global de gravedad o índice sintomático general (GSI) fue de PC=90; el Total de Síntomas Positivos de PC=97 y el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) de PC=97.
- Cuestionario de Afrontamiento COPE (Carver et al., 1989).
Las puntuaciones directas y los rangos de normalidad, para la interpretación de las escalas que resultaron significativas, se recogen en la tabla 2.
En el resto de escalas de afrontamiento, tales como Planificación y Afrontamiento activo, Búsqueda de apoyo social-instrumental y emocional, Religión, Reinterpretación positiva, Desconexión mental-evadirse, Abandono de los esfuerzos de afrontamiento y Humor, los resultados se mantuvieron dentro del rango de normalidad.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).
La puntuación directa obtenida fue de P. D.= 30. El ítem 2 que evalúa desesperanza indicó la máxima puntuación. Dicha puntuación se corresponde con síntomas de depresión severa.
- Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974).
La elevada puntuación en sintomatología depresiva del BDI, así como la puntuación obtenida en el ítem 2 de dicho cuestionario, indicaron la conveniencia de administrar la Escala de Desesperanza, como predictor de la conducta suicida. La puntuación obtenida fue de 6. El punto de corte ha oscilado entre 6 (ver Beck y cols., 1989) y 9 (Beck y cols., 1985; Beck, 1986) según los diferentes trabajos.

- Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965)
La puntuación directa fue de 3. En el análisis de los ítems destaca su desacuerdo con las siguientes aseveraciones: “Tengo una actitud positiva hacia mi misma” y “Me siento satisfecha conmigo misma”. Paloma informa estar de acuerdo con los ítems relativos a: “Me gustaría tener más respeto por mi misma” y “A veces pienso que no sirvo para nada”.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)
Siguiendo el manual de la prueba (pp.157-158) los índices de validez (Tasa Base o TB=0), deseabilidad (TB=50), alteración (TB=87) y sinceridad (TB=100), nos indican que la realización de la prueba es válida, que la paciente es excesivamente sincera y, posiblemente, su tendencia a exagerar los síntomas o un modo de “llamada de auxilio”.
Puntúa por encima del punto de corte de 75 en las siguientes escalas: Histriónica (TB=109), Narcisista (TB=105); Antisocial (TB=102), Agresivo/sádica (TB=98), Pasivo/Agresiva (TB=107); Autodestructiva (TB=103); Límite(TB=112); Histeriforme (TB=105); Hipomanía (TB=103); Neurosis Depresiva (TB=87); Abuso del alcohol (TB=100); Abuso de drogas (TB=99); Pensamiento Psicótico (TB=91) y Depresión Mayor (TB=92).
- Lista de Actividades Agradables
El listado muestra que realiza muchas actividades que considera agradables como ponerse ropa que le gusta, estar fuera de casa, ir al teatro, comprar cosas, leer, maquillarse, etc. Todas son actividades que, bien realiza ella sola o bien, con el marido.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1999)
El Inventario de Ansiedad mostró un percentil de 99 para la Ansiedad Estado y uno de 85 para la Ansiedad Rasgo.
- Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Tobal, Casado, Cano-Vindel, Spielberger, 2001)
Las puntuaciones directas y centiles obtenidas en las diferentes dimensiones de

ira evaluadas a través del STAXI-2 se recogen en la tabla 2. Los niveles correspondientes a las dimensiones de Estado, Sentimiento, Expresión Física y Verbal fueron nulos.

Las puntuaciones que resultaron significativas en estas dimensiones fueron las correspondientes a: *Rasgo* (evalúa la disposición del paciente a percibir las situaciones como enojosas o frustrantes); *Temperamento* (mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica); *Reacción* (cuantifica la frecuencia con la que el paciente experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas); *Expresión Externa de ira* (manifestación de ira hacia otras personas u objetos del entorno); *Expresión Interna de ira* (grado en que los sentimientos de ira se reprimen); *Control Externo* (grado en que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira); *Control Interno* (control de los sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas) e *Índice de Expresión de Ira (IEI)* (índice general a partir de las escalas de expresión interna y externa y control externo e interno).

- Autorregistros de *Situación-Pensamiento-Emoción*
Los autorregistros de *Situación- Pensamiento-Emoción* no eran completados según el formato habitual, dada la resistencia expresa de la paciente a realizarlos. Por esta razón, se le indicó que en los momentos en los que peor se encontrara, registrara lo que pensaba y cómo se sentía en ese momento. Esta forma de autorregistro fue mejor aceptado por la paciente. En dichos registros la paciente expresaba sentimientos de rabia (“que le den por culo”), desesperanza (“ya no puedo hacer más”, “¿Me mato?”), ideas irracionales como “no puedo decidir nada” o “todo está en sus manos”, “no se nada”; pensamientos desadaptativos como, “necesito que me valore”, “ya no se como llamar su atención”. Todos ellos impedían un afrontamiento eficaz de la situación y mantenían su baja autoestima (“soy una puta mierda” o “me muestro patética”).

Comportamiento durante la exploración

Durante la exploración, Paloma se mostró colaboradora y accesible. Su lenguaje no verbal no acompañaba a los sentimientos que refería de tristeza en su discurso. Resultaba incongruente su buen aspecto con la sintomatología depresiva recogida por el BDI. A pesar de que decía que lloraba continuamente, sus ojos no daban muestras de irritación o enrojecimiento. Expresaba sentimientos de rabia e ira y su lenguaje no verbal se mostró congruente con esta emoción. También se observó que recibía constantes llamadas a través del móvil por parte del marido, llamadas que ella interpretaba como un intento de compensar o enmendar la situación.

Entrevista con el marido

Dado que la paciente había presentado su demanda como un problema de pareja y tras la previa autorización de ésta, se mantuvo una entrevista con el marido. El propósito de esta entrevista fue evaluar la posibilidad de una terapia de pareja o, en su caso, indagar sobre la posible disponibilidad del marido a colaborar en el avance de la terapia, la mejora de Paloma y de su relación con ella.

El marido presentaba un aspecto impecablemente cuidado. Su lenguaje no verbal, durante toda la entrevista, mostraba grandes reticencias hacia su estancia en la sesión (por ejemplo, arrastró la silla al llegar para sentarse a más de medio metro de la mesa de la consulta, cruzó la piernas y se sentó de lado echado hacia atrás con los brazos cruzados). A lo largo de la entrevista expresó como principal problema en su relación de pareja, el hecho de que habían caído en la rutina y el deseo de cambiar esta situación y de recibir terapia él también. Se le asignó otro terapeuta para trabajar aquellos aspectos concretos que él demandara y se acordó que contribuiría a la realización de nuevas actividades lúdicas con su mujer para paliar el exceso de rutina que él expresaba.

Análisis de los resultados: diagnóstico e hipótesis explicativa

De los resultados mostrados anteriormente, destacan los elevados síntomas de ansiedad, de-

presión, hostilidad y rumiación intrusiva. A nivel global, aparece un alto nivel de desajuste y de sintomatología. Más específicamente, la sintomatología depresiva a pesar de ser severa, no estaba acompañada de anhedonia (como revela su adecuado nivel de actividades gratificantes). Su baja autoestima era acusada, así como su nivel de desesperanza. Este último, predictor de riesgo suicida, era amortiguado por la ausencia de planificación e ideación suicidas disminuyendo dicho riesgo. La paciente presentaba intensos sentimientos de culpa con relación al mal ambiente familiar; los malos resultados académicos del hijo y el carácter retraído de su hija. Esta culpa también se extendía a su imposibilidad de detener los pensamientos intrusivos y su forma de comportarse y reaccionar ante diferentes situaciones.

La ansiedad presentada era significativa, especialmente la ansiedad cognitiva, manifiesta a través de los pensamientos e imágenes intrusivas. La expresión de la ira en sus diversas formas era elevado y aparecía un escaso control de la misma, algo más interiorizado que exteriorizado. Las estrategias de afrontamiento evaluadas han indicado un afrontamiento focalizado fundamentalmente en la emoción (Ej., se centra en las emociones, niega la situación, intenta evadirse, consume sustancias...). No obstante, aparecieron estrategias de afrontamiento adecuadas (puntuaciones en el rango normal) y centradas en el problema. Estas estrategias, junto con la insistencia de una amiga de la pareja, quizás fueran las responsables de que Paloma optara por solicitar ayuda profesional.

Diagnóstico

El diagnóstico multiaxial realizado según el DSM-IV-TR (APA, 2005) fue el siguiente:

Eje I: F43.22 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el eje II [V71.09]. Rasgos de trastorno límite de la personalidad y de trastorno histriónico de la personalidad.

Eje III: Dolores musculares erráticos

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: problemas conyugales. Problemas laborales: desempleo

Eje V: EEAG =55

Se descartó una posible simulación, dada la intensa sintomatología que presentaba la paciente y la coherencia en el relato de sus síntomas en diferentes sesiones. El hecho de que no se trataba de una simulación se corroboró con posterioridad, ante la negativa de Paloma a utilizar la palabra “malos tratos” y a la ausencia de interés para obtener beneficios secundarios de esta circunstancia. Además, se realizó el diagnóstico diferencial con los siguientes trastornos en el Eje I: episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia sin agorafobia. Siguiendo el proceso de diagnóstico diferencial (First, Frances y Pincus, 2002), una vez descartados los trastornos primarios específicos, se procedió a diferenciar entre un trastorno adaptativo y un trastorno no específico. Se decidió concluir que se trataba de un trastorno adaptativo porque los síntomas actuales que presentaba la paciente habían, o bien aparecido, o bien empeorado drásticamente a partir de un suceso concreto. Se mostraban como una respuesta desadaptativa al agente estresante de la supuesta infidelidad del marido, que había tenido lugar un año antes de que la paciente acudiera a consulta.

También se valoró el diagnóstico diferencial de tres trastornos en el eje II: el trastorno límite de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad y trastorno de la personalidad por dependencia. Todos ellos fueron descartados.

Hipótesis explicativa

La comprensión del caso puede ser entendida a partir de mecanismos tanto lejanos como cercanos en el tiempo.

Entre los mecanismos más distanciados en el tiempo, desde los seis años aproximadamente, Paloma había desarrollado una estrategia para evadirse de la realidad consistente en fantasear sobre la muerte con gran detalle, tanto su propio entierro como el de familiares próximos. Este tipo de pensamientos no le producían ma-

lestar, por el contrario, le proporcionaban un entretenimiento frente a las malas relaciones de sus padres y las depresiones de su madre, los cuales también supusieron un modelo de referencia para su pareja. Al casarse, empezó a tener problemas de pareja desde el primer momento, dado que su marido cambió drásticamente tras la boda. El estilo de afrontamiento evitador de Paloma, al que antes se aludía, junto con la falta de un modelo de pareja adecuado derivado de las malas relaciones de sus padres, dificultaron el reconocimiento del deterioro de su relación de pareja, su identificación con una situación propia de maltrato psicológico (aislamiento, humillaciones, vejaciones, sobrecontrol, etc.) y facilitaron el acostumbamiento a esta dinámica que la paciente, en parte, percibía como “normal”.

En el ciclo de violencia al que la dinámica de pareja se ajustaba acontecían otros mecanismos más próximos en el tiempo que explicaban el mantenimiento y la reiteración de la dinámica de maltrato:

- a) Dificultades en la toma de decisiones derivada de su situación económica y social (aislamiento, desempleo, dependencia económica) así como de sus expectativas de cambio del marido y sus atribuciones internas traducidas en sentimientos de culpa.
- b) Reforzamiento intermitente proporcionado por su marido y el carácter manipulador de éste. Tras discusiones o situaciones de conflicto el marido actuaba con gestos cariñosos, práctica de intensas relaciones sexuales o promesas de cambio en su comportamiento que propiciaban la reconciliación. Esta reconciliación era seguida por la repetición del conflicto en a penas unos días. Las problemáticas relaciones con su marido ya le habían llevado a la separación en dos ocasiones pero la actitud de arrepentimiento de éste hacían reiniciar de nuevo esta dinámica.
- c) Dependencia emocional y enamoramiento. Su miedo a estar sola y los sentimientos de atracción y enamoramiento hacia su marido dificultaban también la toma de decisiones para una ruptura o para el

afrontamiento de la situación de forma activa.

Los intentos reiterados de Paloma para solucionar sus conflictos eran dificultados por el conjunto de estos mecanismos que le llevaban a un estado de indefensión claramente expresado en su sintomatología y en un deterioro de su autoestima que a la vez revertía en una pérdida de eficacia para la toma de soluciones. Ante los comentarios vejatorios de su marido respecto a su físico y formas de llevar la casa o tratar a sus hijos, la escasez de relaciones sexuales, insultos (ej. "estás loca") o continuas mentiras, la paciente se sumergía en un estado de indefensión que trataba de paliar mediante tratamientos farmacológicos esporádicos.

El descubrimiento de Paloma de la infidelidad del marido, es el detonante que genera una agudización de su sintomatología ansiosa manifiesta en sus reiterados pensamientos recurrentes y egodistónicos sobre las relaciones sexuales de su marido con otras mujeres, que activan la señal de alarma y la llevan a buscar ayuda. Tanto el inadecuado afrontamiento de la situación estresante (Vitaliano et al., 1987; Bolger, 1990) como la situación de indefensión (Seligman, 1975; Walker, 1979, 1984) en la que se encontraba Paloma, debido a una dinámica de maltrato psicológico mantenida por los mecanismos mencionados, fueron el marco de comprensión y actuación de su estado psicológico y de la intervención realizada que a continuación se detalla.

Intervención

Objetivos

Los objetivos acordados para la intervención fueron:

- Tratar la desesperanza y sintomatología depresiva
- Abordar los efectos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales del maltrato psicológico.
- Desvinculación emocional con el agresor.
- Reducir la vulnerabilidad potencial de la víctima: reducir su aislamiento familiar y

social, potenciar su autonomía, promover redes de apoyo mediante amistades no controladas por el marido.

- Promover estrategias personales para la resolución de conflictos
- Entrenamiento en habilidades para un adecuado afrontamiento del estrés mediante el aprendizaje de estrategias centradas en el problema
- Reducir la ira y la ansiedad
- Mejorar su autoestima y autoconcepto

Técnicas

Las principales técnicas utilizadas a lo largo de la terapia se mencionan a continuación:

- Reestructuración cognitiva de creencias, atribuciones y pensamientos desadaptativos.
- Técnicas de autocontrol (auto-observación, control estimular, planificación de consecuencias y ejercicios de respiración) (Labrador, 1993; Crespo y Larroy, 1998)
- Solución de problemas (McKay, Davis y Fanning, 1985)
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Resumen del proceso terapéutico

La intervención tuvo lugar a lo largo de 22 sesiones de una hora con una frecuencia semanal. El total de la intervención tuvo una duración aproximada de ocho meses (ver tabla 1).

La relación terapéutica con Paloma fue buena desde el principio. Se creó en la terapia un marco seguro y de confianza en el que se facilitaba la expresión emocional. Se tuvo especial cuidado para no reforzar las críticas al marido de la paciente y permanecer neutral en este aspecto. Paloma se sintió comprendida y respetada, incluso en sus reacciones más extremas, lo que fue esencial para evitar una victimización secundaria.

TABLA 1. Descripción de los objetivos y las técnicas de intervención por sesiones

Duración total: 8 meses	
N.º Sesión	Objetivos y técnicas de intervención
1-3	Evaluación. Se trabaja la desesperanza. Se promueve la expresión emocional y aceptación incondicional.
4	Entrevista clínica con el marido
5	Devolución de información a la mujer
6	Inicio del Tratamiento en autocontrol: autoobservación de la conducta. Ella se da cuenta de que discuten más cuando están los niños presentes, lo atribuye a que el marido quiere que los niños la vean tan alterada emocionalmente. Con la técnica de control estimular se detecta la dinámica secuencial de la interacción de pareja de la Figura 1. Se buscan actividades alternativas a la situación principal evocadora de discusiones en público y se plantea su modificación. También se elimina la obtención de posibles refuerzos secundarios del hecho de hablar de la infidelidad del marido con conocidas.
7	Se detecta el intento de boicot del marido a la terapia. Se entrena a la paciente en el control de la respiración.
7-9	Se trabaja la definición de sí misma, la modificación del ideal, la modificación de la percepción de uno mismo para que sea más positiva. Se entrenan habilidades para mejorar la autoeficacia. Se fomentan tareas de autocuidado. Se trabajan las distorsiones cognitivas sobre un autorregistro.
10	Detecta "adivinations" del pensamiento de su pareja y las reestructura. Se abordan pensamientos disfuncionales y se reestructuran. Se establecen objetivos para después del verano, entre los que está seguir yendo al psicólogo (anticipándonos a su falta de constancia) y como aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento.
11	Surge el miedo a ser independiente, vivir sola. Se plantean estrategias de afrontamiento centradas en el problema: Se empieza a plantear el buscar trabajo, ir al paro y apuntarse a formación. La familia de ella la ve más relajada, menos "desquiciada".
12	Se trabaja la impulsividad: Primero pensar, luego hablar. Comienza una búsqueda activa de trabajo. Informa a sus padres de cómo está su relación de pareja. Reparte culpas. Él acude a terapia.
13	El se marcha de casa. Ella empieza a pensar en ir a un abogado. Se encuentra la cuenta bancaria sin dinero. Se trabajan estrategias de solución de problemas.
14	Se lamenta de la falta de apoyo familiar. La situación de él le produce lástima y rabia cuando él acude a la familia de ella para que le den cobijo. La paciente está más calmada, discurso coherente y elaborado. Gestos y lenguaje no verbal acordes al contenido del discurso y estado de ánimo. Capaz de describir las escenas con detalle. Él ha vuelto a casa.
15	Elaboración Currículum Vitae. Abre propia cuenta corriente. Autocontrola sus reacciones emocionales excesivas. Se apunta a actividad lúdica de grupo. Se habla sobre cosas que hace bien (autoconcepto). Aparecen nuevos incidios de una infidelidad del marido. Se empieza a cuestionar su matrimonio y por qué le cuesta tanto dejarle.
16	Confrontación hipótesis violencia psicológica. Explicación del ciclo de violencia psicológica.
17	Sentimientos de incredulidad al aprender a identificar las provocaciones y manipulaciones de él, a las que ella antes reaccionaba exaltándose. Expone creencias de que los malos tratos se dan en clases sociales más modestas. Se desvincula emocionalmente del marido. Expresa sentimientos de rabia y vacío por lo que cree que es el final de su matrimonio. Se siente más madura. Quiere dejar de hablar del marido y empezar a hacer muchas cosas (trabajar, divertirse, estar tranquila...). Busca a una abogada. Sentimientos de pena por él
18	Expresión de sentimientos de culpabilidad y justificación del comportamiento del marido. Ya ha aprendido a autocontrolarse. Solicita apoyo familiar a su padre. El se marcha de casa definitivamente. Miedo a la soledad. Intensa sintomatología de ansiedad. Se refuerza el uso de los ejercicios de control de la respiración
19	Encuentra trabajo. Empieza a percibir apoyo social de conocidos
21	Expresión de rabia. Denuncia por hurto al marido, aconsejada por la abogada.
22	Firma la separación. Fallecimiento de la madre del marido. Prevención de posibles intentos de manipulaciones con los niños por parte del marido y estrategias de afrontamiento de las mismas. Ya no refiere rabia hacia el marido, piensa que "tienen que seguir cada uno su camino y estar los dos para los niños". La paciente abandona la terapia por incompatibilidad horaria con su nuevo trabajo.

En las cinco primeras sesiones se realizó la evaluación y primera devolución de los resultados. Simultáneamente a la evaluación se intervino sobre la desesperanza. Tras la evaluación se inició el tratamiento.

En la sesión sexta se comenzó abordando la sintomatología depresiva mediante técnicas de autocontrol que se extendieron a lo largo de varias sesiones. Fue en esta sesión donde se identificó la dinámica reflejada en la figura 1. A partir de esta dinámica se ideó como estrategia inicial un control de estímulos para evitar las situaciones de conflicto sobre las que posteriormente se trabajaría más pormenorizadamente. Para el manejo de las interacciones conflictivas con su marido, ante discusiones o descalificaciones se entrenó a Paloma en la aplicación de respuestas y reacciones productivas centradas en el problema, y no en la emoción, a través de modelado y ensayo de roles.

A partir de esta sesión se observó que a medida que el estado de ánimo de la paciente mejoraba, reaparecían los conflictos conyugales: discusiones, insultos, ruptura de los acuerdos a los que el marido llegaba en terapia, muestra de los recibos de los prostíbulos para evidenciar los contactos sexuales mantenidos, declaraciones sobre la ineficacia de la terapia (ej., “ves, la terapia no te sirve de nada”). Como consecuencia de estos incidentes reaparecía la sintomatología y se generaba una recaída al estado depresivo y desesperación iniciales. La reiteración de esta dinámica en numerosas ocasiones indicaba la actitud de *boicot* que el marido ejercía sobre la terapia. La mejora de la paciente suponía una clara pérdida de libertad y privilegios para el marido quién, ante la mejora de su mujer, limitaba sus presuntos flirteos sexuales extramatrimoniales y perdía la sumisión y dependencia de aquella.

Por su parte, el marido asistió a dos consultas con otro terapeuta y luego puso excusas faltando a varias citas por motivos de trabajo y acabó abandonando la terapia. Según comentó Paloma, al principio él le pedía a la paciente que le contara todo lo que trabajaba en sesión, cosa que ella hacía. Fue a partir de la detección de este hecho y de la discusión en terapia acerca de las parcelas de intimidad en la pareja cuando la paciente deja de suministrarle tal informa-

ción. A partir de este momento, el marido empezó a lanzar mensajes despectivos sobre la utilidad de la terapia. La manipulación del marido pretendía alejarla de la terapia, lo que resultó infructuoso dada la buena alianza terapéutica establecida desde el principio. Él intentó utilizar el hecho de que asistía a la terapia para hacerla creer que los terapeutas, que habíamos garantizado la confidencialidad a ambos miembros de la pareja, se pasaban información, en un intento por deteriorar la relación terapéutica de la paciente con su terapeuta. Cuando él vio que no obtenía el resultado esperado y que no pudo deteriorar dicha relación terapéutica, abandonó su terapia. .

Ella aprendió a despersonalizar los mensajes de él y a reaccionar de maneras diferentes a sus provocaciones. En este momento fue capaz de empezar a relatar en consulta el contenido de los mensajes que él la lanzaba. Además se dio cuenta de que él despertaba a los niños para que la vieran perder el control. Dejaron entonces de existir las relaciones sexuales entre ellos. Él empezó a sentir que perdía el control sobre ella. Momento de peligro para la paciente, por lo que se la recomendaron acciones concretas de protección personal y solicitud de ayuda en prevención de una posible agresión física que, finalmente, no se produjo.

A raíz de la identificación de la actitud del marido, se procedió a una evaluación más detallada sobre la posible existencia de maltrato. La terapeuta indagó sobre posibles agresiones físicas, como se ha indicado en el epígrafe de los antecedentes, la paciente recordó dos ocasiones en las que su marido le había pegado una bofetada. Paloma justificaba la conducta de éste y exponía que ella era la causa de estas agresiones (ej., “se lo merecía”). Al intentar explorar la existencia de humillaciones, críticas o vejaciones, por parte del marido, la paciente era incapaz de recordar el contenido de las discusiones dado el alto nivel de activación que experimentaba durante las mismas. La situación descrita parecía responder a una especie de bloqueo “amnesia disociada” que impedía acceder a dicha información. Su propio estado de nerviosismo era el argumento que la paciente utilizaba como la principal razón por la que no podía completar los autorregistros después de la discusión, ni recordar el contenido de ésta.

Inicialmente, se observó que la paciente, a pesar de tener citas semanales, acudía de forma quincenal, argumentando su dificultad para dejar los niños con alguien. Este asunto se abordó en la terapia y se detectó un problema de escasez de recursos, que se solventó con un acuerdo económico. Esta circunstancia contribuyó a reforzar la alianza terapéutica y la asistencia semanal de la paciente. A raíz de este hecho, Paloma hizo explícito que desconocía los ingresos del marido y los gastos familiares.

A lo largo de varias sesiones (7-11) se continuó trabajando sobre la sintomatología depresiva y ansiosa mediante reestructuración cognitiva sobre pensamientos distorsionados y desadaptativos, habilidades de afrontamiento, entrenamiento en autocuidado y en percepción de autoeficacia. Uno de los aspectos sobre los que se incidió en este periodo fue su autonomía e independencia. Para ello, se generaron alternativas a su situación actual y se entrenaron habilidades para la búsqueda de empleo. La familia de Paloma comienza a apreciar cambios en su sintomatología y Paloma manifiesta encontrarse más autocontrolada y menos desajustada.

En la sesión posterior (sesión 12) se trabajó su impulsividad mediante planificación. Se vio la conveniencia de romper su aislamiento para lo que se consideró la posibilidad de que Paloma informara a su familia de la situación que atravesaba y buscara apoyos externos. En esta sesión se trabajaron también los sentimientos de culpa derivados de sus atribuciones internas sobre lo que acontecía. Fue clave la idea de que la responsabilidad de la realización de la ofensa o humillación recae en quien la realiza, aunque el comportamiento de la paciente pudiera contribuir a convertirla en víctima (“es que yo también me pongo...”). El marido siempre podía tener otras opciones o formas de comportamiento alternativas que no pasan por actitudes agresivas.

Su marido abandona el domicilio. Paloma toma conciencia de la situación económica y comienza a adoptar un afrontamiento más activo sobre su situación. Las sesiones posteriores (13-16) se dedicaron al abordaje activo de los problemas aparecidos mediante la búsqueda de apoyo social, el entrenamiento en resolución de

problemas y búsqueda activa de empleo. Se continúa con el seguimiento de sus habilidades de autocontrol, autoestima y autoconcepto.

A raíz de estos cambios la paciente comienza a cuestionarse su matrimonio y plantea su dificultad para romper la relación de pareja, ruptura que intentó en dos ocasiones anteriores. Se ve presionada por su marido para enviar al hijo mayor a un internado debido a sus malos resultados escolares. Cuando al inicio del curso escolar el hijo sale del hogar, la paciente sufre una recaída y reaparece su sintomatología depresiva. De nuevo, se abordan los sentimientos de culpabilidad derivados de este episodio y de los malos resultados académicos del hijo, así como, los sentimientos de tristeza por su lejanía. Para ello, se le invitó a explorar otras lecturas más positivas y reevaluar los acontecimientos en términos más positivos. Se indagaron los posibles beneficios que esta experiencia había tenido para el hijo (Ej. no estar presente en las discusiones de sus padres).

En estos momentos del proceso terapéutico y de acuerdo a la dinámica evidenciada, la terapeuta confronta con la paciente la hipótesis de maltrato psicológico tomando como referencia la secuencia descrita en el ciclo de la violencia (Walter, 1979, 1984) y las consecuencias que generan las situaciones de maltrato psicológico sobre la salud de las víctimas. La paciente rechazó esta interpretación y defendió y justificó el comportamiento del agresor atribuyéndose la responsabilidad de los acontecimientos sucedidos. Esto dio lugar a trabajar los componentes de negación, evitación y atribución interna que claramente impedían la solución del problema y la mejora de su sintomatología. Se intervino, sobre sus sentimientos de culpabilidad y vergüenza ante los hijos a través de la reestructuración de creencias desadaptativas (Ej. “lo que pasa es todo culpa mía”) y se promovió la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento alternativas a las existentes.

Tras esta intervención se produce en la paciente una toma de conciencia de su situación y la su identificación con esta dinámica. Esto le permite reaccionar y aplicar con más contundencia las habilidades aprendidas, lo cual le lleva a una mayor desvinculación emocional y un mayor afrontamiento activo del problema. Pa-

loma comenzó a relatar las interacciones verbales con su marido y era capaz de identificar las desvalorizaciones continuas y críticas que éste emitía sobre ella relacionadas con su desempeño como ama de casa (“está todo hecho un desastre”), como madre (Ej., “no haces ni caso a los niños”) y con la infidelidad que él mostraba. Las desvalorizaciones y comentarios la hacían culpable de la situación familiar y personal que atravesaban. El acceso a este tipo de información implicaba un reconocimiento de la situación que vino favorecido por la mejora de su situación emocional y que, a su vez, permitió ir trabajando el afrontamiento de la misma y el manejo de la interacción conflictiva con su marido. También se trabajó su capacidad crítica y la toma de decisiones propia ante los criterios y opiniones de su pareja que le ayudaron a confrontar las atribuciones que el marido realizaba sobre la responsabilidad de Paloma en los conflictos.

En las últimas sesiones (19-22), la paciente encuentra trabajo y decide firmar su separación. Expresa sentimientos de rabia por haber mantenido esta situación durante un largo periodo de su vida y denuncia por hurto a su marido. La nueva situación de divorcio trajo consigo situaciones con su pareja acerca del cuidado de los hijos, esto llevó a intervenir sobre pautas adecuadas en el manejo de los hijos que evitarán nuevos conflictos entre ambos padres.

Resultados de la intervención y seguimiento

En el momento de abandonar la terapia, la paciente había mejorado su autoestima y había disminuido la sintomatología depresiva (BDI = 8) y ansiosa que mostraba al iniciar la terapia. Los pensamientos recurrentes desaparecieron. Tenía un trabajo estable y mantenía buenas relaciones sociales con sus compañeros. Vivía con sus dos hijos. Los rasgos histriónicos de personalidad se habían atenuado, tanto en frecuencia como en intensidad. Lo mismo ha sucedido con los síntomas de personalidad dependiente (Ej. elige su propia ropa, toma decisiones por sí misma y ha buscado trabajo). En estos momentos, mantenía nuevas relaciones afectivas y sexuales. Paloma mostraba una mayor desvincula-

ción de su marido. Aunque surgieron nuevos problemas con su ex/marido, en relación con las visitas y recogida de los hijos Paloma lo percibía como su forma de actuar y no lo personalizaba. Debido al repentino abandono de la terapia no fue posible recoger datos psicométricos sobre las diferentes medidas utilizadas en la evaluación inicial.

No obstante, se realizó un seguimiento telefónico un año después de la intervención. Tras este contacto la paciente completó diferentes pruebas de evaluación cuyas puntuaciones se muestran en la tabla 2.

Las comparaciones entre el pretest al inicio de la intervención y el postest recogido en el seguimiento muestran la evolución a largo plazo de la paciente. La sintomatología recogida en las diferentes dimensiones del SCL-90 mejora, especialmente en las referidas a Somatización, Obsesión Compulsión, Depresión, Psicoticismo, Índice global de gravedad (GSI), Total de síntomas y el Índice de malestar generado por estos síntomas (PSDI). Las medidas de afrontamiento indicaron la normalización de algunas estrategias tales como, Aceptación, Focalización en las emociones, Negación y Evasión y la disminución de estrategias como Supresión de actividades distractoras e inhibición del afrontamiento. Por tanto, su afrontamiento emocional y evitativo, presente en el inicio de la intervención, no sólo se ha modificado sino que se ha mantenido en el tiempo. Destaca un aumento del humor como estrategia de afrontamiento. En relación con la ira disminuye la expresión la ira especialmente en la ira rasgo tanto la ira temperamental como la reactiva. También se observa el descenso en la expresión de la ira tanto a nivel exteriorizado como interiorizado, principalmente en éste último.

Aunque la sintomatología depresiva disminuye respecto a la medida inicial ha aumentado respecto de la puntuación obtenida poco antes de abandonar la terapia. Esto resulta preocupante junto con el aumento de su consumo del alcohol y el aumento de su desesperanza, posiblemente asociados a los problemas derivados de su nueva situación vital así como a sus características estructurales de vulnerabilidad.

TABLA 2. Puntuaciones directas (P.D.) y centiles (P.C.) de las medidas pre-test y pos-test un año después

Test	Escalas	Pretest	Seguimiento
SCL-90-R	Somatización	P.C.=85	P.C.=45
	Obsesión-Compulsión	P.C.=75	P.C.=52
	Depresión	P.C.=75	P.C.=50
	Ansiedad	P.C.=95	P.C.=85
	Hostilidad	P.C.=95	P.C.=85
	Ansiedad Fóbica	P.C.=85	P.C.=70
	Ideación Paranoide	P.C.=90	P.C.=80
	Psicoticismo	P.C.=90	P.C.=67
	Índice global de Gravedad (GSI)	P.C.= 90	P.C.=62
	Total de síntomas positivos	97	76
	Índice de Distres de Síntomas positivos (PSDI)	P.C.=97	P.C.=35
COPE	Supresión actividades distractoras	P.D.=3,25	P.D.=1,25 (1,64-2,74)*
	Refrenar el afrontamiento	P.D.=3,00	P.D.=1,6 (1,97-2,99)*
	Aceptación	P.D.=1,25	P.D.=3,00 (1,91-3,05)*
	Centrarse en las emociones y desahogarse	P.D.=4,00	P.D.=3,00 (2,62-3,16)*
	Negación	P.D.=2,75	P.D.=1,50 (0,98-1,9)*
	Consumo de alcohol y drogas	P.D.=2,00	P.D.=2,50 (0,75-1,61)*
	Crecimiento personal	P.D.=2,00	P.D.=2,00 (2,45-3,63)*
	Evadirse	P.D.=2,67	P.D.=2,33 (1,35-2,47)*
Humor	P.D.= 2,50	P.D.=3,25 (1,23-2,73)*	
BDI		P.D. = 30	P.D.=23
Esc. Desesperanza		P.D.= 6	P.D.=18
STAI	Estado	P.C.=99	P.C.= 92
	Rasgo	P.C.=85	P.C.= 90
STAXI-2	Rasgo	P.D.=31	P.D.=23
		P.C.=95	P.C.=75
	Temperamento	P.D.=15	P.D.=10
		P.C.=95	P.C.=75
	Reacción	P.D.=16	P.D.=13
		P.C.=85	P.C.=60
	Expresión Externa	P.D.=15	P.D.=12
		P.C.=90	P.C.=70
	Expresión Interna	P.D.=14	P.D.=9
		P.C.=70	P.C.=15
	Control Externo	P.D.=7	P.D.=9
	P.C.=5	P.C.=5	
Control Interno	P.D.=10	P.D.=9	
	P.C.=30	P.C.=20	
IEI (0-72)	P.D.=48	P.D.=39	
	P.C.=95	P.C.=85	

* Rango de puntuaciones normales

Discusión y conclusiones

La principal dificultad de este caso consistió en identificar el ciclo de violencia psicológica a la que la paciente estaba sometida debido a la intensa y generalizada sintomatología que presentaba y la acomodación y percepción “normalizadora” que Paloma tenía de la situación que vivía con su pareja. Todo ello dificultó la evaluación del caso y el acceso a la información relevante para la delimitación del problema y la comprensión del mismo. La alianza terapéutica fue una de las condiciones claves que propició un entorno seguro a la paciente, en el que se facilitó la expresión emocional y la reformulación de su situación de acuerdo con una dinámica de violencia.

La hipótesis inicial de maltrato psicológico quedó confirmada por el comportamiento del marido a lo largo de la terapia y la dinámica reiterada de violencia en la que la paciente se vio envuelta a lo largo del tratamiento.

La negación o falta de reconocimiento de la Paciente de esta circunstancia hizo necesario un abordaje terapéutico inicial como si se tratara de un caso de maltrato a pesar de no ser formulado explícitamente como tal (Ordóñez, 2005). Las razones de esta medida se debieron, en primer lugar, a que inicialmente no se disponía de información suficiente que lo corroborara; en segundo lugar, al discurso desordenado y esquivo de la paciente ante el abordaje de estas situaciones y en tercer lugar, a la ausencia de agresión física y la progresiva mejoría desde el inicio de la terapia. No obstante, esta mejora hizo posible el posterior abordaje explícito de esta dinámica como una dinámica de maltrato psicológico y permitió explicar y analizar el ciclo de la violencia en el marco de las relaciones de pareja. Como se ha recogido en la literatura, la mejora emocional favorece el adecuado procesamiento de una situación estresante y la mejora del afrontamiento (Vitalino, Katon, Russo, Maiuro, Anderson y Jones, 1987; Bolger, 1990; Sandín 1995). Así pues, la mejora del afrontamiento como la toma de conciencia progresiva de la situación maltratante, permitió la intervención sobre el problema nuclear de la paciente.

La intervención expuesta mostró su eficacia reflejada en la mejora de la paciente, aunque

otros hechos concomitantes a la misma fueron responsables de dicha mejora, tales como el hecho de que no existiera un peligro para su vida ni la de sus propios hijos y el fuerte apoyo social que recibió de antiguas amistades, recuperadas en el transcurso de la terapia. Sin embargo, es importante resaltar que algunas de las variables evaluadas en el seguimiento mostraron elevadas puntuaciones e indicaron cierto desajuste emocional. El abandono de la paciente de la terapia, por motivos laborales, no permitió culminar un proceso terapéutico que ayudara a la paciente en el afrontamiento de su nueva situación vital (sin pareja, dos hijos a su cargo, una situación laboral precaria) no exenta de dificultades. Además de esta nueva situación, posiblemente son las características de vulnerabilidad e inestabilidad de esta paciente las que no han permitido una mejora permanente de su estado emocional y que aún se refleja en las puntuaciones de las medidas pos-test. Todo ello sugiere que, a pesar de la mejora experimentada, la paciente aún podría beneficiarse de una intervención más prolongada que aborde aspectos más estructurales de su personalidad.

Una característica a resaltar del caso que se expone, es la interferencia realizada por el marido sobre la terapia de diferentes formas: requería de la paciente información sobre todo lo que acontecía en terapia, descalificaba los logros y utilidad de la terapia, cuestionaba la profesionalidad del terapeuta y demandaba terapia para obtener información y ejercer control sobre el terapeuta. Cuestiones que pensamos que el terapeuta debe tener en cuenta en estos casos y saber manejar adecuadamente.

Para finalizar y a modo de reflexión, a pesar de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género aprobada el 30 de Diciembre de 2004, es posible que mujeres como Paloma, carentes de una clara conciencia de estar siendo maltratadas, no se beneficiaran de las medidas legislativas diseñadas para su protección.

Referencias

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato

- psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, (3) 167-178.
- Arias, I. & Pape, K. T. (1999). Psychological abuse: implications for adjustment and commitment to leave partners. *Violence and victims*, 14, 55-67.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. Esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983)
- Beck, A. T., Weissmann, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bermant, C. (2004) El maltrato psicológico. *Full Informatiu del Col. Legi Oficial de Psicologes de Catalunya*, 166, 3-4.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Carver, C. S., Scheir, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. Y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Fundación Universidad-Empresa, Madrid.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, (92).
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas. Manual*. (Adaptación española J. L. Gonzálezde Rivera y cols.). Madrid: TEA.
- First, M. B., Frances, A. & Pincus, H. A. (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona: Masson.
- Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Gotner, E., Berns, S. & Shortt, J. W. (1996). Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 11, 371-392.
- Labrador, F. J. (1993) Técnicas de Relajación y Desensibilización Sistemática. En M. A: Vallejo y M. A. Ruíz (eds.) , *Manual práctico de modificación de conducta*. Vol. 2 Madrid: FUE.
- Löbmann, R., Greve, W., Wetzels, P. y Bosold, C. (2003). Violence against women: conditions, consequences, and coping. *Psychology, Crime & Law*, 9, (4), 309-331.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T. (2004). *MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de milon-II. Manual*. (4ª edición revisada. Madrid: TEA.
- Navarro, J. (2004). *Manual de peritaje sobre malos tratos psicológicos*. Junta de Castilla y León, Madrid.
- Ordóñez, B. (2005) La asistencia psicológica a las víctimas en el ministerio de justicia. *Infocop* 25, 18-22.
- Polo, C., Olivares, D., López, M., Rodríguez, B., y Fernández, A. (2003). Consecuencias sobre los hijos del maltrato a la mujer en la relación de pareja. *Archivos de Psiquiatría*, 66, (2), 141-153.
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M. y Crespo, M. (2000). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología* (pp.3-52). Madrid: McGrawHill
- Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1988). *Psychologie der Aggressivität [The Psychology of Agression]*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. P. E. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: Freeman.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1999). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual*. (5ª edición), Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D. (2001). *STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado -Rasgo* (versión española

- de J.J.M. Tobal , M. I. Casado, A. Cano, C. D. Spielberger). Madrid: TEA.
- Straus, M. A. (1979) Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-88.
- Tobal, Casado, Cano-Vindel, Spielberger (2001) Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)
- Vitalino, P.P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R.D., Anderson, K. y Jones, M. (1987). Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 78-84
- Walker, L. E. (1979) *The battered woman*. Harper and Row. New York.
- Walker, L. E. (1984) *The battered woman syndrome*. New York. Springer.