

Dificultades en un caso de violencia de género

Ana GÁLVEZ ANDRÉS*; Cristina POLO USAOLA**

RESUMEN

La violencia contra la mujer en la pareja es un problema social y sanitario de gran magnitud. Debido a distintos factores, la situación de maltrato supone una experiencia difícilmente comunicable para la víctima. Es labor del profesional sanitario ayudar a la paciente a visibilizar este fenómeno evitando intervenciones que contribuyan a la victimización secundaria. En el presente caso clínico, exponemos algunas de las dificultades de detección e intervención en un caso de violencia contra la mujer, desde un centro de salud mental. La terapia narrativa del trauma, entendida desde una perspectiva de género, constituiría un modelo accesible y eficaz en un centro de salud mental para tratar las consecuencias psicopatológicas de la violencia.

PALABRAS CLAVE: Violencia de género. Salud mental. Victimización secundaria. Terapia narrativa.

* Médico Interno Residente de Psiquiatría.

** Psiquiatra.

Correspondencia: Dra. Cristina Polo Usaola. Centro de Salud Mental de Hortaleza. C/Mar de Kar s/n. 28013 Madrid. Correo electrónico: cristinapolo83@hotmail.com

RECIBIDO: 14-1-2009

ACEPTADO: 27-3-2009

Difficulties in a case of intimate partner violence

SUMMARY

Violence against women in an intimate relationship is a public health issue that requires a multidisciplinary approach. Certain factors can make it hard for the victim to report an episode of domestic violence. It is the duty of health professionals to help these patients understand this problem in order to avoid interventions that might lead to secondary victimization. In this clinical case we describe some of the detection and intervention difficulties related to a case of domestic violence against women experienced in a mental health centre. Narrative therapy for traumatic experiences, applied from gender-specific perspective, is an accessible and efficacious option for the treatment of psychopathological consequences of violence in a mental health centre.

KEY WORDS: Intimate partner violence. Mental health. Secondary victimization. Narrative therapy.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer en la pareja es uno de los problemas sociales y de salud más importantes por su creciente incidencia y mortalidad.^{1,2} Las consecuencias de la violencia implican una amplia gama de efectos en la salud de la mujer, lo que origina que un importante número de mujeres víctimas de maltrato contacten con los servicios sanitarios, aunque en muchas ocasiones el hecho pasa desapercibido.³⁻⁵ Por ello, especialmente en Atención Primaria, Salud Mental y Ginecología se considera imprescindible la evaluación sistemática del fenómeno en la anamnesis habitual. En caso de existir maltrato, es necesario un abordaje multidisciplinar desde distintos sectores: sanitarios, servicios sociales, dispositivos de atención a la mujer, servicios policiales e instancias sociales.^{6,7}

A continuación se presenta un caso clínico en el que se muestran las dificultades de detección así como de intervención en un caso de violencia contra la mujer, atendida en un centro de salud mental.

Caso

E. es una mujer de 43 años que consulta en un centro de salud mental a sugerencia de su médico de atención primaria con el diagnóstico de «depresión». En el último año había acudido en numerosas ocasiones por tristeza, molestias difusas somáticas inespecíficas, ansiedad e insomnio. Su médico de atención primaria le había pautado tres meses antes un tratamiento antidepresivo y ansiolítico sin observar cambios significativos. Tenía antecedentes previos de una consulta anterior en Salud Mental dos años antes por síntomas parecidos, no acudiendo a la siguiente revisión.

Como datos biográficos familiares, E. está casada con A. desde los 25 años, tiene un hijo de 16 años. Trabaja como auxiliar administrativa en una empresa. Su marido es profesor de Literatura en un instituto. Nació en Madrid. Es la mayor de dos hermanas. Sus padres viven y describe que la relación con ellos es buena, aunque el contacto que tiene con ellos es escaso.

La primera vez que la atendemos en consulta, al preguntarle sobre sus síntomas describe de forma inespecífica cansancio, tristeza, dificultad para realizar sus tareas habituales y malestar en distintas partes del cuerpo. Su mirada es huidiza, el aspecto es descuidado y su relato se acompaña de frecuentes comentarios en relación con su dificultad de poner palabras a lo que le ocurre. No sabe poner inicio claro al inicio de sus síntomas: «llevo años así, no sé, pero desde hace dos o tres años me encuentro mucho más cansada y nerviosa [...] no sabría decirlo». Inicialmente no encuentra desencadenantes para su malestar. Se describe previamente como una mujer alegre y más bien sociable, con tendencia a conservar relaciones y sin rasgos previos psicopatológicos relevantes.

En la exploración se observa labilidad emocional marcada, subanhedonia, rumiaciones obsesivoides en relación con su malestar, ideas de muerte ocasionales, sentimientos de vacío y desesperanza, insomnio de despertar precoz e hiporexia con repercusión ponderal. En la segunda entrevista de evaluación se detecta, además de la sintomatología ya citada, consumo abusivo de alcohol. Describe que desde hace aproximadamente cuatro años consume cerveza a diario (calcula que alrededor de dos litros al día). Además, en los dos últimos años ha pasado periodos prolongados en los que ha jugado al bingo casi a diario, y tiene la sensación de haber perdido el control.

Tras las primeras entrevistas nuestra impresión diagnóstica es que E. presenta un cuadro depresivo, abuso de alcohol y probable adicción al juego. Intentamos encontrar, de forma conjunta con ella, factores desencadenantes para su malestar, pero no resulta sencillo. Inicialmente expone de forma vaga e imprecisa insatisfacción vital y, sobre todo, en la relación con su marido. Al preguntarle por la relación con él, poco a poco va verbalizando sentimientos de soledad, frustración y fracaso. Expresa que discuten a menudo y, al preguntarle detalles sobre esos «discusiones», describe que son frecuentes los insultos, humillaciones y amenazas desde el principio de la convivencia. Aunque ella no lo expone de modo espontáneo, relata cuatro episodios en los que fue agredida físicamente (la última vez hace cuatro años). Observamos que le cuesta hablar con detalle de la relación con él y tiende a minimizar incidentes y a responsabilizarse por los mismos. Ha pensado ocasionalmente en la separación, aunque teme las

consecuencias, y piensa que ella sería la mayor responsable por no ser capaz de cuidar la relación. La relación con su hijo la describe como «buena».

De su relato se desprende que, aunque en el momento de consultar su demanda principal se relaciona con sus síntomas, es víctima de una situación de abuso por parte de su pareja de larga evolución. Decidimos realizar una intervención psicoterapéutica desde el modelo de trauma con perspectiva de género.^{8,9} Se mantuvo al inicio el tratamiento farmacológico y se informó de recursos específicos para personas con adicciones al juego. La intervención psicoterapéutica desde el modelo citado cuanta con varias fases, las dos primeras serían útiles tanto para la detección como para la intervención. En cualquier caso no siguen un orden estricto y en la práctica se superponen:

- Asegurar el establecimiento de una buena alianza terapéutica. Aunque este elemento es común a todas las intervenciones terapéuticas, en el caso de mujeres que han sufrido maltrato, es probable que tras la detección se produzcan intervenciones precoces muy focalizadas en el tema del abuso o derivaciones a recursos específicos, sin antes haber asegurado la creación de un clima de confianza y de alianza terapéutica en el que la mujer sea la que marque el ritmo del relato con nuestro apoyo. Es importante remarcar la confidencialidad de lo que expone y transmitirle credibilidad evitando juicios de valor.
- Identificación del maltrato / visibilización del abuso y diagnóstico diferencial con otras situaciones. En ocasiones, es difícil identificar la violencia de género y puede confundirse con situaciones conflictivas de pareja o violencia cruzada, lo cual puede tener como consecuencia un tipo de intervención diferente. Para realizar un adecuado diagnóstico diferencial, debemos explorar si existe de forma basal una relación de asimetría o desequilibrio de poder y los sentimientos y emociones asociados de la mujer en relación con los conflictos, en particular el miedo y la culpa. Además, más allá de la descripción puntual de los incidentes violentos, es necesario hacer una reconstrucción del clima emocional relacional, que suele ser de coacción y temor y que se acompaña de momentos puntuales de reconciliación y fantasías de cambio.

En esta fase, fuimos ayudando a E. a que fuera identificando los distintos tipos de maltrato a los que estaba siendo sometida, tarea difícil ya que es frecuente que se produzca una «naturalización» e «invisibilización» de la violencia.¹⁰ Este momento resulta especialmente doloroso para la mujer, ya que plantea una toma de contacto con una realidad minimizada por ella que puede producirle sentimientos de culpa por estar «provocando» o «soportando» una relación abusiva. Si la mujer se siente presionada o le causa excesivo dolor ir haciendo consciente su situación de abuso, puede producirse el abandono del tratamiento.

- Dar informaciones sobre estrategias habituales del hombre violento, ciclo de violencia, justificación al agresor y situaciones de riesgo. Es fundamental evaluar el grado de seguridad de la mujer al revisar el tipo de apoyos que tiene. En el caso que nos ocupa, E. planteaba tener miedo a su marido y no tener valor para separarse sin entender por qué. En estos momentos, la exploración del miedo resulta fundamental. Hay que tener en cuenta que el miedo genera confusión en las víctimas y esta confusión puede inmovilizar a la mujer en una situación de indefensión.
- Conexión de los síntomas con la naturaleza del maltrato. Esta intervención es útil para que las víctimas puedan poner en relación sus síntomas con la experiencia vivida. En el caso de E., en las primeras consultas no era capaz de encontrar factores desencadenantes claros al comienzo de su malestar. Además, la coexistencia de abuso de alcohol y adicción al juego servían como elementos para que, tanto E. como los profesionales que la atendíamos, minimizáramos la situación abusiva vivida o la entendiéramos como una «consecuencia lógica» a sus síntomas. Poco a poco E. fue observando que los síntomas vegetativos de ansiedad aparecían con frecuencia en respuesta a situaciones que vivía como peligrosas: «cuando oigo la llave en la cerradura comienzo con palpitaciones y ahogo». Las autodescalificaciones, especialmente «mala», «loca», «borracha», que ella se repetía con frecuencia, estaban influidas por la interiorización de los insultos de él, llegando a involucrarse en situaciones en las que esta imagen destructiva se confirmaba. La sintomatología depresiva, los sentimientos de culpa, vergüenza y vacío podían ponerse en relación con situaciones en la que se había sentido humillada, agredida y descalificada. La adicción al alcohol y el juego, que fueron hechos que ocasionaron en ella un gran sentimiento de culpa y contribuyeron a que se sintiera la principal responsable del fracaso de su relación, podían entenderse como búsquedas iniciales de alivio de sus síntomas (automedicación) y, posteriormente, como forma de evitación de muchas situaciones, como: volver a casa, «no quería volver a casa, por eso salía y bebía, así rellenaba mi vacío, me anestesiaba, nada me importaba porque yo era una mierda»; tomar la decisión de separarse.
- Reconstrucción de la experiencia traumática o «la narrativa del trauma». La descripción en profundidad de las experiencias traumáticas no está indicada en las entrevistas iniciales. Previo a ello, se debe confirmar que existe una alianza terapéutica lo suficientemente sólida para permitir el relato detallado en un contexto seguro, sin presionar el ritmo ni el contenido. En la narración del trauma, el terapeuta debe intentar recuperar la memoria emocional, evitando relatos estereotipados que surgen, en muchas ocasiones, como defensa del dolor que supone verbalizarlo. Coincidimos con Pau Pérez¹¹ en que en la terapéutica de los síntomas traumáticos, es preferible bloquear las narraciones estereotipadas de los hechos hasta que se den las condiciones

para que la persona pueda reconstruir su experiencia y construir narrativas alternativas, donde éstas fueran disfuncionales.

En el caso de E., revisamos de forma conjunta su historia biográfica y ella misma adentró pronto en detalles sobre proyectos vitales y expectativas sobre lo que para ella suponía una relación de pareja: «siempre me había imaginado mi vida con pareja y con hijos», «cuando conocía a A. se interesaba mucho por mi, decía que era lo mejor que le había pasado, [...] pensé que me había tocado la lotería». Exploramos si la relación con A. cambió su forma de relacionarse con los demás. «Al principio no, pero después dejó de gustarle que quedara con mis amigas, decía que quería estar todo el tiempo conmigo y que los demás nos estorbaban. No sé por qué dejó de gustarme estar con gente, [...] si es porque creía que a él no le gustaba o que podría enfadarse, no lo sé». Es frecuente en primeras fases de la relación que el agresor vaya poco a poco aislando a la mujer con comportamientos erróneos de sobreprotección o descalificación a personas significativas para la mujer. «Cuando se enfadaba, pasaba días sin hablarme. Intentaba dialogar, pero era imposible. Entonces yo me sentía culpable: ‘cómo no se va a enfadar’, ‘cómo no me voy a merecer que no me hable, al fin y al cabo yo le he chillado’». Cuando se describen los acontecimientos traumáticos, es importante incorporar la respuesta de la víctima y de las personas más relevantes de su vida. En el caso de E., una de las situaciones que refería que vivió con mayor dolor fue la falta de credibilidad que notó en su familia cuando les relataba su situación: «algunos me decían que yo exageraba, que era muy sensible, otras me decían que me veían rara, que le dejara, [...] dejé de contarle»; «a veces intento taparle, me da vergüenza que la gente se entere». A veces, en el relato pueden aparecer lagunas de memoria y sentimientos contradictorios que pueden confundir al terapeuta sobre la credibilidad de lo narrado.

Herman⁸ describe que la acción de contar una historia en la seguridad de una relación protegida puede producir un cambio en el procesamiento anormal de la memoria traumática y producir alivio de muchos de los principales síntomas del estrés postraumático. Especialmente mejoran los síntomas intrusivos y de hiperactivación. Después de contar la historia traumática, puede que la víctima quede sumergida en un profundo dolor. Este acto de duelo es una labor necesaria y temida. «Como llorar la pérdida resulta doloroso, resistirse a ello es la causa más común de estancamiento en esta fase. Esta resistencia puede usar varios disfraces: a veces como una fantasía de resolución mágica a través de la venganza, el perdón o la compensación».⁸

- Reconexión con la vida social. Toma de decisiones. Empezamos a trabajar esta fase cuando vamos observando que contar la historia del trauma no despierta sentimientos tan intensos y en el relato de la mujer van surgiendo otras demandas. En este momento, resulta fundamental trabajar en identificar las creencias erróneas sobre identidad y rol femenino (significado de las relaciones y su mantenimiento), estimularla en su autonomía y desarrollo, para que sea parte activa en resolver su situación y evitar situaciones de victimización crónica. En ocasiones es útil derivar a recursos sociales y asociaciones de mujeres.

En el caso de E., tras trece sesiones, observamos que la evolución ha sido positiva. Al principio no encontraba desencadenantes claros de su sintomatología, realizando continuas atribuciones internas y autoinculpándose de lo que le ocurría. Su discurso era, en ocasiones, contradictorio y fragmentado. En la reconstrucción del trauma destacaba el embotamiento y la distancia emocional inicial. Tras la visibilización de su situación se fue produciendo mejoría de los síntomas depresivos y ansiosos, y abandonó el consumo de alcohol y el juego. En la novena sesión, comienza a hablar repetidamente de la posibilidad de separarse de su pareja y aparece una reactivación de los síntomas depresivos y un consumo esporádico de alcohol. Ello hace que vuelvan a aparecer nuevamente en su discurso autodescalificaciones y autoinculpación por distintas circunstancias: no ser capaz de mantener abstinencia de alcohol, no ser capaz de separarse aunque ella «sentía que debía hacerlo», pensar que defraudaba las expectativas que nosotros habíamos puesto en ella, etc. Aunque la decisión de mantener la relación o no con el agresor hay que evaluarla desde los primeros momentos (especialmente si se sospecha un riesgo de repetición de las agresiones), lo habitual es que las mujeres víctimas de maltrato tengan grandes dificultades en poner fin a la relación por distintos motivos. A veces, la presión excesiva o la sobreidentificación emocional del terapeuta en la toma de decisiones, provoca el abandono del tratamiento. Entre otras razones, este abandono puede producirse porque la mujer puede sentir que no va a responder a las expectativas que el profesional había depositado en ella.

DISCUSIÓN

La detección de la violencia contra la mujer en la pareja puede ser dificultosa tanto para la víctima como para el profesional debido, en gran medida, a la naturalización e invisibilización del fenómeno. El maltrato se desarrolla de forma insidiosa, a través de distintas estrategias (similares en algunos casos a los modelos de persuasión coercitiva) cuya finalidad es perpetuar el control del maltratador sobre la víctima.¹²

Suele comenzar con tácticas coercitivas sutiles (enmascaradas con mensajes de «cuidado» y «protección»), control y aislamiento. Los actos violentos, descalificaciones, y humillaciones que en el inicio suelen ser de baja intensidad, se repiten de forma impredecible para la víctima, y alternan con fases de arrepentimiento y manifestaciones de amor.¹³ Esta situación produce confusión de pensamientos y emociones en la víctima, interiorizando las descalificaciones y acusaciones que recibe del agresor y sintiendo que los actos violentos son justos y ella los merece.¹⁴ De ahí que el sistema de creencias de la víctima, e incluso su propia identidad se tambalee, pudiéndose producir, en algunos casos, la identificación con el sistema de creencias del agresor.¹⁵ Esta dificultad para la identificación de la fuente del malestar provoca que, en ocasiones, aparezcan respuestas de oposición y rechazo a las intervenciones de los

profesionales. En función de la fase del proceso en el que esté la mujer, el acercamiento al profesional sanitario va a ser distinto.

Por parte de los profesionales también existen numerosas dificultades en la detección e intervención en este tipo de casos. Éstas se deben, en parte, a creencias y mitos sociales en relación a estos fenómenos (por ejemplo, una encuesta del Eurobarómetro realizada en los 15 estados miembros de la UE mostraba que un 46% de ciudadanos entrevistados achacaba la violencia contra la mujer al comportamiento provocador de ésta).¹⁶ Otras dificultades que se encuentran en los profesionales tienen que ver con la tendencia a utilizar modelos psicopatológicos inespecíficos y a los efectos contratransferenciales movilizados.¹⁷ Así, el profesional puede sentirse abrumado por su papel de testigo y experimentar emociones similares a las de las víctimas. En ocasiones, pueden revivirse situaciones traumáticas sufridas en el pasado, lo que se define como «contratransferencia traumática» o «traumatización vicaria».^{18,19} El terapeuta puede también identificarse con el agresor minimizando el abuso o mostrándose escéptico ante el relato, y/o negar el abuso como mecanismo de protección. En el caso de E., el hecho de que en sus síntomas se añadiera el abuso de alcohol y juego patológico y que su discurso fuera en ocasiones contradictorio y fragmentado, pudo contribuir a la minimización, corresponsabilización o falta de credibilidad del abuso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plichta S, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues*. 2001;11:244-58.
2. Krantz G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:242-3.
3. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documentos técnicos de Salud Pública. Madrid: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid; 2003.
4. Caralis P, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and expectations regarding medical care. *South Med J*. 1997;90(11):1075-80.
5. Garimella R, Plichta SB, Houseman C, Garzon L. Physician beliefs about victim of spouse abuse and about the physician role. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(4):405-11.
6. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports, series L, n°11*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health; 1999. Disponible en: <http://www.infoforhealth.org/pr/l11edsum.html>.
7. Escudero A, Polo C. Continuidad de cuidados en las mujeres víctimas de violencia de género. En: José Leal y Antonio Escudero, editores. *La Continuidad de Cuidados y el Trabajo en Red en Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006.
8. Herman J. *Trauma y Recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. Barcelona: Espasa Calpe; 2004.
9. Polo Usaola C, López Gironés M. Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia de género. *Revista clínica electrónica de Atención Primaria* (12) 2007 Marzo. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php>?
10. Romero I. Desvelar la violencia: Una intervención para la prevención y el cambio. *Papeles del Psicólogo*. 2004;8:21-35.
11. Pérez P. *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Descleé de Brower; 2006.
12. Escudero A, Polo C, López Gironés M, Aguilar MD. La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2005;25(95):85-177.
13. Walter LE. *The battered women syndrome*. New York: Springer; 1979.
14. Escudero A, Polo Usaola C, López Gironés M, Aguilar Redo L. La Persuasión Coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2005;25(96):59-91
15. Montero A. Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*. 2001;12(1):5-31.
16. Comisión europea. Una encuesta del Eurobarómetro. Los europeos y sus opiniones sobre la violencia doméstica 1999. Disponible en: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d426933>.
17. Baca E, Cabanas ML, Baca-García E. *Las víctimas de la violencia*. Estudios Psicopatológicos. Madrid: Triacastela; 2005.
18. Claramunt MC. *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Serie Género y Salud Pública. 1999;7. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/gph7.pdf.
19. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990; 3(1):131-49.