

VIOLENCIA DE GÉNERO: TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

GENDER VIOLENCE: TREATMENT OF A CASE STUDY OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER

AINARA IRAIZOZ CIARRA

Servicio de atención a víctimas del delito, Gobierno de Navarra.
Crime victims assistance Center, Government of Navarra.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Iraizoz, A. (2012). Violencia de género: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada [Gender violence: treatment of a case study of generalized anxiety disorder]. *Acción Psicológica*, 9(1), 115-122. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.441>

Resumen

Este artículo presenta un caso clínico de un trastorno de ansiedad generalizada, causado fundamentalmente con el maltrato sufrido por parte de su ex pareja y la ansiedad por la separación. Tras la denuncia interpuesta, la paciente no puede separarse definitivamente, presenta un trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico y falta de control de impulsos relacionados con ataques de ira. Se detectan numerosas distorsiones cognitivas e ideas nucleares relacionadas con la interpretación errónea de la pareja; así como un miedo elevado a vivir sin una figura más fuerte. Entre los objetivos de la intervención se encuentran los siguientes: el afrontamiento ante situaciones ansiógenas y ante el miedo al juicio, la ansiedad generalizada, y la mejora de las habilidades sociales.

Palabras clave: Violencia de Género; Estudio de Caso; Ansiedad; Ira; Trastorno de Ansiedad Generalizada

Abstract

The purpose of this article is to present a clinical case study about generalized anxiety disorder, mainly related to the abuse suffered due to her former partner and the anxiety caused by the separation. Once the domestic violence is reported, the patient is unable to perform the separation definitely and presents a generalized anxiety disorder, suffers from panic attacks and lack of impulse control, expressed as anger attacks. Cognitive distortions are detected and many core ideas related to misinterpretation of the couple-life, as well as a high fear to live without a stronger figure. Among the objectives is the fear to the trial and coping with situations including anxiogenic, generalized anxiety, and improving social skills.

Keywords: Gender Violence; Case Study; Anxiety; Anger; Generalized Anxiety Disorder

Artículo recibido: 08/12/2011

Artículo aceptado: 05/03/2012

Introducción

«Recuerdo los golpes, los insultos y las humillaciones, las discusiones que teníamos, pero nunca imagine que con una orden de alejamiento llegara a mi trabajo colocado, reventase el cristal y me violara... pero aún menos que después de violarme yo tuviese que limpiar su sangre tras golpearse sin parar la cabeza desesperado contra el espejo...» (Víctima de violencia de género, caso expuesto).

La violencia de género no es un problema exclusivo de este siglo, sino que se ha dado desde el inicio de los tiempos como acreditan los profesionales que se han dedicado y se dedican al tratamiento de los problemas familiares. De hecho, está tan arraigada que es difícil identificarla si no se da un caso extremo de la misma. Cuando utilizamos la denominación de *violencia de género* se pretende subrayar la importancia cultural de la misma, ya que se trata de una construcción social, y no propia de la naturaleza ni de su evolución.

Aunque su irrupción en el ámbito de los medios de comunicación haya servido para fomentar una mayor conciencia de la problemática y su gravedad, también es verdad que se ha creado una imagen distorsionada tanto de lo que es la violencia en sí como de sus precursores o mantenedores. No dejan espacio a la disparidad de tipos de violencia, de agresores ni de víctimas.

Según la ONU, la violencia de género se define como «...el uso de la fuerza o la coacción con intención de promover o perpetuar relaciones de poder y de sumisión entre hombres y mujeres. Se podría decir que hay cuatro tipos de violencia, aunque no todas son tan evidentes en el día a día. Seguramente la *violencia física* sea la más evidente, aunque no por ello es la más frecuente, ni mucho menos. Cuando nos referimos a *violencia psicológica*, mayoritariamente entendemos que un insulto, una humillación o la sutileza del aislamiento social forzado puede serlo, pero no somos tan conscientes cuando lo hacemos con el lenguaje diario que utilizamos o en la publicidad que diariamente vemos. Si nos referimos a *violencia sexual*, también damos por supuesto que entendemos que una agresión sexual es violencia; sí nos cuesta, en cambio, entender que dentro de una pareja que lleva muchos años casada y tiene hijos, pueda darse esa

situación casi con normalidad. Y por último nos encontramos con la *violencia económica* que podemos encontrar tanto dentro de la pareja como las diferencias salariales que existen en muchos ámbitos laborales.

Por otra parte, dos de los hitos históricos más importantes dentro de este contexto son los siguientes:

- Conferencia mundial de la ONU celebrada en Viena (1993). Se reconocen los derechos de la mujer como derechos humanos y se declara que la violencia contra la mujer es una violación de los mismos.
- Conferencia mundial de la ONU celebrada en Beijin (1995). Reconocen internacionalmente el fenómeno de la violencia de género como problema social.

Hoy en día existen numerosos proyectos de intervención que raramente se coordinan y que por tanto su eficacia puede verse desconocerse o verse afectada. El caso que aquí se presenta, se enmarca dentro de un programa de intervención en el que se incluyen tanto a las denominadas víctimas de violencia de género como a los agresores, desarrollado desde la Oficina de Atención a Víctimas del Delito del Gobierno de Navarra.

Presentación del caso

Antecedentes personales y familiares

Mujer de 35 años, tiene tres hijos, los dos primeros de una relación anterior en la que se produjo una situación de maltrato y una tercera hija de la última relación; respecto a esta última relación de pareja, la víctima ha interpuesto una denuncia, y varias más durante el tratamiento por agresiones físicas, psicológicas y sexuales.

Trabaja en una peluquería y está satisfecha con el trabajo, pero el salario no le es suficiente y una de sus mayores preocupaciones es la presión que el banco ejerce respecto a los problemas financieros. Pertenece a una familia de la que recibe bastante ayuda económica, no tiene en cambio la misma sensación respecto al apoyo emocional. Llega incluso a trabajar

para su padre como compensación por el dinero que recibe.

La paciente se encuentra en tratamiento psicológico en el Instituto de Psicología Jurídica y Forense (PSIMAE), dentro del programa de atención psicológica a víctimas de violencia de género, dirigido por la Sección de Asistencia a Víctimas del Delito del Servicio Social de Justicia del Gobierno de Navarra.

Refiere haber estado en tratamiento ambulatorio con un psiquiatra de Salud Mental por un problema de consumo de cocaína ya superado.

La paciente ha mantenido una relación de 7 años con el denunciado. Actualmente tiene establecida una orden de alejamiento de 300 metros; así como otras medidas como la pensión de manutención que el denunciado no cumple. El régimen de visitas se va regulando durante el tratamiento al establecer límites que la paciente desarrolla durante éste. Mediante el control de impulsos como el no coger el teléfono, compensar las visitas fallidas con otras incumpliendo el régimen o responsabilizándose de la entrega de la menor sin contacto con el denunciado, se consigue que las visitas se realicen conforme al convenio.

Se define como una persona dependiente para con los hombres e incapaz de relacionarse con hombres que no la traten adecuadamente. Se siente excluida de su familia y tiene frecuentes discusiones con su hermana. Describe una relación banal con su madre y tiene mayor afinidad con su padre a quien considera su mayor apoyo.

Realiza varias demandas terapéuticas, entre ellas que pueda manejar las situaciones de acoso por parte de su ex pareja (p.ej., llamadas telefónicas constantes, apariciones en casa y en su trabajo, mensajes por el móvil...), así como manejar la ansiedad generalizada con la que se encuentra y los ataques de pánico que sufre, achacables, según ella, al contacto con su ex pareja.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados son aquellos que se utilizan sistemáticamente para la evaluación de las pacientes que acuden a este programa de

atención psicológica dirigido a víctimas de violencia de género. Son administrados tanto en la evaluación como al finalizar el tratamiento con el objetivo de valorar los cambios.

- Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta y Sauca, 1994; ver Echeburúa y Corral, 1998).
- Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; validación española de Sanz y Vázquez, 1998).
- Cuestionario de ansiedad estado y ansiedad rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982).
- Listado de síntomas (SCL-90-R; Derogatis, 1975; versión española de González de Rivera, 2002).

Evaluación

Durante la entrevista se detectan varias problemáticas como falta de control de impulsos, destacando la incapacidad de contener ataques de ira. Describe rabia acumulada que no es capaz de canalizar adecuadamente. Presenta un trastorno de ansiedad generalizada y ataques de pánico bastante frecuentes; rumiación; autoestima baja y conductas de dependencia, en especial, hacia la pareja de la cual tiene una imagen distorsionada; sintomatología depresiva y paranoide, pero no diagnosticada como tal, ya que se detectan pensamientos relacionados con las constantes e intermitentes conductas de acoso que su ex pareja ejerce; e ideas autolíticas no estructuradas.

Parece sentirse incapaz de salir de esa relación, pero ya había pasado por una situación similar la cual había superado. Cuenta con el apoyo familiar al menos en el ámbito económico, y respecto al emocional, mayor de lo que ella percibe. En el trabajo cuenta con el respaldo de su superior y compañeras. Ha estado anteriormente en tratamiento y tiene confianza en los servicios de asistencia profesional. Tiene capacidad para salir adelante económicamente y una vivienda donde estar con sus hijos.

Análisis funcional

Nacida en una familia en la que el padre era la figura dominante y el responsable de la parte económica familiar y la madre ama de casa y con perfil dependiente; ambos con un nivel educativo y cultural medio-bajo. También tiene una hermana menor con antecedentes de maltrato, que en ocasiones se ha comportado de forma agresiva con ella.

Nivel de estudios medios, titulaciones no regladas. Trabajos esporádicos, y desde hace unos dos años, tiene trabajo estable en una peluquería.

Conductas desadaptativas y de dependencia generalizadas, falta de control de impulsos centrados mayormente en la ira. Rumiación continua e imagen distorsionada de la pareja. Frustración ante la incapacidad de salir de la situación en la que se encuentra.

Numerosos acontecimientos estresantes y traumáticos como la separación y la posterior agresión sexual que sufrió, así como continuas amenazas de muerte consideradas como desencadenantes del trastorno de ansiedad y los ataques de pánico. Constantes e intermitentes refuerzos y castigos por parte de su ex pareja con agresiones y recompensas. Mantenimiento del contacto con la ex pareja durante el inicio del tratamiento y posterior culpabilidad dada la frustración que siente ante la incapacidad para manejar determinadas situaciones.

Otras características que presenta la paciente son irritabilidad y con tendencia al conflicto con familiares cercanos, carencia de recursos y habilidades para el refuerzo de los menores, y con frecuencia suele sobrecargar a su hija mayor con responsabilidades fuera de su alcance. También presenta poca capacidad para expresar sentimientos y emociones, así como una contradicción emocional respecto a los familiares más cercanos, hijos y ex pareja.

Dentro de este caso hay que señalar la historia de revictimización –maltrato por parte de sus dos parejas previas- y de consumo abusivo de cocaína que fue tratado y que en la actualidad la paciente se encuentra abstinente.

Proceso terapéutico

Analizados los datos de este caso se decide emplear la *Terapia en la Racional Emotiva de Ellis* (practicada sistemáticamente en muchos de estos casos), que permite poder trabajar las estrategias conductuales, cognitivas y emocionales. Además del tratamiento conductual inicial, se trabajaron paralelamente los aspectos cognitivos y emocionales. Se administran así mismo pautas conductuales como las autoinstrucciones y tiempo fuera.

Objetivos

Se establecen varios objetivos teniendo en cuenta dos factores, las necesidades personales de la paciente y otros hechos que se producen como la agresión sexual o el aumento de llamadas repetidas, siempre paralelamente dada la conexión existente entre los hechos y las necesidades personales de la paciente. Por lo tanto, el *primer* objetivo está centrado en resolver la ansiedad que provoca la cercanía del juicio y el enfrentamiento con la ex pareja y la culpabilidad que todo ello genera. En *segundo* lugar, tratar la ansiedad y los ataques de pánico. Y en *tercer* lugar, manejar la ira y las situaciones conflictivas.

Fases en el proceso terapéutico

La *primera* fase se centró en la *evaluación*; la paciente respondió con gran interés, contestando a todas las preguntas de las diferentes pruebas administradas. En algunas ocasiones, no conseguía recordar algún hecho puntual que lo achacaba al consumo de sustancias en el pasado; para resolver estos lapsus de memoria, se le pedía que, cuando las recordara las anotara en un papel cuando no estuviese en consulta, ya que tenía imágenes y recuerdos durante el día. Posteriormente esta actividad se detiene, ya que realizaba el trabajo con su hija mayor exponiéndola al maltrato presenciado; se quería evitar la exposición de la menor sin un control terapéutico y en ningún momento lo recibió. Tras la evaluación se realizó la exposición a los hechos sucedidos tanto durante la relación de pareja como los acontecidos durante el tratamiento.

Estos aspectos se irán trabajando durante todo el tratamiento, aunque la evaluación en sí misma se podría considerar también como parte de la exposición debido a que la paciente ha tenido que relatar los acontecimientos experimentados para realizarla. En ella se exponía mediante la imaginación, exactamente lo que había estado evitando hasta que llega a consulta.

La *segunda fase* correspondiente al *tratamiento* que constó de cinco partes.

- 1) Se hace la devolución de información obtenida en la evaluación realizada y sus conclusiones.
- 2) Se trabaja para que la víctima afronte el juicio dado que es un elemento estresante para ella, así como los sentimientos de culpa que sufría. Para ello comenzamos con estrategias psicoeducativas en donde se trabajó el concepto de ansiedad y el sistema de mantenimiento del mismo. Utilizamos la técnica del autorregistro con doble objetivo, la enseñanza del sistema A-B-C (Ellis) y se comenzó con la reestructuración cognitiva. Por último trabajamos la culpabilidad y la imagen distorsionada que tenía sobre la pareja; en concreto distorsiones cognitivas como «*Dejaría ahora mismo todo y volvería con él, incluso mis hijos. No puedo vivir sin él, no es tan grave lo que pasó y yo tenía la culpa de lo que pasaba*», donde el fondo de la cuestión está la idea de que «es terrible y catastrófico quedarme sin una figura más fuerte».
- 3) Se abordan las necesidades presentadas tales como la ira contenida por parte de la víctima. Se practican diferentes técnicas como las autoinstrucciones y el tiempo fuera. Se aplica la relajación muscular progresiva de Jacobson, tanto para la ansiedad como para la ira. Los autorregistros se siguen haciendo, y además con muy buenos resultados donde se refleja que comprendió el sistema A-B-C y su utilidad. Manejo de los recuerdos perturbantes e higiene del sueño.
- 4) Se trabaja en la mejora de determinado tipo de habilidades sociales como son la de «decir NO, hacer peticiones, hacer y recibir críticas y exponer y recibir senti-

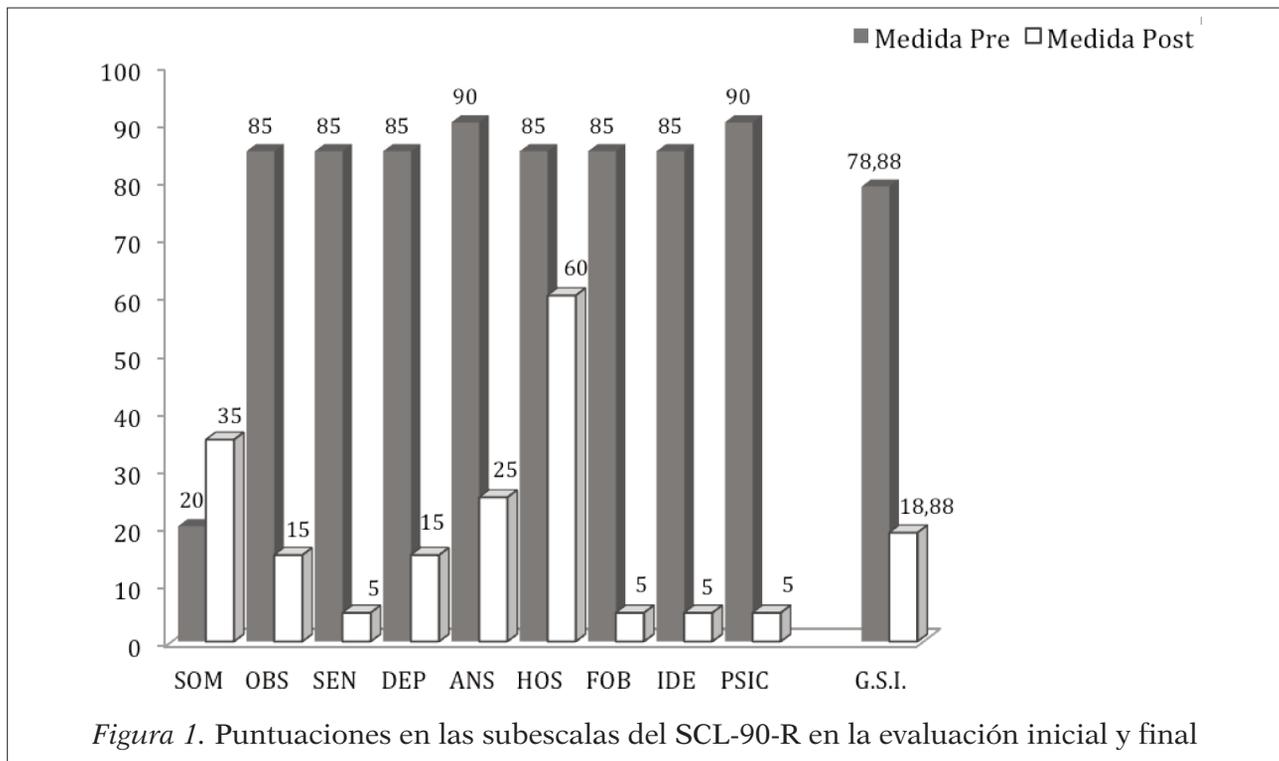
mientos positivos y negativos» como complemento al manejo de la ira, para desarrollar la capacidad de identificar y demostrar emociones y manejo de situaciones conflictivas. Durante el tratamiento, demanda ayuda para la menor de las hijas. Por lo que se le deriva a un compañero del servicio, para que trate el problema específico de la hija. Por tanto, recibe tratamiento por un lado y pautas de actuación para con los menores por otro.

- 5) Se trabaja la ansiedad generada por estímulos estresantes que ella denomina cargas familiares como consecuencia de la separación, para lo cual se aplican estrategias de resolución de problemas y se trabaja la capacidad para tolerar la frustración. Hay que reseñar que durante el primer año de tratamiento trabajar la ansiedad fue complicado, dado que el estímulo estresante, su ex pareja, estaba presente constantemente (llamadas, amenazas, agresión sexual...).

La *tercera fase* se refiere a la *finalización y evaluación de los resultados*. Se le administran las mismas pruebas que en la evaluación inicial con el fin de comparar los resultados. Respecto a la paciente se hace una revisión de las técnicas aprendidas, sus funciones y aplicaciones. Se refuerza positivamente su esfuerzo y logros. Por último, se le muestra la evolución seguida entre el estado inicial en el que demandó ayuda y el estado actual.

Resultados

Los resultados finales son positivos en cuanto a la disminución de la frecuencia e intensidad de los síntomas psicopatológicos, evaluados a través del SCL-90-R (Derogatis, 1975, 2002), del STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y del BDI (Beck et al., 1979). Como se puede observar en la Figura 1, hay una disminución en el índice de severidad global del SCL-90-R, así como en prácticamente todas las subescalas de este instrumento, excepto en la de hostilidad en la que se observa una disminución del pretratamiento al postratamiento pero no tan drástica como en las restantes dimensiones. Asimismo,



Nota. SOM: Somatización; OBS: Obsesiones; SEN: Sensibilidad Interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad Fóbica; IDE: Ideación Paranoide; PSIC: Psicoticismo; G.S.I.: Índice de Severidad Global.

tanto los síntomas de depresión evaluados con el BDI (desde 22 a 0 puntos) como de ansiedad-estado medidos con el STAI-E (desde 77 a 10 puntos), han disminuido significativamente desde el pretratamiento, comenzando el tratamiento el 29 de marzo de 2010 al postratamiento, con fecha de finalización el 11 de noviembre de 2011. La diferencia tan grande entre los resultados del BDI, del STAI-E y del SCL-90-R entre inicio y finalización, probablemente se deba a la necesidad de aprobación por parte de la terapeuta. Se les da validez dado que los objetivos se han logrado en un alto grado y la evaluación mediante entrevista confirma un descenso considerable en la sintomatología.

El control de las conductas de ira ha aumentado considerablemente y la necesidad de dependencia está en niveles muy bajos. Aunque realizar cambios estructurales de la parte cognitiva ha sido largo, parecen haberse dado en profundidad, en especial en la ya mencionada

necesidad de dependencia y de la idea nuclear de quedarse sola y no ser capaz de seguir adelante sin una figura más fuerte, junto con una disminución de los sentimientos de culpa. Respecto a las conductas agresivas, le ha sido de gran utilidad el control mediante las autoinstrucciones y el tiempo fuera. Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, y a pesar de que sigue siendo acosada por su ex pareja, su ansiedad se mantiene bajo control.

Discusión

En este caso hay que destacar la intensidad con que la paciente sentía la impotencia ante la ineficacia de la orden de alejamiento para lo que hubo que reestructurar la idea distorsionada del sistema judicial y sus limitaciones. Este problema se detecta en numerosos casos de violencia de género y el planteamiento de la educación sobre el sistema judicial en la población

en general, sería positivo para la sociedad. El que las personas entiendan y acepten cuales son las limitaciones del sistema judicial y cual es su funcionamiento ayudaría en un mejor manejo de estos enfrentamientos.

Está claro cómo la pérdida de la pareja como agente estresor se magnifica ante la respuesta cognitiva que la paciente realiza y la reestructuración ha sido fundamental tanto para trabajar este aspecto como para llegar a las ideas nucleares (Beck, Rhus, Shaw y Emery, 1979).

Cuando los sentimientos de culpabilidad desaparecen comienzan las conductas de rebeldía ante la situación sufrida y la necesidad de ser compensadas en cierta manera; también aparecen respuestas cognitivas que determinan el malestar que la paciente sufre.

Por otra parte, elementos que han dificultado la mejora de la paciente son la sensación de falta de apoyo familiar que tenía, así como el problema económico existente hasta el punto de estar en riesgo incluso de perder el domicilio familiar.

Finalmente, es necesario mencionar que en este caso las técnicas cognitivo-conductuales han tenido una eficacia muy alta, y el trabajo de las emociones ha sido indispensable para poder llevarlo a cabo; aspectos que conviene seguir investigando en el futuro tanto la eficacia de las técnicas conductuales como cognitivas para trabajar la dependencia y la falta de control de impulsos, sobre todo canalizados mediante conductas inadecuadas de ira.

Referencias

- Arteaga, S. L. (2006). *Intervención en la ansiedad [Intervention in Anxiety]*. Cádiz, España: Formación Carpe Diem.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos [Handbook for the Cognitive-behavioral Treatment of Psychological Disorders]*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Crosera, S. (2008). *Mejora tu autoestima [Enhance your Self-esteem]*. Barcelona, España: De Vecchi.
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas. Manual* (J. L. González de Rivera, C. de las Cuevas, M. Rodríguez Abuín y F. Rodríguez-Pulido, Trad.). Madrid, España: TEA.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia [Live without Violence]*. Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar [Handbook of Family Violence]*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2009). *Predicción del riesgo de homicidio y violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección [Risk Prediction of Homicide and Severe Violence in Relationship. Risk Assessment Tools and Protective Measures]*. Valencia, España: Centro Reina Sofía.
- Lega, L. I., Caballo y V. E., Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual [Theory and Practice of Rational Emotive Behavior Therapy]*. Madrid, España: Siglo XXI.
- McKay, M. y Fanning, P. (2008). *Autoestima. Evaluación y Mejora [Self-esteem. Assessment and Improvement]*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Pastro, C. y Sevilla, J. (2000). *Tratamiento psicológico de la fobia social [Psychological Treatment of Social Phobia]*. Valencia, España: Grafiques Gimeval.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck [Reliability, validity, and normative data of the Beck Depression Inventory]. *Psicothema*, 2, 303-318.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press [versión española de TEA, 3ªedic., 1982].