

TEPT complejo en violencia de género.

(A complex PTSD in domestic violence.)

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2006; (2006)

Laura Fátima Asensi Pérez (*, **);

Mario Araña Suárez (*, *).**

(*) Psicólogos Clínicos y Forenses

(**) Responsable de la Comisión Jurídica del COP en Alicante

(***) Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, Director

PALABRAS CLAVE: TPET Complejo, Violencia de género, Diagnóstico, Padecimiento, Testimonio.

KEYWORDS: Complex PTSD, Domestic violence, Diagnosis, Suffering, Testimony.)

Resumen

En este trabajo se expone el recorrido terapéutico y la historia vital resumida de una mujer víctima de violencia doméstica sin resultado de muerte física. Junto a ello, se presenta el recorrido efectuado por la propia terapeuta, en búsqueda de un diagnóstico que permitiera captar la totalidad de los síntomas. Finalmente, se encuentra que Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, a pesar de no estar reconocido aún en el Manual Diagnóstico DSM, es un subtipo válido para la definición de este cuadro de Violencia Doméstica.

Abstract

This paper exposes the therapeutic route and the vital history summarized of a woman, victim of domestic violence without result of physical death. Close to it, presents the path effected by the own therapist, in search of a diagnosis that was allowing to catch the totality of the symptoms. Finally, thinks that the Complex Post Traumatic Stress Disorder, in spite of not being recognized still in the Diagnostic Manual DSM, is a valid subtype for the definition of this description of the Domestic Violence.

Introducción

En este trabajo se expone el recorrido terapéutico y la historia vital resumida de una mujer víctima de violencia doméstica sin resultado de muerte física. Como profesional que ha efectuado intervención clínica en este caso - la primera autora -, se expone la dificultad con la que se tropieza a la hora de exponer en distintos ámbitos y estamentos, el padecimiento real encontrado en esta paciente; así como las etapas de impotencia, dudas y desazón, recorridas a lo largo de la atención clínica prestada a la víctima, las circunstancias que acompañan a la revisión del caso, para la presentación judicial del testimonio solicitado y la propia confección de este artículo que, humildemente, presentamos a su consideración.

Breve descripción del caso

Paciente de 35 años de edad que acude a consulta hace dos años, refiriendo malestar psicossomático general. Pronto aparece, tras este padecimiento inicial, la existencia de un historial de agresiones físicas y psíquicas continuas por parte de su marido, de las que también ha sido víctima su hijo mayor, desde el nacimiento.

Humillaciones, insultos, vejaciones, golpes, gritos, que han existido desde el momento de la convivencia – hace ya seis años -, y ha ido en progresivo aumento, desde el nacimiento del hijo mayor. Actualmente, cuenta este matrimonio con dos hijos, de 5 y 3 años de edad. Existió relación de noviazgo de varios años de duración.

Al quedar embarazada la esposa, el marido decide que su mujer abandone el trabajo para ‘hacerse cargo de la casa y los niños’, disponiendo el matrimonio de una situación económica solvente.

Al nacer el primer hijo, el abuelo paterno ‘se hace cargo de los gastos’, proponiendo al matrimonio que ‘por cuestiones legales’ compren una vivienda, y se ponga a nombre de la esposa, la cual incorpora parte del dinero de entrada en la compraventa.

Desde ese momento, la esposa depende económicamente del marido, y de la familia de este. Al cual, define como ‘sobreprotegido’, y al que ‘todo se le justifica’, en su familia.

De la misma forma, la familia del marido ‘con bastante éxito’, ‘toma parte en las decisiones acerca de los niños, la educación, y la organización familiar de la pareja’. Consta, según ella, diagnóstico psiquiátrico del marido, dual: trastorno obsesivo compulsivo severo, con poca conciencia de enfermedad y trastorno narcisista de la personalidad.

Perteneciendo él, a una familia de alta solvencia económica, la cual ha asumido los gastos económicos del actual marido, desde la adolescencia.

La paciente, hija única, no cuenta en la actualidad con una red de apoyo personal, fuera de la familia de su marido; de la cual depende, en mayor medida, desde que abandonó su anterior trabajo, por motivos matrimoniales. Sus padres viven, humildemente, en lugar alejado, atravesando históricamente, dificultades económicas.

Entrevista, cuestionarios, y diagnóstico

Accede a consulta, a propuesta de su marido, quien – además -, la culpabiliza - según refiere -, principalmente en los momentos de pérdida del control de su conducta violenta, y del malestar general que aqueja a la paciente, de forma que su estado de salud, ha alcanzado niveles de preocupación – también - para el resto de la familia.

Tras realizarse Entrevista clínica, con indagación en su Historia Personal, se decide, en primer lugar, aplicar los siguientes cuestionarios de screening, por su economía temporal [1]. Reflejamos las puntuaciones en instrumentos, en distintos momentos de la intervención:

a.-) Cuestionario de Análisis Clínico, CAQ; Puntuación: Decatipos superiores a 8 en escalas 1,3,4,6,7, y PS.

b.-) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI; Puntuación: 9E / 7R.

c.-) Inventario de Depresión de Beck, BDI; Puntuación: 49 al inicio de la intervención, alcanzó 13, rebrotó a 39 tras una agresión.

Posteriormente, a partir de la coherencia en el relato referido por la paciente, se acuerda aplicar los siguientes Inventarios para evaluar la existencia e incidencia de Trauma y Violencia, a pesar de su redundancia [2] instrumental:

a.-) Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT , diseñada por Echeburúa. Puntuación: dobla el punto de corte, a lo largo de todo el proceso de intervención terapéutica.

b.-) Escala de Trauma, de Davidson. Puntuación superior a 40, a lo largo de todo el proceso terapéutico.

c.-) Escala de Severidad de la Violencia contra las Mujeres, adaptada, de Marshall. Puntúa 83, sobre 184, al inicio de la intervención.

d.-) Inventario de Maltrato Psicológico de Mujeres, de Tolman, adaptada por Silva. Puntúa 142, sobre 268, al inicio de la intervención.

Es interesante, a nuestro juicio, señalar el proceso de expresión y confirmación que se genera y formula la paciente, a partir de la lectura de cada ítem; comienza a considerar, ella misma, la existencia de una situación vital que adquiriría coherencia en la existencia de un patrón de agresión.

Como estimación diagnóstica, se considera, en primer lugar, la presencia de un cuadro Ansioso-Depresivo con síntomas de desesperanza, baja autoestima, sensación de incompetencia, subordinación, dependencia, aislamiento social, dificultades en sueño, irritabilidad y disminución de apetito, y somatizaciones, interferidor en su actividad cotidiana ordinaria, de forma pronunciada.

De la misma forma, la presencia de fases y etapas de malestar diferenciado y asociado a agresión externa, referidos – sucesivamente -, configuran un cuadro de indefensión [3]; concordante con un trastorno por estrés postraumático en mujer maltratada [4].

Que podría estar justificando la existencia de docilidad y dependencia, conjuntamente a inmovilización e impotencia – por desconfianza [5, 6, 7,8] - ante la situación de maltrato percibido, y sufrido, durante años; a pesar de la posible existencia de solapamientos [9], también a nuestro juicio, secundarios – en este momento - en prioridad y atención.

Respecto a este cuadro TEPT, se estimó suficiente – para terapia - la existencia de un criterio A en la situación descrita por la paciente, a partir de la percepción de incontrolabilidad [10] personal, por agresión deliberada y sostenida en su entorno conyugal, capaces de generar por sí solos, un malestar idéntico o superior [11] a las catástrofes consideradas extremas.

Indicaciones básicas de la terapia

Coincidimos con Labrador y Rincón [4] en la dificultad de elegir con claridad qué tratar, por donde empezar, en estas situaciones de violencia doméstica, sobre todo en la fase terapéutica inicial, del ‘proceso’ o ‘ecuación de violencia’ [12,13], donde la ‘casi totalidad’ de las víctimas domésticas manifiestan que ‘creían’ que los actos previos, ‘no eran tan dañinos’ [14], por una ‘percepción de aceptación y tolerancia a la violencia’ asumida de forma implícita, en todo el entorno [12].

No estamos, por tanto, ‘sólo’ ante ‘mediadores cognitivos’ [15, 16], en estas ‘situaciones’ en ‘presencia de otros’ [17] que, generalmente, no participan en los procesos de intervención o terapia [18].

Como fase previa a las señaladas por Walker [19] para el inicio de la terapia, optamos por facilitar recomendaciones para la búsqueda de protección no sólo hacia ella, sino también para sus hijos, a partir de facilitar de forma indagatoria, la expresión de sus sentimientos y circunstancias vitales percibidas como amenazantes.

Desmontar la influencia e interacción de los componentes en la ‘ecuación de violencia’, facilitó la expresión emocional, aumentó su capacidad de comprensión y explicación de los hechos vitales en los que había estado inmersa de forma ‘adaptada’ social y familiarmente. Trabajar en procesos de asertividad, autoestima, y sus repercusiones en el estado de ánimo y bienestar físico, llevó a la paciente – de forma autónoma e independiente - a la búsqueda

de soluciones legales, y laborales, con reformulación de sus conductas vitales habituales, hasta la fecha.

Ciclos de denuncia y reconciliación

Tras la revisión de sus estrategias comportamentales, en el avance de la intervención terapéutica discontinua recibida, la paciente - señalamos nuevamente la auto-introspección realizada a partir de los ítems en cada cuestionario - se plantea la posibilidad de solicitar la separación matrimonial.

Presenta denuncia, tras una de las últimas agresiones, que origina la activación de los dispositivos jurídicos existentes, decretándose para su marido, orden de alejamiento.

A partir de este momento, comienza una dinámica de presión familiar, círculo social vinculado a la familia, abogado y otros, que logran cuestionar la decisión de denuncia adoptada, ante la posibilidad de 'ingreso en prisión' de quien ha sido su esposo.

A la insistencia en el perdón, le sucede una primera retirada de denuncia, un nuevo ejercicio de presión, nueva denuncia, separación, regreso a la convivencia, nueva retirada de denuncia, incremento constante de la desazón y desestructuración de la paciente, que no alcanza a frenar la velocidad, ni la 'comprensión' de los acontecimientos a los que está expuesta.

En una de estas fases, se mantiene una de las denuncias; que finaliza en Sentencia condenatoria para el marido, dictándose guarda y custodia de los hijos favorable a la esposa.

La 'sanción' impuesta, inferior a dos años de cárcel, sustituye el ingreso en prisión por un curso de reeducación-reinserción puesto en funcionamiento por la Audiencia Provincial.

Tras un año de separación, la paciente evoluciona favorablemente y a supuesta propuesta de otro profesional, decide comunicarse con el padre de sus hijos, 'para mejorar la comunicación' con su hijo mayor, que atravesaba por dificultades escolares. Deciden, a partir de este momento, que el padre los niños regrese al pueblo- y domicilio - donde vivió durante el periodo matrimonial.

Tras un mes de convivencia, un nuevo ciclo de humillaciones, vejaciones, y agresión comienza. Ante las insistencias del padre de sus hijos, atravesando la paciente uno de estos ciclos de presión - con nueva agresión física incluida -, acuden a Notaría para efectuar un cambio en la titularidad de la propiedad de la vivienda, que la paciente, rubrica.

Posteriormente, acude de nuevo a Notaría, solicitando la anulación del contrato firmado; presentando denuncia posterior en el Juzgado de Guardia.

Terapeuta, testigo experto

La paciente acude nuevamente a consulta, presentando un estado de embotamiento, confusión y bloqueo, con visible afectación emocional-conductual; solicita colaboración testimonial de la terapeuta, ante Juzgado, en la denuncia cursada.

Un papel de terapeuta como testigo experto, 'fuente de prueba' [20], solicitado - de momento - por la paciente, que requiere explicar estos comportamientos como 'resultados' [20] prototípicos en traumatización sostenida, a nuestro juicio, exige una profundización en la sintomatología que debe considerar las distintas fases de un proceso de afectación y desestructuración, no reconocidos suficientemente ni de forma específica, para este tipo de casos, en los Manuales Diagnósticos DSM.

El uso de terminología y conceptos de carácter técnico, tienen efecto como 'valoración' o apreciación 'probatoria' - en el juzgador y en el resto de los operadores jurídicos que

intervienen en el proceso -, más allá del papel asignado original - y aparentemente - en el proceso judicial, al terapeuta, en un primer momento.

Entendemos que además de constituir una fuente de prueba, el testimonio aportado por el profesional terapéutico, puede repercutir en el análisis concurrente de los hechos para la adquisición de la certeza, judicial, que motivará la sentencia; como testigo de cargo - en este caso -, ya participe en alguna de las fases de instrucción, o directamente en el acto de la vista o juicio.

Como parte de las distintas piezas probatorias practicadas en el proceso, previamente, puede desvelar – y crear - en el momento de su comparecencia en juicio, contradicciones en los propios Informes Periciales.

De haber sido requerido en una fase previa, puede determinar el alcance del encargo pericial; o, caso de estar ya presentado el Dictamen, condicionar las afirmaciones contenidas - parcial o totalmente – en ellos.

De esta forma, entendemos, el testimonio del terapeuta, logra superar - en ocasiones - la relevancia, el papel – y poder - judicial asignado al perito.

Especialmente cuando esta intervención clínica tiene un origen externo a los dispositivos institucionalizados actuales, para este fenómeno de violencia doméstica.

Para ello, necesita apresar, el terapeuta, la totalidad del funcionamiento de su paciente, y expresarlo de forma cohesionada, coherente y nítida, ante los profesionales que operan en el contexto Justicia.

Diagnóstico, versus fenómenos psico-jurídico-sociales

Esta labor, resulta especialmente intensa, cuando estamos ante fenómenos psico-jurídico-sociales complejos que no se restringen en su presentación y repercusión, al contexto exclusivo de la intervención terapéutica, como es el caso de la violencia doméstica.

En este 'organigrama de decisiones en búsqueda de ayuda' [21], comprobemos, que esta víctima accede a consulta por un problema distinto, para posteriormente alcanzar el auto-reconocimiento de la existencia de un entorno generador – y potenciador - de desazón y 'desestructura psíquica' [18].

Una 'violencia emocional' tradicionalmente mitologizada [15,16, 22, 23, 24], cuyos efectos necesitarían, en este caso, quedar argumentados, y desvelados, en sede judicial.

Cuando encontramos que la falta de institucionalización, y las propias características del fenómeno complejo – violencia doméstica – han facilitado oscilaciones en la asistencia y continuidad de las prescripciones acordadas en consulta; en función del momento en que se ha ido encontrando la víctima, en cada uno de los recorridos efectuados en estos 'circuitos' [15,16] de agresión que se repiten, independientemente de la conducta que haya ofrecido la paciente.

Esta aleatoriedad en la agresión – no meramente física -, aparenta un carácter de impredecibilidad. Sin embargo, suele reducirse la focalización, para sostener este argumento, al momento exclusivo en que se presenta la agresión física; pero observada longitudinalmente, adquiere un carácter de retorno continuo, esperable, a pesar de la inexistencia de acontecimiento 'especial' que pudiera suponer algún tipo de perjuicio para el agresor [25] .

La 'exposición prolongada a estresores traumáticos interpersonales' [26] surgió, en este caso, en el mismo acto de las primeras sesiones de intervención, detrás de los síntomas de afectación profunda que motivó – con connivencia del entorno -, su primer acceso a terapia. Careciendo, por otra parte, de interacción en conductas de agresión conjuntas, la búsqueda de los 'parámetros' del trastorno que efectivamente presenta esta mujer, constituyen 'mucho mas' que un 'agregado' de síntomas [26] de los reconocidos hasta ahora para el T.E.P.T. en el DSM-IV-TR.

Un cuadro diagnóstico: TETP complejo

Esta búsqueda de una explicación capaz de sostener y fundamentar su sintomatología, y evidenciar el patrón de conductas y variables en interacción que participan en la generación del daño que realmente encontramos en esta paciente, nos impide detenernos en la actual confección del DSM.

Tal es así que una amalgama general de masoquismo, dependencia, y depresión, como las propuestas [26] para 'traumatización femenina' en violencia doméstica [27], parece reflejar un descriptor explicativo suficiente para definir la conducta general que hemos encontrado – longitudinalmente - en esta paciente.

La existencia de oscilaciones en la regulación del afecto, alteraciones en atención y conciencia, percepción del sí misma, somatizaciones y alteración del sistema de significados, podría ser un cuadro diagnóstico que clarificara no sólo la primera asistencia al Notario, sino la aceptación del regreso del esposo a la convivencia, y el silencio de esta paciente, que es capaz de descubrir su estado en terapia, y a pesar de ello, no regresar a la misma, hasta que lo necesita, con verdadera urgencia.

Referencias bibliográficas

- [1] Echeburúa, E. Evaluación Psicológica de los trastornos de ansiedad. En Buela-Casal, G., Caballo, V., y Sierra, J. Editores. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid, 1996; Siglo XXI
- [2] Echeburua, E., Amor, P., Del Corral, P. Autoinformes y Entrevistas en el Ambito de la Psicología Clínica Forense: Limitaciones y Nuevas Perspectivas. Analisis y Modificacion de Conducta, 2003, 29 (126).
- [3] Selligman, M.E.P. Indefensión. Editorial Debate, 1975, Madrid.
- [4] Labrador, FJ, Rincón, PP. Trastorno de Estrés postraumático en victimas de maltrato domestico: evaluación de un programa de intervención. Análisis y Modificación de Conducta, 2002;28 (122).
- [5] Sarasua, B., Echeburua, E., Del Corral, P. Tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático en una victima reciente de violación. Análisis y Modificación de conducta, 1993; 19 (4).
- [6] Araña Suárez, M., Bussé i Oliva, D., Pedreira Massa, J.L..Síntomas Restrictivos del Actual Criterio 'C', T.E.P.T.-DSM: Un Problema Clínico, Psicopatológico, y Forense. VII Congreso Internacional y Virtual de Psiquiatría, Febrero 2006. Accesible en <http://www.interpsiquis.com>.
- [7] Orengo García, F. Entrevista. Revista de la Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Postraumático 2001; 0.
- [8] Shatan, C. Entrevista. Revista de la Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Postraumático 2001; 0.
- [9] Golding, JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. J Family Violence, 1999;14.
- [10] Amor, P., Echeburua, E., del Corral, P., Zubizarreta, I., Sarasua, B. Perfil psicopatológico diferencial en victimas de maltrato domestico y en victimas de agresiones sexuales. Análisis y Modificación de Conducta, 2001;27 (114).
- [11] González de Rivera y R., JL. El Síndrome Postraumático de Estrés: una revisión crítica. En Esbec Rodríguez,E., Rodríguez Pulido, F., y González de Rivera R.,JL. Psiquiatría Legal y Forense. Editorial Colex, 1994. Madrid.
- [12] Araña Suárez, M. Proyecto I+D+I, Programa Formativo para la Creación de Agentes

Universitarios en Prevención Integral de la Violencia. Expediente nº 3/2004, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.

[13] Lykken, D. The antisocial personalities. Lea, 1995, New Jersey.

[14] Koss, M.P., Browne, A., Russo, N.F., Keita G.P., Fitzgerald L. No Safe Haven: Male Violence Against Women at Home, at Work, and in the Community. APA, 1996, Washington.

[15] Navarro Góngora, J. Mediadores cognitivos en violencia familiar. En García Martínez, Garrido y Rodríguez (comp.). Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia, un enfoque constructivista. Editorial Fundamentos, 1997, Madrid.

[16] Navarro Góngora, J. La Violencia Psicológica. En Navarro Góngora, J., Navarro Abad, E., Vaquero Delgado, E., Carrascosa Miguel, AM. Manual de Peritaje sobre malos tratos psicológicos. Junta de Castilla y León, 2004.

[17] Unger, R., Rawford, C. . Women and Gender, a Feminist Psychology. McGraw Hill, 1992, New York.

[18] Araña Suárez, M.. Daño Psicológico, un Problema Jurídico. Curso de Libre Configuración, Acoso Psicológico: Un Enfoque Interdisciplinar. Curso de Libre Configuración, Universidad de La Laguna, 2003. [19] Walker, L. Post-traumatic stress disorder in Women: Diagnosis and Treatment of Battered Woman Syndrome. Psychotherapy, 1991;28 (1).

[20] Garciandía González P.M.. La Peritación como Medio de Prueba en el Proceso Civil Español. Aranzadi, 1999, Pamplona, Navarra.

[21] Araña Suárez, M.. Organigrama de Decisiones a la Hora de Buscar Ayuda. En Acoso Psicológico: Un Enfoque Interdisciplinar. Curso de Libre Configuración, Universidad de La Laguna, 2003.

[22] Jacobson, N., Gottman, J. Hombres que agraden a sus mujeres. Paidós, 2001, Barcelona.

[23] Echeburúa, E., Corral, P. Manual de violencia familiar. Siglo XXI, 1998, Madrid.

[24] Labrador, F.J., Paz Rincón, P., de Luis, P., Fernández-Velasco, R.. Mujeres Víctimas de la violencia doméstica. Programas de Actuación. Pirámide, 2004, Madrid.

[25] Deschner, J.P. How to end the hitting habit. Free Press, 1984, New York.

[26] Araña Suárez, M., Pedreira Massa, J.L., Porrás Obeso, S.. Parcial, Simple, Complejo: Subtipos de Estrés Post-traumático Pendientes de Inclusión en el DSM. VII Congreso Internacional y Virtual de Psiquiatría, Febrero 2006. Accesible en <http://www.interpsiquis.com>.

[27] Lin Ching C., Ronald. Propuesta de valoración del daño psicológico en materia de violencia doméstica. Med. leg. Costa Rica., 2003; 20 (2).