

Psicopatologia i violència de gènere

JOSEPA CARRERAS

MIREIA RIUS

**R2 Psiquiatria Althaia. Xarxa assistencial de
Manresa**





CAS CLÍNIC

Dona de 60 anys d'edat que fou derivada a CSMA pel seu MAP per valoració de simptomatologia ansioso-depressiva de 4 anys d'evolució agreujada en el últims mesos en relació a tràmits de divorci.

❑ ANTECEDENTS MÈDICS

- Fibromiàlgia diagnosticada el 2001 i en tractament analgèsic a demanda.
- Histerectomia als 45 anys edat
- Varicectomia en ambdues extremitats.
- Meniscectomia genoll D al 2008
- Osteoporosis en tractament amb Protelos
- Desconeix al·lèrgies medicamentoses.
- Nega hàbits tòxics.

□ PSICOBIOGRAFIA

Dades socio-demogràfiques

- Pares morts. Penúltima d'11 germans (germana gran morta per neoplàsia pulmonar).
- Casada durant 38 anys. Es va divorciar fa 3 anys del seu marit, amb qui va tenir dues filles (de 39 i 35 anys d'edat). Explica relació conflictiva amb la seva parella des del primer any de casats amb presència de maltractaments tant físics com verbals que condicionaren diverses visites a urgències per **lesions físiques i crisis d'angoixa**, referint en una ocasió pèrdua del coneixement. Refereix que mai va denunciar per por i vergonya.

Relacions familiars

- Refereix mantenir bona relació amb les filles, tot i que aquesta està influenciada pel comportament de l'ex-marit. Amb els germans bona relació (abans del divorci era distant, condicionada per ex-marit).

H. Acadèmica

- Escolarització fins als 10 anys d'edat (nivell bàsic lecto-escriptura i càlcul)

H. Laboral

- Ha treballat des dels 10 anys d'edat (en una fàbrica, d'ajudant de cuina i en el sector domèstic per compte propi). De baixa laboral des de fa 1 any per IQ menisc.

Activitats de lleure

- Durant el matrimoni abandonà activitats d'oci i relacions socials per pressió del seu ex-marit. En divorciar-se inicià activitats de ball i durant el dia té cura del néts.

Personalitat premòrbida

- Poc assertiva, patidora, sensible, tímida, alegre, amb bon suport d'amistats

❑ ANTECEDENTS PSIQUIÀTRICS FAMILIARS:

No en refereix

❑ ANTECEDENTS PSIQUIÀTRICS PERSONALS (I):

- Antecedents de **simptomatologia ansioso-depressiva d'uns 20 anys** d'evolució en context de conflictes amb la seva ex-parella (probable dependència alcohòlica, ludopatia i TP), però mai havia realitzat seguiment ni tractament psicofarmacològic.
- Al **2006**, en relació a empitjorament de la clínica ansiosa-depressiva i **importants somatitzacions** inicià **seguiment psicològic** al SIAD, que mantingué durant 2 anys (i abandonà per resposta simptomàtica parcial).

□ ANTECEDENTS PSIQUIÀTRICS PERSONALS (II):

- Posteriorment, **al 2008 i coincidint amb divorci i empitjorament de la simptomatologia depressiva** el seu MAP li **pautà tractament amb escitalopram** fins a 20mg/dia sense milloria de la clínica, pel que se substituí per **venlafaxina** fins a 150mg/dia junt amb tractament **ansiolític** – diazepam i clorazepat -, també sense milloria
- Finalment, derivació al **CSMA**, on realitza **seguiment amb psiquiatre i psicòleg des de juliol del 2009**. Al CSMA arriba en tractament amb clorazepat 30mg/dia i venlafaxina 225mg/dia.

□ MALATIA ACTUAL (primera visita CSMA)

- Explica que des de fa molt de temps presenta **marcada ansietat física crítica** en forma de dispèpsia, taquicàrdia, dispnea i sensació de nus a l'estomac i **pors** en relació a estímuls que li recorden l'esdeveniment traumàtic
- **També ansietat psíquica amb pensaments intrusius sobre la situació viscuda.**
- **Refereix ànim predominantment depressiu**, agreujat els darrers mesos amb anhedonisme, astènia, sentiments de desesperança, d'impotència i de culpa.
- Fa queixes de **dificultats mnèsiques i de concentració** i per mantenir les ABVD.
- **Insomni** global i freqüents **malsons**.
- **Anorèxia amb pèrdua ponderal de pes (estimada en uns 20kg en un any)**. Idees de mort sense clara estructuració autolítica.

□ **EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA (primera visita CSMA)**

-Vigil i orientada en les tres esferes. **Aspecte acurat. Actitud col·laboradora.**

- **Làbil** durant tota l'entrevista **explica simptomatologia depressiva** referida anteriorment

-Discurs fluid, espontani, circumstancial i coherent, centrat en la problemàtica amb el seu ex-marit i sobre records del passat.

- Sense alteració en el curs o en el contingut del pensament, ni alteració de la senso-percepció

- No s'evidencien manifestacions ansioses en el moment actual

- **Idees de mort** sense idees de suïcidi.

- Consciència parcial de malaltia, destacant **hetero-culpabilització i hostilitat vers el seu ex-marit** degut als maltractaments patits

❑ **EXPLORACIÓ PSICOMÈTRICA**

- Destaca: l'acceptació de **simptomatologia ansiosa i somàtica** moderada-greu, i **síndrome d'estrès post-traumàtic**, emmarcats en un **quadre distímic més crònic**
- Estructura de personalitat de base on predominen **trets del grup C** (obsessivitat, propensió a la baixa auto-estima, dependència).
- **Capacitat intel·lectual** global s'estima situada al voltant de la **zona mitjana** (s'evidencien dèficits atencionals i de memòria de treball significatius)

□ ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

Eix I: TEPT crònic i d'inici diferit. Episodi depressiu.

Eix II: Cap (*Trets de personalitat cluster C*)

Eix III: Osteoporosi

Eix IV: Problemes relatius al grup primari de suport

□ PLA

- Iniciar **Mirtazapina 30mg/dia**
- Disminució del **clorazepat a 15mg/dia**
- **Venlafaxina 225mg/dia**
- Derivació a **psicologia**

□ EVOLUCIÓ (I)

- A nivell farmacològic, es mantení la dosi de **venlafaxina a 225mg/dia** i **clorazepat a 15mg/dia** i es retirà la **mirtazapina**, alhora que s'afegí **quetiapina fins a 200mg/dia**

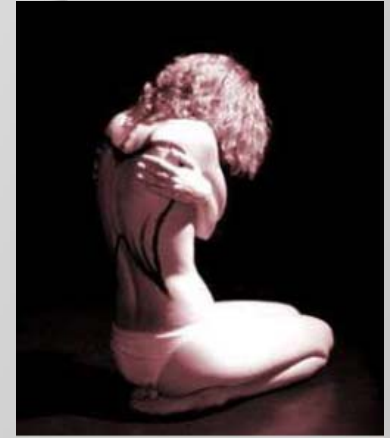
-Des de l'inici de la seva vinculació a CSMA, la pacient presenta una evolució erràtica, amb **marcades oscil·lacions anímiques** entre visites i **múltiples queixes somàtiques**.

-Segueix mantenint cert **to extra-punitiu**, queixes vers la família i **elevada susceptibilitat** davant la conducta de les filles vers el pare. Amb tendència a centrar el seu discurs en **situacions viscudes fa anys**.

-A nivell de **clínica ansiosa**, la pacient ha aconseguit un **major control de les crisis d'angoixa** que presentava (que havien arribat a ser invalidants), tot i presentar **moments puntuals d'intensa angoixa a nivell físic**, que cedeixen amb medicació ansiolítica de rescat.

□ EVOLUCIÓ (II)

- Refereix, però, persistència de **pors i records** en relació amb els esdeveniments traumàtics ocorreguts durant els anys de matrimoni en **forma de flashbacks i de malsons.**
- **Conductes evitació**
- **Insomni corregit farmacològicament.**
- Ha **reiniciat activitats de lleure** (ball), així com sortides amb amigues, que impliquen certa millora anímica, **però que abandona fàcilment** en produir-se qualsevol contratemps.



REVISIÓ : VIOLÈNCIA DE GÈNÈRE I TEPT

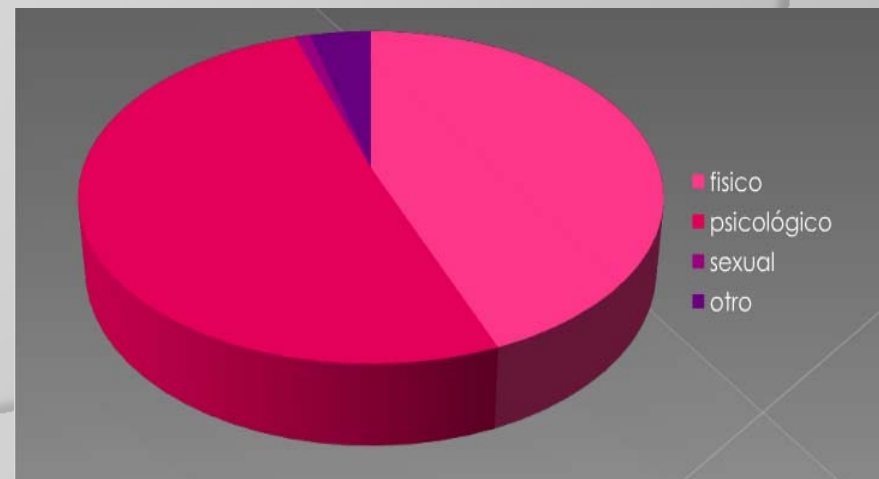


VIOLÈNCIA DE GÈNERE

Segons el centre de control i prevenció de malalties (CDC) el terme violència de parella descriu el dany físic, sexual i psicològic perpetrat per la parella formal o eventual o pel cònjuge en el moment de l'agressió.

L'agressió s'agrupa en quatre tipus principals

- ✓ Violència física
- ✓ Violència sexual
- ✓ Amenaces de violència sexual / física
- ✓ Violència psicològica / emocional



EPIDEMIOLOGIA VIOLÈNCIA DE GÈNERE (dades OMS)

- Cada any moren al món 4.000.000 de dones víctimes de violència
- La prevalença de dones sotmeses a violència física per les seves parelles en algun moment de la seva vida és
 - 40 al 72% a nivell mundial
 - 18 al 58% a nivell europeu
 - 12% de dones espanyoles
 - 20-40% de les dones que se suïciden cada any ha patit maltractaments.
- Principal causa de mort o invalidesa en el grup de dones entre els 16 i 44 anys d'edat.
- La violència de gènere tendeix a ser repetida amb una mitja de 6 incidents per any
- El primer episodi sol ocórrer el primer any de matrimoni en el 50% dels casos i passen entre 5-10 anys des del primer episodi fins que el fet es denuncia.

TEORIA DEL CERCLE DE LA VIOLÈNCIA (Walker 1979,1989)



DONES MALTRACTADES EN CONVIVÈNCIA PROLONGADA AMB L'AGRESSOR: VARIABLES RELLEVANTS

❖ FACTORS RELLEVANTS DE LA PERMANÈNCIA EN EL MALTRACTAMENT

A. Variables socio-demogràfiques

A1. Nivell cultural i socio-econòmic baix

A2. Manca de treball extra-domèstic o de treball poc qualificat

A3. Escàs recolzament social

B. La gravetat de les conductes violentes i les repercussions psicològiques en la víctima

C. Característiques de la personalitat

Baixa auto-estima

Sentiments de culpa

Menors nivells d'assertivitat

} Dificultats en les relacions
interpersonals i major
tendència a l'evitació

❖ FACTORS RELLEVANTS DE LA PERMANÈNCIA EN EL MALTRACTAMENT

D. Factors cognitius i emocionals

D1. Creences

D2. Dissonància cognitiva

E. Accés a recursos comunitaris

F. La conducta i l'estat emocional de l'agressor

F1. Amenaces vers la dona

F2. Amenaces de suïcidar-se

F3. Penediment



ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT

- Abandonament de la parella, demandes d'ajuda, denúncies

- Persistència amb la parella:
 - *Distorsions cognitives*
 - Negació o minimització del problema
 - Auto-engany i negació de la seva victimització
 - Justificació de la conducta violenta
 - Atenció selectiva als aspectes positius de la parella
 - Sobrevaloració de l'esperança de canvi de la seva parella
 - Sentiments de culpa
 - Justificació de la permanència en la relació i dependència emocional
 - Resignació.
 - *Abús de substàncies*
 - *Intents de suïcidi*
 - *Homicidi de l'agressor*

CONSEQÜÈNCIES DEL MALTRACTAMENT CRÒNIC

La violència domèstica és la principal causa de reducció en la qualitat de vida, dany i mort per a la dona i té seriosos efectes secundaris per a la família, la comunitat i l'economia (American Psychological Association, 1999; Hughes & Jones, 2000; Resnick et al., 2000).

1. Conseqüències en la salut física
2. Conseqüències en la salut mental (60%)

2.1. Sdm específics { Sdm de la dona maltractada
Sdm. d adaptació paradoxal

2.2. Trastorn depressiu

2.3. Trastorn d'ansietat

2.4. **TEPT**

2.5. Altres problemes psicopatològics

Abús o dependència de substàncies
Baixa auto-estima
Cognicions post-traumàtiques
Dèficit en solucions de problemes
Inadaptació
Suïcidi o ideació suïcida

Trastorn per estrès post-traumàtic



TRASTORN ESTRÈS POST-TRAUMÀTIC: CONCEPTE

ESTRESSOR →

- ✓ Inesperable
- ✓ Incontrolable
- ✓ Traumàtic
- ✓ Intens



> 1 mes

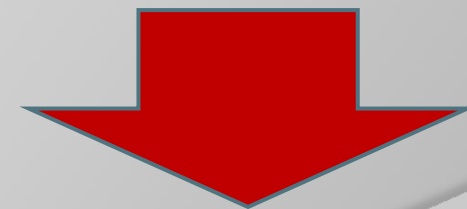
Re-experimentació

**Conductes d'evitació
i embotiment**

Hiperactivació



Reacció emocional
intensa enfront un succés
experimentat com a
traumàtic



Deteriorament social,
laboral i malestar
clínic significatiu

EPIDEMIOLOGIA

- Un 25% de les persones víctimes de successos traumàtics experimenten trastorn d'estrès post-traumàtic (Echeburúa & Corral, 1997; Hidalgo & Davidson, 2000).
- Prevalença global del TEPT és del 8% en la població d adults nord-americans.
- Dones 2:1 homes
- Curs
 - Pot iniciar-se a qualsevol edat
 - Curs variable
 - TEPT agut: durada < 3 mesos
 - TEPT crònic: durada > 3 mesos (més comú)
 - **TEPT d inici diferit**: apareix \geq a 6 mesos de l'esdeveniment
 - 50% dels casos es recuperen els primers 3 mesos
 - > 1/3 no remet espontàniament

COMORBILITAT

- **Trastorn de pànic**
- Agorafòbia
- TAG
- TOC
- Fòbia social
- **Trastorn depressiu major**
- TAB
- **Trastorn de somatització**
- Trastorn relacionat amb substàncies
- Trastorn dissociatiu

FACTORS DE RISC (APA 2000)

- Severitat del trauma
- Escàs recolzament social
- Nivell d estrès habitual
- Antecedents psiquiàtrics familiars
- Experiències durant l etapa infantil
- Trets de personalitat
- Antecedents de Trastornos mentals

TRACTAMENT TEPT EN DONES AFECTES DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE

1. PRIMERA LÍNIA: Psicoteràpia

1. Psicoeducació
2. Entrenament en el control de l'activació: respiració
3. Teràpia cognitiva
4. Teràpia d'exposició

2. Farmacologia

1. Antidepressius

- **PRIMERA LÍNIA: ISRS** Brady, K. et al. *JAMA* 2000;283:1837-1844, [J Clin Psychiatry](#). 2002 Mar;63(3):199-206, [J Clin Psychiatry](#). 2001 Nov;62(11):860-8
 - Venlafaxina superior a placebo i igual eficàcia i seguretat que sertralina *J. Clin. Psychopharmacol.*26,259-267 (2006)., *Arch. Gen. Psychiatry*63,1158-1165 (2006).
 - IMAOs
 - Tricíclics
- } Segona línia

2. Anticonvulsivants:

- Topiramata: re-experimentació, impulsivitat, ira J. Clin. Psychiatry63(1),15-20 (2002). , J. Clin. Psychiatry62(Suppl. 17),60-63 (2001). BMC Psychiatry18(4),24 (2004).
- Lamotrigina Psychiatry45,1226-1229 (1999).
- Gabapentina: Clin. Psychiatry13,141-146 (2001).

3. BZD: s'haurien d'evitar en pacients amb TEPT (American Psychiatric Association, DC, USA (2004). Ann. Clin. Psychiatry15,193-201 (2003).

4. Anti-psicòtics atípics (risperidona, olanzapina, quetiapina) eficaços en pacients amb TEPT amb característiques psicòtiques o refractàries a altres tractaments.

5. Hipnòtics: Zolpidem



A close-up photograph of a person's hands holding a bright yellow sunflower. The hands are positioned in a cupped shape, supporting the flower from below. The person is wearing a light blue shirt, visible at the top of the frame. The background is a soft, out-of-focus white surface. The word "GRÀCIES" is written in a bold, black, sans-serif font across the center of the sunflower's petals.

GRÀCIES